

REPUBLIQUE DU NIGER
Ministère des Finances
Institut National de la Statistique



*Enquête de base dans les communes de
convergence du système des Nations-Unies*



Rapport provisoire



Novembre 2014

Table des matières

TABLE DES MATIERES	I
LISTE DES TABLEAUX	IV
LISTE DES GRAPHIQUES	VII
SIGLES ET ABREVIATIONS	IX
RESUME	1
INTRODUCTION	6
1. METHODOLOGIE	9
1.1. ECHANTILLON	9
1.2. QUESTIONNAIRES	11
1.3. MISE EN OUVRE	12
2. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ET DES MENAGES.....	13
2.1. SEXE DES CHEFS DE MENAGE	13
2.2. STATUT MATRIMONIAL DES CHEFS DE MENAGE	15
2.3. NIVEAU D'INSTRUCTION DES CHEFS DE MENAGE	16
2.4. ACTIVITE PRINCIPALE DES CHEFS DE MENAGE	18
2.5. TAILLE MOYENNE DES MENAGES.....	20
2.6. AGE MOYEN DES CHEFS DE MENAGE.....	22
2.7. STRUCTURE PAR AGE DES ENFANTS DES 0-59 MOIS	24
2.8. NUPTIALITE DE FEMMES DE 10-14 ANS	26
2.9. CONDITIONS DE VIE DES MENAGES.....	28
2.9.1. Disponibilité d'une source d'eau améliorée.....	28
2.9.2. Moyen de traitement de l'eau.....	30
2.9.3. Principal type de toilette utilisée.....	32
2.9.4. Principal type de combustible utilisé.....	34
2.9.5. Principale source d'éclairage	36
3. SECURITE ALIMENTAIRE ET VULNERABILITE DES MENAGES	39
3.1. CONSOMMATION ALIMENTAIRE DES MENAGES	39
3.2. LA DIVERSITE ET FREQUENCE DE CONSOMMATION	41
3.4. DUREE DE STOCKS ALIMENTAIRES.....	43
3.5. ANALYSE DES STRATEGIES DE SURVIE DES MENAGES	44
3.6. LES DEPENSES DES MENAGES	47
3.7. CHOCS VECUS PAR LES MENAGES ET PRIORITES DES VILLAGES.....	49
3.8. AVOIRS PRODUCTIFS	51
3.9. ACCES AUX TERRES	53
3.10. ASSISTANCE HUMANITAIRE	55
4. ALLAITEMENT ET ETAT NUTRITIONNEL.....	58
4.1. ALLAITEMENT MATERNEL	58
4.1.1 Début de l'allaitement.....	58
4.1.2. Allaitement maternel exclusif	59
4.1.3. Durée de l'allaitement maternel.....	59
4.1.4. Alimentation de complément des enfants âgés de 6 à 23 mois	61
4.2. ANEMIE	63

4.2.1. Prévalence de l'anémie chez les enfants.....	63
4.2.2. Prévalence de l'anémie chez les femmes.....	65
4.3. CONSOMMATION DE MICRONUTRIMENTS PAR LES ENFANTS.....	67
4.3.1. Supplémentation en vitamine A.....	67
4.3.2. Déparasitage des enfants.....	69
4.5. NUTRITION.....	71
4.5.1 Dispositif de prévention de la malnutrition dans les communautés.....	71
4.5.2. Prise en charge de la malnutrition des enfants au niveau communautaire.....	73
4.5.3. Barrières à l'utilisation des services de prise en charge de la malnutrition.....	76
4.5.4. Malnutrition Aiguë ou Emaciation parmi les enfants âgés de moins de cinq ans.....	78
4.5.5. Malnutrition chronique.....	81
4.5.6. Etat nutritionnel des mères (MUAC).....	83
4.6. CONSEILS SUR L'ALIMENTATION DES ENFANTS.....	84
4.6.1. Acteurs œuvrant dans la transmission des messages.....	84
4.6.2. Personnes préférées des questions de santé.....	86
4.6.3. Canaux de communication préférés.....	88
5. SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT.....	89
5.1. OFFRE DE SANTE.....	89
5.1.1. Situation des infrastructures sanitaires.....	89
5.1.2. Services offerts dans les formations sanitaires.....	91
5.1.2. Barrières à la l'utilisation des services de santé.....	93
5.2. SOINS PRENATALS.....	95
5.2.1. Fréquentation des services de soins prénatals.....	95
5.2.2. Composantes des CPN.....	97
5.2.3. Les barrières à l'utilisation des services de CPN.....	100
5.3. ACCOUCHEMENT ET SOINS POSTNATALS.....	102
5.3.1. Lieu de l'accouchement.....	102
5.3.2. Les raisons des accouchements à domicile.....	104
5.3.3. Assistance à l'accouchement.....	106
5.3.4. Consultations postnatales (CPoN).....	108
5.4. VACCINATION DES ENFANTS.....	110
5.5. MALADIES DES ENFANTS ET RECHERCHE DE SOINS.....	112
5.5.1. Prévalence et prise en charge de la diarrhée.....	112
5.5.2. Prévalence et traitement de la toux.....	118
5.5.3. Connaissance des signes de danger.....	125
5.6. POSSESSION ET UTILISATION DE MOUSTIQUAIRES.....	127
5.6.1. Possession de la moustiquaire.....	127
5.6.2. Utilisation des MILDA.....	131
5.6.3. Les barrières à l'utilisation des moustiquaires.....	133
5.7. LAVAGE DES MAINS.....	134
5.7.1. Les moments du lavage des mains.....	135
5.7.2. Les produits utilisés pour le lavage des mains.....	137
5.7.3. Promotion des Pratiques Familiales Essentielles.....	140
6. ÉDUCATION.....	145
6.1. ACCES A UNE ECOLE PRIMAIRE.....	145
6.1.1. Existence d'une école primaire.....	145
6.1.2. Infrastructures dans les écoles primaires.....	147
6.1.3. Existence d'un comité fonctionnel de gestion décentralisé de l'école.....	149
6.1.4. Accessibilité géographique à une école primaire.....	150

6.2. ACCESSIBILITE A UN COLLEGE.....	152
6.2.1. Existence d'un collège	152
6.2.2. Infrastructures dans les collèges	153
6.2.3. Accessibilité géographique à un collège.....	155
6.3. DERNIERE CLASSE FREQUENTEE	156
6.4. FREQUENTATION SCOLAIRE EN COURS.....	157
6.5. RECEPTION D'UN MANUEL QUELCONQUE	160
6.6. BARRIERES A LA FREQUENTATION SCOLAIRE.....	161
6.7. LES BARRIERES A L'UTILISATION DES SERVICES D'EDUCATION	163
7. ENREGISTREMENT DES NAISSANCES	165
7.1. SYSTEME D'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES.....	165
7.2. ENREGISTREMENT DES NAISSANCES	167
7.3. LES BARRIERES A L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES	171
8. PREVALENCE CONTRACEPTIVE ET VIH/SIDA.....	175
8.1. CONNAISSANCE, ATTITUDE ET PRATIQUES SUR LE VIH/SIDA	175
8.1.1. Connaissance du VIH/SIDA.....	175
8.1.2. Source d'information sur le VIH/SIDA.....	177
8.1.3. Connaissance des canaux de transmission du VIH/SIDA	179
8.1.4. Moyen de prévention du VIH/SIDA	181
8.2. DEPISTAGE DU VIH/SIDA.....	183
8.2.1. Pratique du test de VIH/SIDA	183
8.2.2. Raison du test du VIH/SIDA	185
8.2.3. Intention de faire le test du dépistage.....	187
8.2.4. Connaissance du centre de dépistage du VIH/SIDA.....	189
8.3. PLANIFICATION FAMILIALE.....	191
8.3.1. Prévalence contraceptive quelconque	191
8.3.2. Type de méthode de contraception pratiquée.....	193
8.3.3. Intention de pratiquer une méthode contraceptive.....	195
8.3.4. Existence des sites communautaires de distribution des contraceptifs dans les villages.....	197
CONCLUSIONS ET PRINCIPALES RECOMMANDATIONS.....	200
ANNEXES.....	202

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : REPARTITION DE L'ECHANTILLON PAR COMMUNE.....	11
TABLEAU 2 REPARTITION (EN %) DES CHEFS DE MENAGE PAR SEXE	14
TABLEAU 3 REPARTITION (EN %) DES CHEFS DE MENAGE PAR LE STATUT MATRIMONIAL.....	15
TABLEAU 4 REPARTITION (EN %) DES CHEFS DE MENAGE PAR LE STATUT MATRIMONIAL	16
TABLEAU 5 REPARTITION (EN %) DES CHEFS DE MENAGE PAR NIVEAU INSTRUCTION	17
TABLEAU 6 REPARTITION (EN %) DES CHEFS DE MENAGE PAR NIVEAU INSTRUCTION	18
TABLEAU 7 REPARTITION (EN %) DES CHEFS DE MENAGE PAR PRINCIPALE ACTIVITE	19
TABLEAU 8 REPARTITION (EN %) DES CHEFS DE MENAGE PAR PRINCIPALE ACTIVITE	20
TABLEAU 9 : REPARTITION (EN %) DES ENFANTS PAR GROUPES D'AGES ET PAR COMMUNE	25
TABLEAU 10 : REPARTITION (EN %) DES ENFANTS PAR GROUPES D'AGES ET PAR DEPARTEMENT	26
TABLEAU 11 : REPARTITION (EN %) DES MENAGES DISPOSANT D'UNE SOURCE D'EAU AMELIOREE PAR COMMUNE ET LE TYPE DE MENAGE	29
TABLEAU 12 : REPARTITION (EN %) DES MENAGES DISPOSANT D'UNE SOURCE D'EAU AMELIOREE PAR DEPARTEMENT ET TYPE DE MENAGE	30
TABLEAU 13 : MODE DE TRAITEMENT DE L'EAU NON POTABLE PAR LA COMMUNE ET LE TYPE DE MENAGE.....	31
TABLEAU 14 : REPARTITION (EN %) DES MENAGES DISPOSANT D'UN MOYEN DE TRAITEMENT DE L'EAU SELON LE DEPARTEMENT ET LE TYPE DE MENAGE.....	32
TABLEAU 15 : REPARTITION (EN %) PAR LE PRINCIPAL TYPE DE TOILETTE UTILISEE SELON LA COMMUNE ET LE TYPE DE MENAGE	33
TABLEAU 16 : REPARTITION (EN %) PAR LE PRINCIPAL TYPE DE TOILETTE UTILISEE SELON LE DEPARTEMENT ET LE TYPE DE MENAGE	34
TABLEAU 17 REPARTITION DES MENAGES (EN %) SUIVANT LE PRINCIPAL COMBUSTIBLE UTILISE PAR COMMUNE	35
TABLEAU 18 REPARTITION (EN %) PAR LE PRINCIPAL COMBUSTIBLE UTILISE SELON LE DEPARTEMENT	36
TABLEAU 19 REPARTITION (EN %) PAR LA PRINCIPALE SOURCE DE L'ENERGIE D'ECLAIRAGE SELON LA COMMUNE	37
TABLEAU 20 REPARTITION (EN %) PAR LA PRINCIPALE SOURCE DE L'ENERGIE D'ECLAIRAGE SELON LE DEPARTEMENT	37
TABLEAU 21: SCORE DE CONSOMMATION ALIMENTAIRE SELON LES COMMUNES	40
TABLEAU 22: SCORE DE CONSOMMATION ALIMENTAIRE SELON LES DEPARTEMENTS.....	41
TABLEAU 23: DIVERSITE ALIMENTAIRE SELON LES COMMUNES	42
TABLEAU 24: CLASSES DE DIVERSITE ALIMENTAIRE SELON LES DEPARTEMENTS	43
TABLEAU 25: DUREE DE STOCK, UNITE DE BETAIL TROPICAL ET INDICES DE STRATEGIE SELON LES COMMUNES	44
TABLEAU 26: DUREE DE STOCK, UNITE DE BETAIL TROPICAL ET INDICES DE STRATEGIE SELON LES DEPARTEMENTS	44
TABLEAU 27: TYPE DE STRATEGIES ADOPTEES PAR LES MENAGES AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS PAR COMMUNE	46
TABLEAU 28: REPARTITION DES MENAGES SELON LE TYPE DE STRATEGIES ADOPTEES AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS PAR DEPARTEMENT	47
TABLEAU 29: PART DES DEPENSES ALIMENTAIRES DANS LES DEPENSES TOTALES DES MENAGES SELON LES COMMUNES	48
TABLEAU 30: PART DES DEPENSES ALIMENTAIRES DANS LES DEPENSES TOTALES DES MENAGES SELON LES DEPARTEMENTS	48
TABLEAU 31: PRINCIPAUX CHOCS VECUS PAR LES MENAGES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS	50
TABLEAU 32: ACCESSIBILITE DES TRES PAUVRES AUX ACTIFS PRODUCTIFS ET EXISTENCE DE DISPOSITIF DE REPONSE AUX CRISES ALIMENTAIRES PAR COMMUNES	52
TABLEAU 33: ACCESSIBILITE DES TRES PAUVRES AUX ACTIFS PRODUCTIFS ET EXISTENCE DE DISPOSITIF DE REPONSE AUX CRISES ALIMENTAIRES PAR DEPARTEMENTS	53
TABLEAU 34: POURCENTAGE DES MENAGES PAR TYPE DE CHAMPS SELON LES COMMUNES	54
TABLEAU 35: POURCENTAGE DES MENAGES PAR TYPE DE CHAMPS SELON LES DEPARTEMENTS	54
TABLEAU 36: TRANSFERTS REÇUS PAR LES MENAGES AU COURS DES 12 DERNIERS SELON LES COMMUNES	56
TABLEAU 37: TRANSFERTS REÇUS PAR LES MENAGES AU COURS DES 12 DERNIERS SELON LES DEPARTEMENTS.....	57
TABLEAU 38: ALLAITEMENT MATERNEL PAR COMMUNE.....	60
TABLEAU 39: ALLAITEMENT MATERNEL PAR DEPARTEMENT	61
TABLEAU 40 :% D'ENFANTS AGES DE 6 A 59 MOIS SOUFFRANT D'ANEMIE DANS LES COMMUNES DE CONVERGENCE	64
TABLEAU 41: PREVALENCE DE L'ANEMIE CHEZ L'ENFANT PAR DEPARTEMENT	65
GRAPHIQUE 42 : % DES FEMMES AGES DE 12 A 49 ANS SOUFFRANT D'ANEMIE DANS LES COMMUNES DE CONVERGENCE	66
TABLEAU 43: PREVALENCE DE L'ANEMIE CHEZ LA FEMME PAR DEPARTEMENT	67

GRAPHIQUE 44 : POURCENTAGE D'ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AYANT REÇU LA VITAMINE A PAR COMMUNE	68
GRAPHIQUE 45 : POURCENTAGE D'ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AYANT REÇU LA VITAMINE A PAR DEPARTEMENT	69
TABEAU 46 : COUVERTURE DU DEPARASITAGE DES ENFANTS	70
TABEAU 47 : POURCENTAGE DES VILLAGES DISPOSANT DE CENTRES D'EDUCATION NUTRITIONNELLE ET/OU RELAIS POUR LE DEPISTAGE COMMUNAUTAIRE DE LA MALNUTRITION PAR COMMUNE	72
TABEAU 48 : PREVALENCE ET PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION SELON LES DECLARATIONS DES MERES DES ENFANTS.....	75
TABEAU 49 : PREVALENCE ET PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION SELON LES MERES DES ENFANTS.....	75
TABEAU 50 : BARRIERES A L'UTILISATION DES SERVICES	78
TABEAU 51 : % D'ENFANTS AGES DE MOINS DE 5 ANS SOUFFRANT DE MALNUTRITION AIGÛE GLOBALE ET SEVERE.....	79
TABEAU 52: PREVALENCE DE LA MALNUTRITION AIGÛE ET CHRONIQUE (GLOBALE ET SEVERE) SELON LES NORMES OMS 2006, CHEZ LES ENFANTS DE 6 A 59 MOIS PAR DEPARTEMENT	80
TABEAU 53: PREVALENCE DE LA MALNUTRITION CHRONIQUE (GLOBALE ET SEVERE) SELON L'INDICE TAILLE-POUR-AGE EXPRIME EN Z- SCORE (APRES EXCLUSION DES FLAGS OMS), SELON LES NORMES OMS 2006, CHEZ LES ENFANTS DE 6 A 59 MOIS PAR COMMUNE ET PAR TRANCHE D'AGE	82
TABEAU 54 : POURCENTAGE DES FEMMES ENCEINTES OU ALLAITANTES AYANT DES PB < 230 MM.....	84
TABEAU 55: RECEPTION DES CONSEILS SUR LA SANTE ET L'ALIMENTATION DES ENFANTS PAR COMMUNE	85
TABEAU 56: RECEPTION DES CONSEILS SUR LA SANTE ET L'ALIMENTATION DES ENFANTS PAR DEPARTEMENT.....	86
TABEAU 57: PERSONNES DE CONFIANCE POUR DISCUTER DES QUESTIONS DE SANTE PAR COMMUNE	87
TABEAU 58: PERSONNES DE CONFIANCE POUR DISCUTER DES QUESTIONS RELATIVES AUX FEMMES ET AUX ENFANTS PAR DEPARTEMENT ...	87
TABEAU 59: PREFERENCE DES FEMMES POUR LES CANAUX PAR COMMUNE.....	88
TABEAU 60: PREFERENCE DES FEMMES POUR LES CANAUX PAR DEPARTEMENT	89
TABEAU 61: POURCENTAGE DES VILLAGES DISPOSANT DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES PAR COMMUNE	90
TABEAU 62: POURCENTAGE DES VILLAGES DISPOSANT DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES PAR DEPARTEMENT	91
TABEAU 63: REPARTITION DES VILLAGES AYANT DES FORMATIONS SANITAIRES PAR SERVICE OFFERT ET PAR COMMUNE.....	92
TABEAU 64: VILLAGE AYANT DES FORMATIONS SANITAIRES OFFRANT CERTAINS SERVICES PAR DEPARTEMENT	93
TABEAU 65: REPARTITION DES VILLAGES PAR COMMUNE SELON LES BARRIERES A L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE	94
TABEAU 66: NIVEAU ET FREQUENCE DES CONSULTATIONS PRENATALES PAR COMMUNE.....	96
TABEAU 67: NIVEAU ET FREQUENCE DES CONSULTATIONS PRENATALES PAR DEPARTEMENT	97
TABEAU 68: REPARTITION DES FEMMES PAR COMMUNE SELON LES SERVICES AUXQUELS ELLES ONT BENEFICIE LORS DES CPN	98
TABEAU 69: REPARTITION DES FEMMES PAR DEPARTEMENT SELON LES SERVICES AUXQUELS ELLES ONT BENEFICIE LORS DES CPN	100
TABEAU 70: REPARTITION DES FEMMES (EN %) PAR COMMUNE SELON LES RAISONS DE LA NON-UTILISATION DES SERVICES DE CPN	101
TABEAU 71: REPARTITION DES FEMMES (EN %) PAR COMMUNE SELON LES RAISONS DE LA NON-UTILISATION DES SERVICES DE CPN	102
TABEAU 72: REPARTITION DES FEMMES PAR COMMUNE SELON LES LIEUX DE LEURS ACCOUCHEMENTS	103
TABEAU 73: REPARTITION DES FEMMES PAR COMMUNE SELON LES LIEUX DE LEURS ACCOUCHEMENTS	103
TABEAU 74: REPARTITION DES FEMMES PAR COMMUNE SELON LES RAISONS DES ACCOUCHEMENTS A DOMICILE.....	105
TABEAU 75: UTILISATION DE SERVICE DE CONSULTATION POSTNATALE PAR COMMUNE	109
TABEAU 76: UTILISATION DE SERVICE DE CONSULTATION POSTNATALE PAR DEPARTEMENT	109
TABEAU 77: POURCENTAGE DES ENFANTS AYANT ETE VACCINES PAR TYPE DE VACCIN ET PAR COMMUNE	111
TABEAU 78: PREVALENCE ET CARACTERISTIQUE DE LA DIARRHEE PAR COMMUNE.....	114
TABEAU 79: POURCENTAGE DES MERES AYANT RECHERCHE DE SOINS POUR LEURS ENFANTS ATTEINTS DE DIARRHEE PAR TYPE DE TRAITEMENT ET PAR COMMUNE	115
TABEAU 80: POURCENTAGE DES MERES AYANT RECHERCHE DE SOINS POUR LEURS ENFANTS ATTEINTS DE DIARRHEE PAR TYPE DE TRAITEMENT ET PAR DEPARTEMENT	117
TABEAU 81: POURCENTAGE DES MERES AYANT RECHERCHE DES CONSEILS POUR LE TRAITEMENT DE LA TOUX PAR COMMUNE ET PAR TYPE DE PRESTATAIRE	121
TABEAU 82: POURCENTAGE DES MERES AYANT RECHERCHE DES CONSEILS POUR LE TRAITEMENT DE LA TOUX PAR DEPARTEMENT ET PAR TYPE DE PRESTATAIRE	125
TABEAU 83: POURCENTAGE DES MERES AYANT RECHERCHE DE TRAITEMENT POUR LA FIEVRE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 CINQ PAR COMMUNE ET PAR TYPE DE TRAITEMENT.....	122
TABEAU 84: POURCENTAGE DES MERES CONNAISSANT LES SIGNES DE DANGER PAR TYPE ET PAR COMMUNE	126
TABEAU 85: POURCENTAGE DES MERES CONNAISSANT LES SIGNES DE DANGER PAR TYPE ET PAR DEPARTEMENT	127

TABLEAU 86: POURCENTAGE DES MENAGES POSSEDANT DE MOUSTIQUAIRES PAR TYPE ET PAR COMMUNE.....	129
TABLEAU 87: POURCENTAGE DES MENAGES POSSEDANT DE MOUSTIQUAIRES PAR TYPE ET PAR DEPARTEMENT	130
TABLEAU 88: POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS ET DES FEMMES ENCEINTES AYANT PASSE LA NUIT DERNIERE SOUS MILDA PAR COMMUNE.....	132
TABLEAU 89: RAISONS EVOQUEES DE LA NON-UTILISATION DE LA MOUSTIQUAIRE PAR COMMUNE	134
TABLEAU 90: PRATIQUE DE LAVAGE DES MAINS PAR COMMUNE SELON LE MOMENT	136
TABLEAU 91: PRATIQUE DE LAVAGE DES MAINS PAR COMMUNE SELON LE MOMENT	137
TABLEAU 92: TYPE DE PRODUITS UTILISES POUR LE LAVAGE DE MAINS PAR COMMUNE.....	138
TABLEAU 93: TYPE DE PRODUITS UTILISES POUR LE LAVAGE DE MAINS PAR DEPARTEMENT	140
TABLEAU 94: ACTEURS IMPLIQUES DANS LA PROMOTION DE LA PFE	142
TABLEAU 95: ACTEURS MOBILISES DANS L'EXECUTION DE LA PROMOTION DE LA PFE.....	143
TABLEAU 96: VILLAGES VISITES PAR UN RELAIS COMMUNAUTAIRE AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS PAR COMMUNE ET PAR NOMBRE MOYEN DE VISITES	144
TABLEAU 97 : INFRASTRUCTURES DANS LES ECOLES PRIMAIRES PAR COMMUNES	148
TABLEAU 98: INFRASTRUCTURES DANS LES ECOLES PRIMAIRES PAR DEPARTEMENT.....	148
TABLEAU 99: PROXIMITE A UNE ECOLE PRIMAIRE PAR COMMUNE.....	151
TABLEAU 100: PROXIMITE A UNE ECOLE PRIMAIRE PAR DEPARTEMENT	151
TABLEAU 101: INFRASTRUCTURES DANS LES COLLEGES PAR COMMUNE	154
TABLEAU 102: INFRASTRUCTURES DANS LES COLLEGES PAR DEPARTEMENT	155
TABLEAU 103: PROXIMITE A UN COLLEGE PAR COMMUNE.....	155
TABLEAU 104: PROXIMITE A UN COLLEGE PAR DEPARTEMENT	156
TABLEAU 105 : DERNIERE CLASSE FREQUENTEE PAR COMMUNE	205
TABLEAU 106: DERNIERE CLASSE FREQUENTEE PAR DEPARTEMENT	157
TABLEAU 107: FREQUENTATION SCOLAIRE EN COURS PAR COMMUNE	207
TABLEAU 108: FREQUENTATION SCOLAIRE EN COURS PAR DEPARTEMENT.....	159
TABLEAU 109: MOTIFS DE NON FREQUENTATION SCOLAIRE PAR COMMUNE.....	162
TABLEAU 110: MOTIFS DE NON FREQUENTATION SCOLAIRE PAR DEPARTEMENT	163
TABLEAU 111: BARRIERES A L'UTILISATION DES SERVICES D'EDUCATION PAR COMMUNE.....	164
TABLEAU 112: BARRIERES A L'UTILISATION DES SERVICES D'EDUCATION PAR DEPARTEMENT	165
TABLEAU 113: POURCENTAGE DES VILLAGES DISPOSANT D'UN CENTRE DE DECLARATION ET LE MONTANT MOYEN PAYE PAR DECLARATION PAR COMMUNE	166
TABLEAU 114 : POURCENTAGE DES VILLAGES DISPOSANT D'UN CENTRE DE DECLARATION ET LE MONTANT PAYE PAR DECLARATION PAR DEPARTEMENT	166
TABLEAU 115 : ENREGISTREMENT DES NAISSANCES PAR COMMUNE.....	168
TABLEAU 116 : L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES PAR DEPARTEMENT	170
TABLEAU 117 : LES BARRIERES A L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES PAR COMMUNE	172
TABLEAU 118 : LES RAISONS DU NON DECLARATION DES NAISSANCES PAR DEPARTEMENT.....	174
TABLEAU 119: REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LEUR SOURCE D'INFORMATION SUR LE VIH/SIDA.....	177
TABLEAU 120: REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LEUR SOURCE D'INFORMATION SUR LE VIH/SIDA PAR DEPARTEMENT	179
TABLEAU 121: REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LES CANAUX DE TRANSMISSION DU VIH/SIDA QU'ELLES CONNAISSENT	180
TABLEAU 122: REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LES CANAUX DE TRANSMISSION DU VIH/SIDA QU'ELLES CONNAISSENT SELON LES DEPARTEMENTS	181
TABLEAU 123: REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LES PRINCIPAUX MOYENS DE PREVENTION CONTRE LE VIH/SIDA QU'ELLES CONNAISSENT.....	181
TABLEAU 124: REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LES PRINCIPAUX MOYENS DE PREVENTION CONTRE LE VIH/SIDA QU'ELLES CONNAISSENT SELON LES DEPARTEMENTS	183
TABLEAU 125: REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LES RAISONS QUI LES ONT PUSSES A FAIRE LE TEST DU DEPISTAGE ...	186
TABLEAU 126: REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LES RAISONS QUI LES ONT PUSSEES A FAIRE LE TEST DU DEPISTAGE PAR DEPARTEMENT	187

TABLEAU 127: REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LE TYPE DE CONTRACEPTION UTILISE PAR COMMUNE	194
TABLEAU 128: REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES SELON LE TYPE DE CONTRACEPTION UTILISE PAR DEPARTEMENT	195

Liste des graphiques

GRAPHIQUE 1 : COUVERTURE DU DEPARASITAGE DES ENFANTS PAR DEPARTEMENT	71
GRAPHIQUE 2 : POURCENTAGE DES VILLAGES DISPOSANT DE CENTRES D'EDUCATION NUTRITIONNELLE ET/OU RELAIS POUR LE DEPISTAGE COMMUNAUTAIRE DE LA MALNUTRITION PAR DEPARTEMENT.....	73
GRAPHIQUE 3 : APPRECIATION DES VILLAGES SUR LA SITUATION NUTRITIONNELLE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS PAR RAPPORT A L'ANNEE PASSEE (%).....	74
GRAPHIQUE 4 : PREMIERS RECOURS DES MERES EN CAS DE MALNUTRITION	76
GRAPHIQUE 5 : POURCENTAGES DES FEMMES ENCEINTES OU ALLAITANTES AYANT DES PB < 230 MM	83
GRAPHIQUE 6 : POURCENTAGE DES ACCOUCHEMENTS ASSISTES PAR UN PERSONNEL QUALIFIE PAR COMMUNE	107
GRAPHIQUE 7 : POURCENTAGE DES ACCOUCHEMENTS ASSISTES PAR UN PERSONNEL QUALIFIE PAR DEPARTEMENT.....	108
GRAPHIQUE 8 : POURCENTAGE DES ENFANTS AYANT ETE VACCINES PAR TYPE DE VACCIN ET PAR DEPARTEMENT	112
GRAPHIQUE 9 : TAUX DE PREVALENCE DE LA DIARRHEE PARMI LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AU COURS DES 2 DERNIERES SEMAINES	113
GRAPHIQUE 10 : POURCENTAGE D'ENFANTS SOUFFRANT DE DIARRHEE BENEFICIAIRE DE LA COMBINAISON SRO ET ZINC	116
GRAPHIQUE 11 : PREVALENCE ET CARACTERISTIQUE DE LA DIARRHEE PAR DEPARTEMENT	117
GRAPHIQUE 12 : POURCENTAGES DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AYANT SOUFFERT DE LA TOUX PAR COMMUNE	118
GRAPHIQUE 13 : POURCENTAGES DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AYANT SOUFFERT DE LA TOUX PAR DEPARTEMENT.....	123
GRAPHIQUE 14 : POURCENTAGE D'ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AYANT EU DES DIFFICULTES RESPIRATOIRES DURANT L'EPISODE DE LA TOUX PAR COMMUNE.....	119
GRAPHIQUE 15 : POURCENTAGE D'ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS AYANT EU DES DIFFICULTES RESPIRATOIRES DURANT L'EPISODE DE LA TOUX PAR DEPARTEMENT	124
GRAPHIQUE 16 : POURCENTAGES DES MENAGES DISPOSANT DE MOUSTIQUAIRE PAR COMMUNE	128
GRAPHIQUE 17 : POURCENTAGES DES MENAGES DISPOSANT DE MOUSTIQUAIRE PAR DEPARTEMENT	130
GRAPHIQUE 18 : POURCENTAGE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS ET DES FEMMES ENCEINTES AYANT PASSE LA NUIT DERNIERE SOUS MILDA PAR DEPARTEMENT	133
GRAPHIQUE 19 : POURCENTAGE DES MERES PRATIQUANT LE LAVAGE DES MAINS DURANT LES CINQ MOMENTS CRITIQUES AVEC L'EAU ET DU SAVON PAR COMMUNE	139
GRAPHIQUE 20 : POURCENTAGE DES MERES PRATIQUANT LE LAVAGE DES MAINS DURANT LES CINQ MOMENTS CRITIQUES AVEC L'EAU ET DU SAVON PAR DEPARTEMENT	140
GRAPHIQUE 21: EXISTENCE D'UNE ECOLE PRIMAIRE DANS COMMUNE.....	146
GRAPHIQUE 22: EXISTENCE D'UNE ECOLE PRIMAIRE PAR DEPARTEMENT	147
GRAPHIQUE 23: EXISTENCE D'UN COGES PAR COMMUNE	149
GRAPHIQUE 24: EXISTENCE D'UN COGES PAR DEPARTEMENT.....	150
GRAPHIQUE 25: EXISTENCE D'UN COLLEGE PAR COMMUNE.....	152
GRAPHIQUE 26: EXISTENCE D'UN COLLEGE PAR DEPARTEMENT	153
GRAPHIQUE 27: RECEPTION D'UN MANUEL QUELCONQUE PAR COMMUNE.....	160
GRAPHIQUE 28: RECEPTION D'UN MANUEL QUELCONQUE PAR DEPARTEMENT	161
GRAPHIQUE 29: POURCENTAGE DES NAISSANCES ENREGISTREES DANS LE DELAI PAR COMMUNE.....	169
GRAPHIQUE 30: POURCENTAGE DES NAISSANCES ENREGISTREES DANS LE DELAI PAR DEPARTEMENT	171
GRAPHIQUE 31: TEMPS MOYEN (EN MOIS) DE RETRAIT DE L'ACTE DE NAISSANCE PAR COMMUNE	173
GRAPHIQUE 32: TEMPS MOYEN (EN MOIS) DE RETRAIT DE L'ACTE DE NAISSANCE PAR DEPARTEMENT	174
GRAPHIQUE 33 : REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AYANT ENTENDU PARLER DU VIH/SIDA SELON LES COMMUNES	175
GRAPHIQUE 34 : POURCENTAGE DES FEMMES AYANT ENTENDU PARLER DU VIH/SIDA SELON LES DEPARTEMENTS.....	176
GRAPHIQUE 35 : REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AYANT FAIT LE TEST DE DEPISTAGE DU VIH/SIDA.....	184

GRAPHIQUE 36 : REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AYANT FAIT LE TEST DE DEPISTAGE DU VIH/SIDA SELON LES DEPARTEMENTS	185
GRAPHIQUE 37 : REPARTITION DES FEMMES AYANT L'INTENTION DE FAIRE LE TEST DE DEPISTAGE DU VIH/SIDA.....	188
GRAPHIQUE 38 : REPARTITION DES FEMMES PRETES A FAIRE LE TEST DE DEPISTAGE DU VIH/SIDA PAR DEPARTEMENT	189
GRAPHIQUE 39 : REPARTITION DES FEMMES QUI CONNAISSENT L'EXISTENCE DES CENTRES DE DEPISTAGE DU VIH/SIDA	190
GRAPHIQUE 40 : REPARTITION DES FEMMES QUI CONNAISSENT L'EXISTENCE DES CENTRES DE DEPISTAGE DU VIH/SIDA PAR DEPARTEMENT	191
GRAPHIQUE 41 : REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES PRATIQUANT UNE METHODE QUELCONQUE DE CONTRACEPTION	192
GRAPHIQUE 42 : REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES PRATIQUANT UNE METHODE QUELCONQUE DE CONTRACEPTION PAR DEPARTEMENT	193
GRAPHIQUE 43 : REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AYANT L'INTENTION DE PRATIQUER UNE METHODE CONTRACEPTIVE	196
GRAPHIQUE 44 : REPARTITION EN POURCENTAGE DES FEMMES AYANT L'INTENTION DE PRATIQUER UNE METHODE CONTRACEPTIVE PAR DEPARTEMENT	197
GRAPHIQUE 45 : REPARTITION EN POURCENTAGE DES VILLAGES DISPOSANT D'UN SITE A BASE COMMUNAUTAIRE DE DISTRIBUTION DE CONTRACEPTIF.....	198
GRAPHIQUE 46 : REPARTITION EN POURCENTAGE DES VILLAGES DISPOSANT DES SITES COMMUNAUTAIRES DE DISTRIBUTIONS DES CONTRACEPTIFS	199

Sigles et abréviations

AEM	Analyse de l'Economie des Ménages
AEP	Adduction d'Eau Potable
BF	Blanket Feeding
CFW	Cash For Work
CPN	Consultations Prénatales
CRENAM	Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire Modérée
CPoN	Consultations Postnatales
CSI	Coping Strategy Index
CT	Cash Transfert
DGC	Distribution Gratuite Ciblée
DNPGCA	Dispositif National de Prévention et de Gestion des Crises Alimentaires
ENA	Emergency Nutrition Assessment
FCS	Food Consumption Score
FFW	Food For Work
HEA	Household Economy Approach
INS	Institut National de la Statistique
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
I3N	Initiative les Nigériens Nourrissent les Nigériens
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MUAC	Mid Uper Arm Circumference (Bracelet du périmètre brachial)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PDM	Post Distribution Monitoring
PFE	Pratiques Familiales Essentielles
PTME	Protection de la Transmission Mère-Enfant
SAP	Système d'Alerte Précoce
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions

SNU	Système des Nations Unies
SRO	Sel de Réhydratation Orale
VAT	Vaccin Anti Tétanique
UBT	Unité de Bétail Tropical
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance

Résumé

Afin d'accompagner la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan d'action en faveur de l'amélioration de la résilience des populations, les agences du Système des Nations-Unies (SNU) se sont engagées à réaliser une enquête de base dans 22 communes de convergence et dans quatre (4) départements de la zone d'intervention du programme de prévention et de prise en charge de la diarrhée et de la pneumonie financé par la coopération canadienne. Pour ce faire, un sondage à deux (2) degrés a été réalisé dans chaque commune de convergence et dans chaque département.

Plusieurs résultats relatifs à des thématiques variées sont présentés dans ce rapport.

Caractéristiques de la population

Les ménages dans les communes de convergence sont composés en moyenne de six (6) personnes. Dans ces ménages, 0,6% des femmes âgées de 10-14 ans ont déjà vécu en couple (mariées, séparées ou divorcées) et un peu plus de la moitié de ces ménages disposent d'une source d'eau améliorée, et pour plus de 85% d'entre eux, leurs membres utilisent la nature comme lieu d'aisance. Cette pratique est beaucoup plus répandue dans les communes de Foulatari et N'Guelbeyli dans la région de Diffa.

Sécurité et vulnérabilité des ménages

Les résultats montrent que 43,5% des ménages ont une consommation alimentaire pauvre et 56% ont une alimentation faiblement diversifiée. En référence à la période de collecte, la durée moyenne estimée des réserves alimentaires est d'un (1) mois dans l'ensemble des communes de convergence. Pour faire face à des difficultés alimentaires, les ménages adoptent en grande partie les stratégies d'urgence et très peu de stratégies de stress, ceci confirme le niveau élevé de vulnérabilité de ces communes, mais à des degrés différents. La baisse des récoltes (62%), la baisse du revenu (40%) et l'augmentation des prix des denrées alimentaires (32%) constituent les principaux chocs vécus par les ménages au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. On note globalement qu'au niveau communautaire, 52,1% des villages ont déclaré que les

ménages très pauvres profitent des actifs. Dans ces villages, en moyenne, 69% des ménages très pauvres profitent des actifs productifs.

Allaitement et alimentation des enfants de 0-59 mois et des femmes de 12-49 ans

Dans l'ensemble des communes de convergence, 51,5% des enfants de 6-59 mois sont anémiés dont 26% sous forme modérée et 1,9% sous forme sévère. Cela est notamment plus ressenti dans les communes de Dogo, Koléram Ollelewa (région de Zinder) et Guidan Amoumoune (Maradi). Pour ce qui est des femmes âgées de 12 à 49 ans, 55,9% sont touchées par l'anémie, 10% sous une forme modérée et 0,7% sous forme sévère.

En moyenne, la malnutrition aiguë globale affecte 18% des enfants âgés de moins de 5 ans dans les communes de convergence et 4% de ces enfants souffrent de malnutrition aiguë sévère. Notons par ailleurs que plus de trois quart (3/4) des communes de convergence enregistrent des taux de malnutrition aiguë globale au-dessus du seuil d'alerte de 15% et toutes les communes enregistrent un taux de malnutrition aiguë globale supérieur au seuil critique de 10%. Pour les femmes enceintes ou allaitantes, la malnutrition aiguë affecte 13,7% d'entre elles.

La malnutrition chronique, un des indicateurs de mesure de la résilience des communautés, dépasse le seuil d'alerte de 40% dans 17 communes. Les communes de convergence les plus affectées par la malnutrition chronique des enfants de 6-59 mois sont celles de Yaouri, Koléram, Gafati, Ollelewa, Kantché et Dogo dans la région de Zinder.

Santé de la mère et de l'enfant

Dans l'ensemble, seulement 14,4% des villages disposent de formations sanitaires fonctionnelles. Ainsi, selon les résultats des discussions dans les villages, les principales barrières à l'utilisation des services de santé sont, entre autres, l'éloignement (52,8%) et l'indisponibilité (48,5%) des services de santé, le manque de moyen de transport (32,7%), les coûts liés aux soins de santé (27,4%) et la faible qualité des services offerts (21,4%).

Globalement, environ neuf femmes sur dix (9/10) ont effectué des Consultations Prénatales (CPN) dans les 22 communes de convergence, allant de 46,3% à Foulatari à 99% à Koléram. Les principaux services offerts sont : la supplémentation en fer (87,2%), le sulfadoxine (79,9%) et le vaccin antitétanique (79%).

Près de 67% des naissances ont eu lieu à domicile. Les femmes ayant accouché de leur dernier enfant à domicile ont déclaré en grande partie avoir été surprises par l'accouchement.

Il est à noter que près du quart (1/4) des enfants n'ont pas bénéficié de vaccination contre la rougeole et 43% des trois (3) doses de pentavalent. Près de 25% des enfants ont souffert de diarrhée au cours des deux (2) semaines précédant l'enquête ; et pour 35%, la diarrhée est accompagnée du sang dans les selles. L'application du traitement recommandé pour la prise en charge de la diarrhée chez les enfants à savoir la combinaison des SRO avec le Zinc reste relativement rare. Seuls 12% des enfants souffrant de diarrhée en ont bénéficié.

On note que 15% des enfants âgés de moins de cinq ans ont souffert de toux.

En ce qui concerne la capacité des mères à identifier les signes de danger, 81,5% des mères ont déclaré reconnaître que la santé de leur enfant est en danger lorsqu'il devient fiévreux. 58,4% et 48,2% de ces femmes considèrent respectivement la diarrhée et les vomissements comme des signes de danger. Par contre, les signes de maladies graves (convulsions), de pneumonie simple (respiration rapide, respiration difficile), de dysenterie (sang dans les selles) et de déshydratation sévère (boire difficilement, léthargique ou inconscient), sont les moins connus par les mères.

Par ailleurs, seules 38,7% des mères pratiquent le lavage des mains aux cinq (5) moments critiques recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les communes dans lesquels la pratique du lavage des mains aux cinq (5) moments critiques s'avère moins fréquente sont celles de N'Guelbeyli, Bagaroua, Gabi, Tebaram, Ourno, Bangui et Ollelewa. Les résultats de l'enquête confirment que la mise en œuvre des Pratiques Familiales Essentielle (PFE) repose essentiellement sur la disponibilité de relais au niveau communautaire.

Éducation pour les enfants de 7-12 ans

En matière d'éducation, on note qu'en moyenne un village sur deux (1/2) dispose d'une (1) école primaire et seulement 7% disposent d'un collège (1). Dans des communes comme Foulatari (Diffa) ou Ollelewa (Zinder), il n'existe pratiquement pas de collège. Cet aspect constitue la principale barrière à l'accès à l'éducation. La situation de l'offre d'éducation dans les départements ressemble à celle communes.

Certains équipements de qualité des services scolaires existent faiblement dans les écoles. En effet, moins d'une école primaire sur quatre (1/4) dispose de latrine et moins d'une sur dix (1/10) est équipée de point d'eau fonctionnel ou de dispositif de lavage de mains à travers l'ensemble des communes de convergence.

Par ailleurs, le taux net de fréquentation scolaire est de 51,7% dans l'ensemble des communes de convergence avec 56,4% pour les garçons de 7 à 12 ans et 46,4% pour les filles du même groupe d'âge. Il est plus faible dans la commune de Kornaka (Maradi) avec 40,9% et atteint 98,4% dans la commune de Bilma (Agadez).

Enregistrement des naissances des enfants de 0-4 ans

Les résultats ont mis en évidence qu'un peu plus du tiers (1/3) des villages des communes de convergence disposent d'un (1) centre de déclaration des naissances. En outre, plus de la moitié des naissances ont fait l'objet de déclaration à l'état civil. Les communes ayant des taux d'enregistrement des naissances les plus faibles sont Tarka (Zinder), Gabi (Maradi), Bangui (Tahoua) et Foulatari (Diffa), où moins de trois naissances sur dix (3/10) ont été déclarées. Dans l'ensemble des communes, 19,6% des femmes déclarent que l'éloignement du service est le principal obstacle à l'enregistrement des naissances. Cet obstacle est surtout plus prononcé à Tébaram (40%) et à Tarka (37,2%). La seconde barrière la plus citée est la négligence (19,0%).

Planification familiale et VIH/Sida

Au moment de l'enquête, on a enregistré, dans l'ensemble des communes de convergence une femme sur cinq (1/5) (20,5%) qui pratique une contraception quelconque. Les pourcentages des femmes utilisant la contraception quelconque sont encore plus bas dans les communes de Gafati (2,0%), Ollelewa (4,6%) dans la région de Zinder, Mayahi (6,2%) dans la région de Maradi et Foulatari (9,4%) dans la région de Diffa. La pratique contraceptive moderne concerne 10,5% des femmes. Parmi ces méthodes

modernes, on note que la pilule et les injectables apparaissent comme les plus utilisées par les femmes avec deux femmes sur cinq (2/5) concernées. La faible utilisation des méthodes modernes a été surtout enregistrée dans les communes de Gafati(1,3%), Ollelewa (3,2%) dans la région Zinder, Foulatari(3,4%) dans la région de Diffa et Mayahi(4,2%) dans la région de Maradi.

Les résultats de l'enquête révèlent que 62,9% des femmes ont déclaré avoir entendu parler du VIH/SIDA. Les rapports sexuels non protégés (59,2%), la prostitution/le vagabondage sexuel (60,2%), apparaissent comme les canaux de transmission du VIH/SIDA les plus connus par les femmes. L'utilisation des ciseaux et rasoirs souillés comme mode de transmission du VIH/SIDA a été également citée par une proportion relativement importante (28,7%). S'agissant des moyens de protection, l'abstinence (65,3%) et la fidélité (57,4%) apparaissent comme étant les moyens de prévention les plus connus par les femmes. D'autre part, bien que le préservatif soit beaucoup médiatisé comme étant un bon moyen de se protéger contre le VIH/SIDA, moins d'un tiers seulement (29,6%) des femmes l'ont cité.

Les indicateurs ci-dessus mettent en exergue l'importance des défis à relever tant au niveau de l'offre de services de santé de qualité qu'au niveau de la demande pour améliorer les conditions de santé de la mère et de l'enfant et assurer une meilleure prise en charge des besoins des femmes et des enfants résidant dans les communes les plus défavorisées. Ils mettent en évidence l'étendue des efforts à consentir pour améliorer la résilience des communautés.

I. Introduction

La résilience constitue un des domaines privilégiés de coopération des Nations Unies au Niger. Dans le cadre de l'UNDAF, les agences du Système des Nations Unies (SNU) se sont engagées à contribuer à l'amélioration de la résilience, à travers l'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle, la prévention et la gestion des risques et catastrophes, l'inclusion socio-économique et la gestion durable de l'environnement. C'est pour concrétiser cet engagement de l'équipe-pays des Nations Unies que des synergies ont été développées entre le Haut-commissariat à l'Initiative 3N (les Nigériens Nourrissent les Nigériens) et les agences des Nations Unies pour la mise en œuvre du plan d'action en faveur de l'amélioration de la résilience dans 35 communes de convergence. Ces communes ciblées se caractérisent par des indicateurs de vulnérabilité et de bien être particulièrement préoccupants. Elles sont réparties en trois catégories :

- Les communes de priorité 1: Djiratawa et Guidan Amoumoune dans la région de Maradi ; Bagaroua dans la région de Tahoua ; Kantché, Yaouri, Dogo, Gafati et Koléram dans la région de Zinder ; Commune urbaine de Bilma dans la région d'Agadez ; Foulatari et N'Guelbeyli dans la région de Diffa. Dans ces communes, la mise en œuvre du paquet d'interventions conjointes a débuté en 2014 ;
- Les communes de priorité 2 : Iférouane et Ingal à Agadez ; Falwel et Sokorbé à Dosso ; Commune urbaine de Mayahi à Maradi ; Tassara à Tahoua ; Dingazi, Simiri et Tondikiwindi à Tillabéri ; Ollelewa et Tarka à Zinder. Dans ces communes, le démarrage d'une partie du paquet d'interventions est prévu en 2014 et le complément du paquet en 2015 ;
- Les communes de priorité 3 : Commune urbaine de Dakoro, Dan Goulbi, Kornaka, Chadakori, Gabi et Sarkin Yamma à Maradi ; Allakeye, Tajae, Bangui, Ourno, Bambèye et Tebaram à Tahoua. Ces communes bénéficieront du paquet d'interventions à partir de 2016.

L'approche préconisée dans les communes de convergence est fondée sur le principe d'une synergie programmatique pour la mise en œuvre d'un paquet cohérent d'interventions pour améliorer la résilience des communautés.

C'est pour accompagner la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan d'action en faveur de l'amélioration de la résilience que l'UNICEF et le PAM se sont engagés à réaliser une enquête de base dans 22 communes de convergence. Les données collectées seront utilisées pour guider la planification et servir de base à la mise en place d'un système de suivi et évaluation participatif permettant de documenter les bonnes pratiques. Elles permettront également de tirer des leçons de la mise en œuvre du programme afin de faire ressortir la valeur ajoutée de la concentration géographique et des synergies sur l'amélioration de la résilience des communautés.

L'enquête de base, réalisée par l'Institut National de la Statistique (INS) s'est déroulée dans 22 communes de convergence constituées de 11 communes de priorité¹ et de 11 communes d'intervention de l'Initiative d'Accélération des Objectifs du Millénaire (IAOMD) au Niger. Ces dernières communes sont : Dakoro, Kornaka, Gabi, Djirataoua, Mayahi, Guidan Amoumoune, Ourno, Bangui, Tajae, Bambèye, Tebaram, Kantché, Yaouri, Tarka et Ollelewa. Les communes enquêtées sont celles dans lesquelles les interventions ont démarré en 2014. Ce sont les communes de :

- Djiratawa, Guidan Amoumoune, Gabi, Kornaka, commune urbaine de Mayahi et commune urbaine de Dakoro à Maradi ;
- Bagaroua, Tajae, Bangui, Ourno, Bambèye et Tebaram à Tahoua ;
- Kantché, Yaouri, Dogo, Gafati, Koléram, Ollelewa et Tarka à Zinder ;
- Commune urbaine de Bilma à Agadez ;
- Foulatari et N'Guelbeyli à Diffa ;
- Foulatari et N'Guelbeyli à Diffa.

L'enquête vise à produire des données complémentaires quantitatives et qualitatives permettant :

- de dresser la situation de référence dans les communes de convergence notamment en ce qui concerne :
 - l'accès et l'utilisation des services sociaux de base ;
 - les normes sociales et les comportements en matière de prévention et de prise en charge de la santé de la mère, de la survie et du développement de l'enfant ;
 - l'accès aux moyens de production et la création d'actifs productifs ;
 - la sécurité alimentaire ;
 - les facteurs de risques auxquels les communautés sont confrontées ainsi que les mécanismes de prévention et de gestion des crises;
 - les mesures de protection sociale des plus défavorisés.
- D'évaluer la situation nutritionnelle des enfants âgés de 6 à 59 mois et des femmes âgées de 12-49 ans, enceintes ou mères/gardiennes des enfants de moins de cinq ans ;
- d'identifier et d'analyser les barrières à l'utilisation des services sociaux de base et à l'adoption des pratiques familiales essentielles pour la survie et le développement de l'enfant ainsi que les solutions proposées par les communautés pour y remédier ;
- d'identifier et d'analyser les goulots d'étranglement à l'amélioration de la résilience des communautés ainsi que les solutions proposées par les communautés pour y remédier ;
- d'analyser les facteurs de risques auxquels sont exposées les populations des communes de convergence, les stratégies d'adaptation et les réponses endogènes qu'elles y apportent.

II. Méthodologie

L'enquête de base dans les communes de convergence a été réalisée dans 22 communes. Ces communes appartiennent à six (6) régions du pays (Agadez, Diffa, Maradi, Tahoua et Zinder). Ce sont des communes dans lesquelles les interventions ont démarré en 2014. Elle a été menée selon une approche mixte combinant les méthodes quantitatives et qualitatives de collecte de données.

2.1. Echantillon

La taille de l'échantillon des ménages à enquêter a été obtenue en tenant compte de deux (2) conditions telles qu'énoncées dans les termes de référence de l'enquête:

- Les résultats doivent être représentatifs à l'échelle de chacune des 22 communes de convergence ;
- Les résultats doivent être représentatifs au niveau de chacun des quatre (4) départements à savoir Madarounfa, Mayahi (Mardi), Mirriah et Matamèye (Zinder). Ces départements font partie de la zone d'intervention du programme de prévention et de prise en charge de la diarrhée et de la pneumonie financé par la coopération canadienne. Dans la suite du document, toutes les analyses réalisées au niveau départemental se réfèrent aux quatre (4) départements susmentionnés.

Pour ce faire, un sondage à deux (2) degrés a été effectué. Au premier (1^{er}) degré, des grappes ont été sélectionnées de façon systématique dans chaque commune et dans chaque département. Chaque grappe tirée est entièrement dénombrée et 20 ménages ont été sélectionnés de manière aléatoire.

Le processus de détermination de la taille de l'échantillon est basé sur les indicateurs récents sur la santé de la mère (% de femmes ayant reçu le fer, % des accouchements assistés par un prestataire formé, etc.) ; la santé de l'enfant (la prévalence de la malnutrition aigüe globale pour les 6-23 mois, le taux d'enregistrement des naissances à l'état civil, etc.), la prévalence de l'anémie et sur le ménage (incidence de la vulnérabilité sévère et modérée, etc.). Ces informations proviennent de l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDNS-MICS IV 2012) et de l'Enquête Nationale sur la Nutrition de 2013.

L'indicateur retenu est celui qui maximise la taille de l'échantillon, il s'agit de prévalence de la malnutrition aigüe globale.

En utilisant la formule suivante :

$$n = \frac{t_{\alpha}^2 * p(1 - p) * d * (1 + k)}{m_{\alpha}^2 * \bar{X}}$$

Où n est le nombre de ménages à enquêter ; \bar{X} le nombre moyen de la population cible par ménage ; t_{α}^2 est le quantile d'ordre $(1 - \frac{\alpha}{2})$ de la loi normale réduite centrée, au carré ; m_{α}^2 est la marge d'erreur absolue associée au niveau de confiance $(1 - \alpha)$ associée à l'estimation p ; p est la prévalence de l'indicateur à mesurer ; d est l'effet de sondage et k est le taux de non-réponse.

Ainsi, la taille de l'échantillon pour l'ensemble des 22 communes est de 14803 ménages et 1988 ménages supplémentaires pour assurer sa représentativité dans chaque département.

Par ailleurs, l'échantillon de chaque strate (commune de convergence et département) a été majoré de sorte à tenir compte des éventuelles pertes tout au long de la période. Pour le cas particulier des villages ou grappes dont le nombre total de ménages dénombrés est inférieur ou égal à 20, un recensement a été réalisé sans compléter le nombre manquant ailleurs.

Il faut aussi noter que dans les communes de Bilma (urbain) de la région d'Agadez, Foulatari et N'Guelbeyli (Diffa), compte tenu du nombre limité des grappes disponibles par rapport à ce qui est nécessaire, toutes les grappes ont été recensées.

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon par commune

Commune de convergence	Nombre de grappes à enquêter	Nombre de grappes enquêtées
BILMA (CU)	8	6
FOULATARI	34	34
N'GUELBEYLI	8	8
DJIRATAWA	41	41
GUIDAN AMOUMOUNE	41	41
MAYAHY (CU)	41	41
DAKORO (CU)	41	40
KORNAKA	41	41
GABI	41	41
BAGAROUA	40	40
TAJAE	40	40
BANGUI	40	40
OURNO	40	40
BAMBEYE	40	40
TEBARAM	40	40
KANTCHE	34	34
YAOURI	34	34
DOGO	33	33
GAFATI	35	35
KOLLERAM	26	26
OLLELEWA	33	33
TARKA (BELBEDJI)	33	33
ENSEMBLE	764	761

2.2. Questionnaires

La démarche adoptée dans cette enquête a consisté à collecter des informations au niveau des villages (communautaire), des ménages et auprès des femmes de 12-49 ans qui sont mères et/ou gardiennes d'enfants âgés de moins de cinq (5) ans. Ainsi, quatre (4) instruments de collecte ont été utilisés :

- Une fiche de dénombrement qui a renseigné d'une part, sur l'identification de la grappe (région, département, commune/canton, numéro, etc.) et qui a permis, d'autre part, de relever, sans omission tous les ménages vivant dans ladite grappe ;

- Un questionnaire communautaire : il a permis de recueillir les informations sur la disponibilité des infrastructures (eau, santé, éducation, état-civil) et l'offre et l'utilisation de service ;
- Un questionnaire ménage qui a été administré dans tous les ménages échantillons des villages retenus et était destiné à recueillir des informations sur la composition du ménage, les caractéristiques des ménages (vulnérabilité, assainissement, hygiène, protection sociale, etc.) ;
- Un questionnaire individuel femme qui a porté sur les questions ayant trait à la santé de la mère et de l'enfant (nutrition, diarrhée, toux, fièvre, anémie, accès à la santé, etc.) ;

2.3. Mise en œuvre

Après les phases des réunions préparatoires et de recherche documentaire, les outils de collecte ont été élaborés en tenant compte des préoccupations contenues dans les termes de référence.

Ensuite, il a été procédé au recrutement et à la formation de 207 agents enquêteurs. La formation, qui a duré 13 jours et a porté sur divers aspects tels que la méthodologie d'échantillonnage, les techniques d'interviews, les mesures anthropométriques et de l'utilisation des PDA (Personal Digital Assistant) via lesquels une partie de la collecte a été menée avec ENA/SMART.

Aux termes de la formation, 188 meilleurs agents ont été retenus dont 47 chefs d'équipe et 47 agents de santé pour assurer la collecte pendant 30 jours. Il a été organisé des missions conjointes de supervision composées des cadres de l'INS, de l'IN et certains partenaires techniques et financiers d'une durée de douze (12) jours, selon six (6) axes et assurée par des cadres de l'INS, de l'Initiative 3N et du Système des Nations Unies (SNU). A l'issue de la collecte, les questionnaires remplis ont été réceptionnés, vérifiés et transmis pour la saisie au moyen du logiciel Cspiro. Ce travail a été réalisé par 22 agents en 30 jours sous l'encadrement de trois (3) Informaticiens.

Les bases de données provenant de la saisie ont été apurées en quinze (15) jours et des tableaux et graphiques ont fait l'objet d'une analyse descriptive au cours d'un atelier de dix (10) jours organisé à Dosso. A l'issue de cet atelier, un rapport provisoire a été produit

et partagé. Les observations et commentaires suscités lors de la lecture du rapport provisoire ont été prises en compte pour produire un rapport final de l'enquête.

III. Présentation principaux résultats de l'enquête

Cette partie concerne les résultats de l'enquête au niveau des 22 communes de convergence et des quatre (4) départements. Elle porte sur les principales caractéristiques des chefs de ménage notamment le sexe, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, l'âge, l'activité et la taille moyenne des ménages. Ces données ont été recueillies à partir du questionnaire ménage.

3. Principales caractéristiques sociodémographiques de la population et des ménages

3.1. Sexe des chefs de ménage

3.1.1 Au niveau des communes de convergence

Il ressort des résultats de l'enquête que 89% des ménages sont dirigés par des hommes au niveau des communes de convergence. La proportion des femmes chefs de ménage varie de 3% dans la commune de Gabi (Zinder) à 20% dans les communes de Bilma (Agadez) et Bagaroua (Tahoua).

Par ailleurs, on note une proportion (près de 50%) relativement importante des ménages très pauvres dirigés par les femmes.

Tableau 2 : Répartition (en %) des chefs de ménage enquêtés selon le sexe

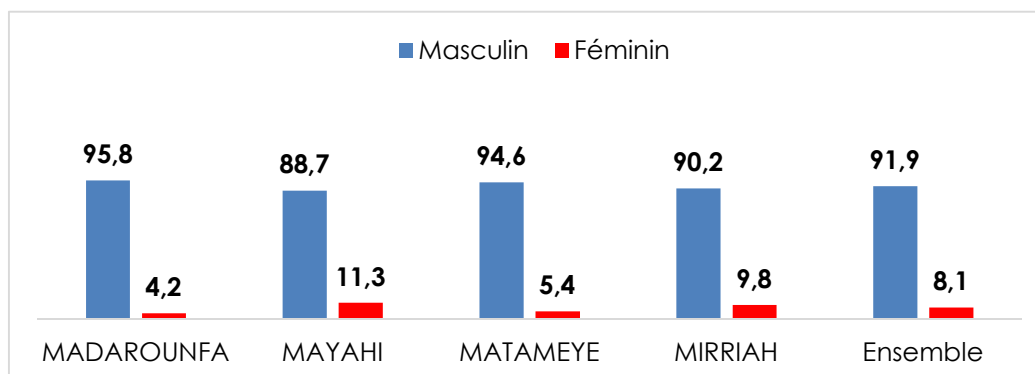
COMMUNE	Masculin	Féminin
AGADEZ		
BILMA	80,5	19,5
DIFFA		
FOULATARI	94,9	5,1
N'GUELBEYLI	94,7	5,3
MARADI		
DAKORO	96,3	3,7
DJIRATAWA	94,4	5,6
GABI	96,9	3,1
GUIDAN AMOUMOUNE	90,1	9,9
KORNAKA	94,2	5,8
MAYAH	91,1	8,9
TAHOUA		
BAGAROUA	80,5	19,5
BAMBEYE	81,0	19,0
BANGUI	89,8	10,2
OURNO	87,4	12,6
TAJAE	92,4	7,6
TEBARAM	84,7	15,3
ZINDER		
DOGO	89,7	10,3
GAFATI	87,3	12,7
KANTCHE	95,0	5,0
KOLERAM	91,8	8,2
OLLELEWA	84,7	15,3
TARKA (BELBEDJI)	84,6	15,4
YAOURI	93,7	6,3
ENSEMBLE	89,4	10,6
MENAGE TRES PAUVRES	50,2	49,8

3.1.2 Au niveau des quatre départements

Il s'agit des départements de Mayahi, Madarounfa (Maradi) et de Mirriah et Matamèye (Zinder). Ces départements ont la particularité d'appartenir à la zone d'intervention du programme de prévention et de prise en charge de la diarrhée et de la pneumonie financé par la coopération canadienne.

Le graphique ci-dessous présente la répartition des chefs de ménage selon le sexe dans l'ensemble des quatre départements de l'étude. Pour ces quatre (4) départements, les ménages dirigés par des hommes représentent 92%. Ce pourcentage varie de 89% à Mayahi à 96% à Madarounfa.

Graphique 1 : Répartition (en %) des chefs de ménage par sexe et par département



3.2. Statut matrimonial des chefs de ménage

3.2.1 Au niveau des communes de convergence

Les données du tableau N°3 ci-dessous montrent que 69% des chefs de ménage sont des mariés monogames contre 1% de séparés/divorcés. Les mariés polygames représentent 22%.

Tableau 3 : Répartition (en %) des chefs de ménage enquêtés selon le statut matrimonial

COMMUNE	Célibataire	Marié(e) monogame	Marié(e) polygame	Veuf/ veuve	Divorcé(e)/ Séparé(e)
AGADEF					
BILMA	1,8	67,8	8,4	16,8	5,3
		DIFFA			
FOULATARI	0,3	64,5	29,8	5,1	0,3
N'GUELBEYLI	-	57,4	36,9	5,7	-
MARADI					
DAKORO	0,2	73,8	22,8	1,9	1,2
DJIRATAWA	0,1	62,6	34,3	2,1	1,0
GABI	0,0	65,7	30,2	2,6	1,4
GUIDAN AMOUMOUNE	0,3	63,5	27,9	8,2	0,1
KORNAKA	-	64,8	28,7	5,6	0,9
MAYAHI	-	66,1	29,1	4,3	0,5
TAHOUA					
BAGAROUA	0,0	70,0	17,9	11,3	0,7
BAMBEYE	0,4	73,4	14,5	10,2	1,4
BANGUI	0,8	69,0	20,6	8,3	1,3
OURNO	0,7	68,0	21,6	8,0	1,7
TAJAE	0,6	81,1	9,8	7,6	0,9

COMMUNE	Célibataire	Marié(e) monogame	Marié(e) polygame	Veuf/ veuve	Divorcé(e)/ Séparé(e)
TEBARAM	-	67,0	19,2	11,8	2,0
ZINDER					
DOGO	0,2	72,1	17,5	9,1	1,2
GAFATI	0,2	74,6	10,7	13,2	1,3
KANTCHE	0,4	71,3	21,4	6,1	1,0
KOLERAM	-	76,1	14,0	8,1	1,7
OLLELEWA	-	66,6	19,7	9,3	4,5
TARKA (BELBEDJI)	0,7	64,0	27,7	6,3	1,3
YAOURI	0,0	64,9	24,5	9,4	1,2
ENSEMBLE	0,3	68,8	22,0	7,5	1,4
MENAGES TRES PAUVRES	38,9	39,2	18,3	2,8	0,9

3.2.2 Au niveau des quatre départements

Au niveau des départements, les mariés monogames sont les plus nombreux quel que soit le département (67,1%).

Tableau 4 : Répartition (en %) des chefs de ménage enquêtés selon le statut matrimonial

DEPARTEMENT	Célibataire	Marié(e) monogame	Marié(e) polygame	Veuf/ veuve	Divorcé(e)/ Séparé(e)
MARADI					
MADAROUNFA	0,0	62,8	33,4	2,8	0,9
MAYAH	0,1	61,9	30,8	6,5	0,8
ZINDER					
MATAMEYE	0,1	67,4	24,8	6,6	1,0
MIRRIAH	0,1	74,5	14,4	9,3	1,6
ENSEMBLE	0,1	67,1	25,0	6,6	1,1

3.3. Niveau d'instruction des chefs de ménage

3.3.1 Au niveau des communes de convergence

Dans l'ensemble des communes, il apparaît que les chefs de ménages n'ayant aucun niveau d'instruction sont les plus nombreux (54%). C'est à Bilma (Agadez), Tebaram, Bambeye (Tahoua), Tarka (Zinder), et Djaratawa (Maradi) qu'on retrouve les proportions les plus élevées de chefs de ménage ayant été scolarisés. Le pourcentage de chefs de ménage non-instruits varie de 6% dans la commune de Bilma à 75% dans celle de

Tebaram. Par contre les communes de Foulatari (Diffa), Yaouri et Dogo (Zinder) présentent les taux les plus faibles de scolarisation parmi les chefs de ménage. On note également que 32% des chefs de ménage ont un niveau d'instruction coranique. Cependant, seuls 7% et 3% des chefs de ménage ont respectivement un niveau d'instruction primaire et secondaire.

Tableau 5 : Répartition (en %) des chefs de ménage enquêtés selon leur niveau instruction

COMMUNE	Aucun	Alphabétisé	Coranique	Primaire	Secondaire	Supérieur
AGADEZ						
BILMA	5,7	1,6	44,5	15,3	22,1	10,8
DIFFA						
FOULATARI	68,3	2,4	28,1	0,6	0,6	-
N'GUELBEYLI	42,7	2,1	38,5	9,2	4,6	2,1
MARADI						
DAKORO	63,8	2,8	23,8	6,4	3,1	-
DJIRATAWA	37,1	7,9	38,6	11,5	4,9	-
GABI	49,9	4,7	35,7	6,4	2,2	0,5
GUIDAN AMOUMOUNE	58,1	4,3	29,3	5,3	2,7	0,3
KORNAKA	65,5	1,1	22,8	7,0	3,6	-
MAYAH	64,9	3,5	22,2	7,2	1,8	0,1
TAHOUA						
BAGAROUA	65,2	3,4	19,6	8,9	2,7	0,1
BAMBEYE	57,5	3,0	22,2	12,9	3,7	0,4
BANGUI	51,3	3,4	38,0	6,3	1,0	0,1
OURNO	62,5	1,7	26,6	5,9	3,1	0,2
TAJAE	61,1	5,8	25,5	5,8	1,2	0,5
TEBARAM	74,6	0,7	13,8	4,8	5,7	0,2
ZINDER						
DOGO	48,2	3,2	43,1	1,7	2,4	0,9
GAFATI	14,4	3,9	70,9	8,3	1,6	0,5
KANTCHE	48,9	5,4	32,3	11,4	1,4	0,6
KOLERAM	18,2	2,5	60,3	13,0	4,6	1,4
OLLELEWA	55,7	4,2	28,6	6,7	4,8	-
TARKA (BELBEDJI)	62,0	1,6	19,7	12,2	4,4	0,2
YAOURI	16,1	4,4	73,1	3,5	2,5	-
ENSEMBLE						
MENAGES TRES PAUVRES	54,1	3,4	31,6	7,4	3,0	0,3
	48,6	2,0	20,2	23,4	4,6	0,5

3.3.2 Au niveau des quatre départements

Il ressort du tableau ci-dessous que dans les départements de Madarounfa, Mayahi (Maradi), Mirriah et Matameye (Zinder), le niveau d'instruction le plus fréquent chez les chefs de ménage est le niveau coranique (44,5%). Les chefs de ménage alphabétisés représentent 3,9%. 8,4% des chefs de ménage ont un niveau d'instruction primaire ; 3% pour le secondaire et moins de 1% pour le supérieur. Les départements de Madarounfa et Mayahi présentent le pourcentage le plus élevé de chefs de ménage ayant été scolarisés.

Tableau 6 Répartition (en %) des chefs de ménage enquêtés selon leur niveau instruction

DEPARTEMENT	Aucun	Alphabétisé	Coranique	Primaire	Secondaire	Supérieur
MADAROUNFA	46,6	6,3	33,1	9,3	4,0	0,5
MAYAH	51,9	2,7	32,1	9,6	2,9	0,7
MATAMEYE	30,3	4,7	54,9	7,3	2,3	0,2
MIRRIAH	29,8	2,8	55,9	7,4	3,0	0,9
ENSEMBLE	39,4	3,9	44,5	8,4	3,0	0,6

3.4. Activité principale des chefs de ménage

3.4.1 Au niveau des communes de convergence

De façon générale, les activités génératrices de revenus (agriculture, élevage, commerce, artisanat, secteur public, secteur privé, travail journalier, chasse/pêche) constituent la principale occupation des chefs de ménage (95,5%).

Parmi les activités génératrices de revenus, l'agriculture apparaît de loin comme l'activité principale la plus importante occupant les chefs de ménage (77,4%). Aussi, il est important de notifier qu'à côté de l'agriculture, le travail journalier et le commerce représentent deux activités non négligeables avec respectivement 6% et 5% des chefs de ménage concernés.

Tableau 7 : Répartition (en %) des Chefs de ménage enquêtés selon leur principale activité

COMMUNE	Agriculture	Elevage	Commerce	Artisanat	Secteur public	Secteur privé	Travail journalier	Bucheron	Chasse/Pêche	Inactif	Chômeur	Autres	Pourcentage ayant une activité génératrice
AGADEZ													
BILMA	12,6	4,2	7,3		17,5	4,7	45,7	2,2	-	5,2	0,5	-	94,3
DIFFA													
FOULATARI	9,9	81,9	2,4	0,6	1,2	-	2,4	0,6	-	0,9	-	-	99,1
N'GUELBEYLI	15,9	57,8	2,8	2,1	7,1	0,7	8,9	1,1	-	3,5	-	-	96,5
MARADI													
DAKORO	69,1	7,1	5,4	1,4	1,3	-	14,7		-	0,9	-	-	99,1
DJIRATAWA	89,3	1,8	1,5	0,8		1,1	2,7	0,4	-	1,7	0,1	0,4	97,7
GABI	54,4	7,8	11,9	1,8	1,3	0,2	16,4	1,1	0,1	3,1	0,1	1,7	95,1
GUIDAN AMOUMOUNE	76,7	1,6	6,7	1,1	0,8	-	9,8	0,1	-	2,3	0,3	0,7	96,8
KORNAKA	84,1	1,3	4,3	0,9	1,0	0,5	3,4	0,1	-	4,2	-	0,2	95,6
MAYAHI	80,7	1,8	6,1	0,9	0,5	0,3	7,2	0,2	-	1,2	-	1,4	97,5
TAHOUA													
BAGAROUA	79,4	0,4	11,1	0,9	0,1	-	1,0	0,4	0,5	3,8	0,1	2,2	93,9
BAMBEYE	82,7	0,9	5,3	0,3	0,1	0,0	1,8	0,0	-	7,6	0,1	1,2	91,2
BANGUI	89,5	3,0	1,8	0,5	0,1	0,3	0,4	0,1	-	3,3	-	0,9	95,8
OURNO	73,8	1,2	5,2	1,0	0,1	0,0	14,6	0,1	-	2,2	0,0	1,7	96,1
TAJAE	86,1	1,2	1,5	0,9	1,0	-	4,7	-	-	2,5	0,8	1,1	95,5
TEBARAM	88,1	1,1	2,2	0,5	0,3	0,2	1,2	0,0	-	2,8	0,8	2,7	93,6
ZINDER													
DOGO	73,4	1,1	3,0	1,6	0,3	0,5	14,6	0,1	0,2	3,9	0,3	0,9	94,9
GAFATI	76,8	0,1	6,6	1,1	0,6	-	8,6	-	0,1	4,7	-	1,3	94,0
KANTCHE	87,4	0,3	1,4	1,5	-	0,3	2,1	-	-	5,1	0,1	1,7	93,1
KOLERAM	60,8	1,4	19,9	0,1	0,4	1,3	12,3	0,4	-	1,8	0,5	1,0	96,7
OLLELEWA	90,3	0,5	4,5	1,7	0,1	-	0,7	0,1	-	0,2	1,0	0,9	97,9
TARKA (BELBEDJI)	72,9	8,0	5,9	1,6	0,7	0,2	5,9	0,5	-	1,5	0,2	2,6	95,6
YAOURI	78,5	1,6	8,6	0,3	0,3	0,5	4,9	-	-	0,4	0,3	4,5	94,8
ENSEMBLE													
MENAGE TRES PAUVRES	77,4	4,3	5,2	1,0	0,6	0,3	6,4	0,2	0,0	3,0	0,2	1,3	95,5
MENAGE TRES PAUVRES	80,0	3,8	4,3	1,0	0,4	0,1	6,4	0,3	0,0	1,4	0,2	2,1	96,4

La proportion des chefs de ménage qui exerce une activité économique est de 95%. La principale activité exercée par les chefs de ménage demeure l'agriculture (75%). Les deux activités principales qui suivent l'agriculture sont respectivement le travail journalier (7,9%) et le commerce (7%). Notons en outre que l'élevage est l'activité économique majeure dans les communes de Foulatari et N'Guelbeyli. La commune de Bilma présente plus d'opportunités d'emploi dans les secteurs public et privé. Les opportunités d'obtention d'un emploi temporaire s'avèrent plus importantes dans les communes de Bilma (46%), Guidan Amoumoune (16%), Ourno (15%), Dogo (15%) et Koléram (12%).

3.4.2 Au niveau des quatre départements

Tableau 8 : Répartition (en %) des chefs de ménage enquêtés selon leur principale activité

DEPARTEMENT	Agriculture	Elevage	Commerce	Artisanat	Secteur public	Secteur privé	Travail journalier	Bucheron	Chasse/Pêche	Inactif	Chômeur	Autres à préciser	Pourcentage ayant une activité économique
MADAROUNFA	75,8	3,8	6,1	1,4	0,9	0,5	7,4	0,5	0,0	1,9	0,4	1,3	96,4
MAYAH	76,9	1,4	5,8	0,9	1,2	0,5	6,7	0,1	-	2,4	0,1	3,9	93,6
MATAMEYE	80,3	1,8	5,2	1,2	0,1	0,3	4,3	0,0	-	2,5	0,2	4,1	93,3
MIRRIAH	70,3	1,1	10,0	1,0	0,4	0,6	11,6	0,2	0,1	3,4	0,3	1,0	95,3
ENSEMBLE	75,3	1,9	7,0	1,1	0,7	0,5	7,9	0,2	0,0	2,6	0,2	2,5	94,6

Au niveau des départements, 94,6% des chefs de ménages exercent une activité économique et l'agriculture avec 75,3% constitue la principale activité économique. Elle est suivie de loin par le travail journalier (7,9%) et le commerce (7%). Bien qu'importante dans tous les quatre (4) départements de l'enquête, la proportion des chefs de ménages exerçant l'agriculture comme principale activité varie d'un département à un autre : elle est de 80,3% à Matameye à 70,3% à Mirriah.

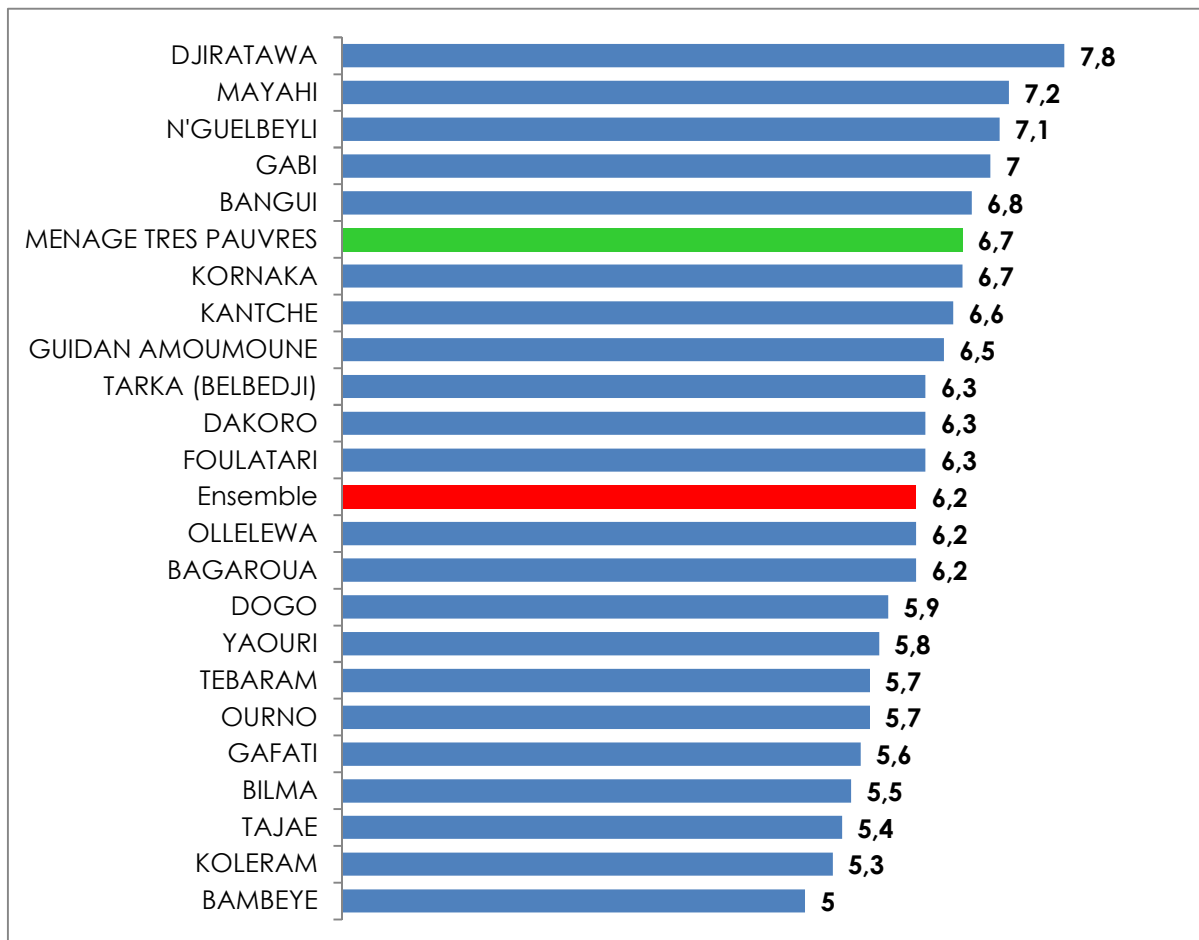
3.5. Taille moyenne des ménages

3.5.1 Au niveau des communes de convergence

La taille moyenne des ménages est de six (6) personnes par ménage dans l'ensemble des 22 communes. On constate que les tailles moyennes des ménages les plus importantes sont enregistrées dans les communes de Djiratawa (8 personnes), Gabi (7 personnes), Mayahi (7 personnes) dans la région de Maradi et N'Guelbeyli (7) dans la

région de Diffa. Les tailles des ménages les plus faibles sont relevées à Bambèye, Tajae (Tahoua), Koléram (Diffa), et Bilma (Agadez) avec en moyenne 5 personnes par ménage.

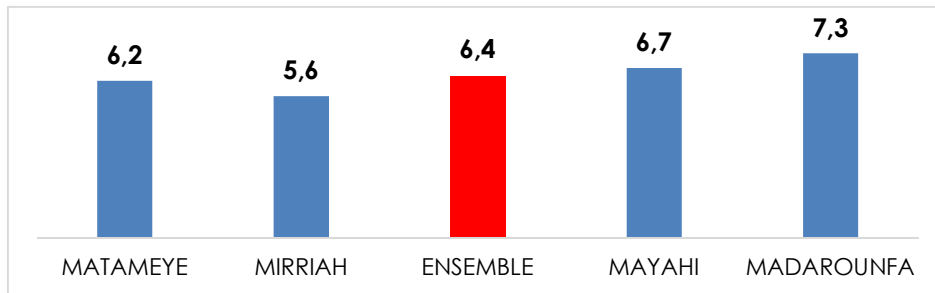
Graphique 2 : Taille moyenne des CM par commune et type de ménage



3.5.2 Au niveau des quatre départements

Au niveau départemental, la taille moyenne des ménages enquêtés est de 6 personnes. Elle varie de 5,6 personnes à Mirriah à 7,3 personnes à Madarounfa.

Graphique 3 : Taille moyenne des chefs de ménage



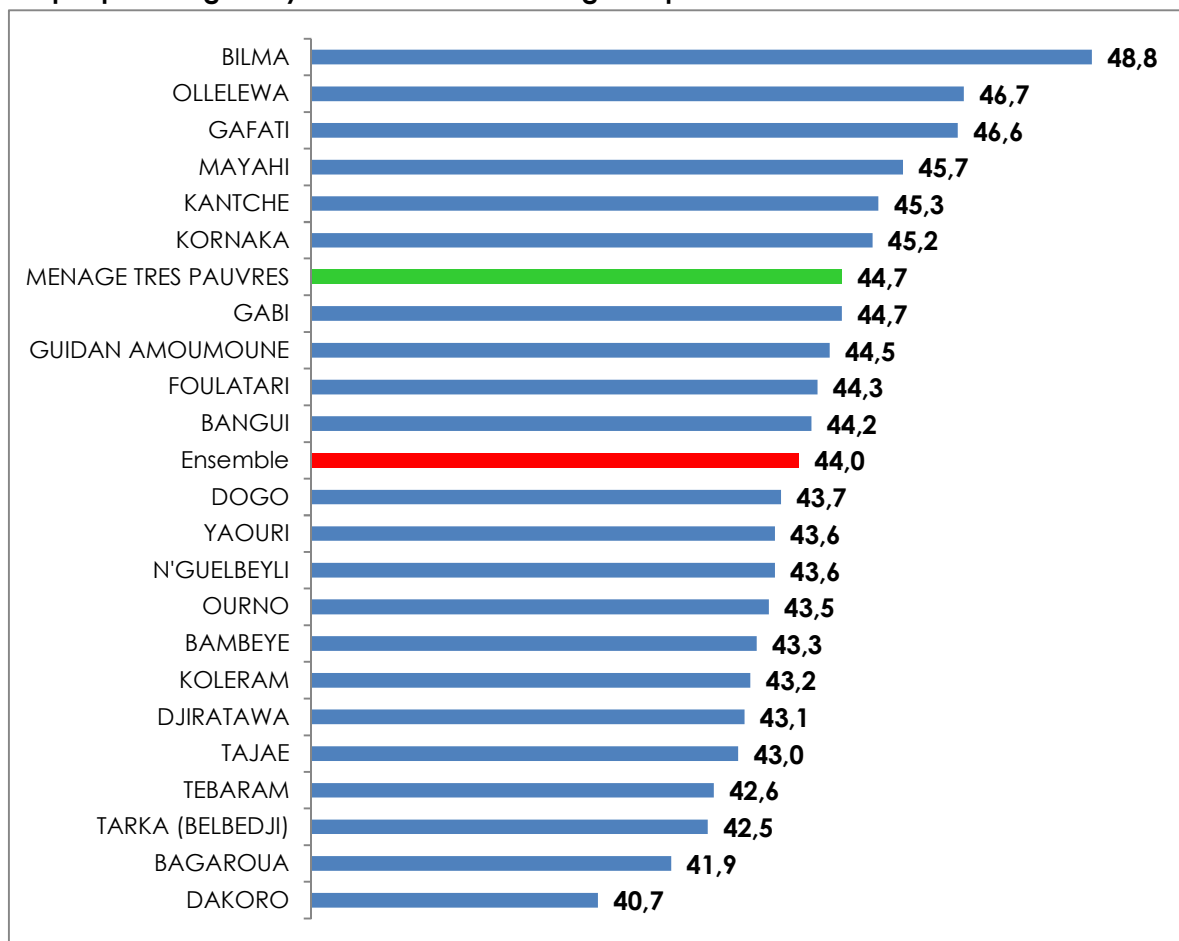
3.6. Age moyen des chefs de ménage enquêtés

3.6.1 Au niveau des communes de convergence

Le graphique ci-dessous donne la répartition des chefs de ménage selon leur âge moyen. On remarque que sur les 22 communes d'intervention, l'âge moyen des chefs de ménage est d'environ 44 ans. Il varie de 41 ans à Dakoro à 49 ans à Bilma.

En ce qui concerne la catégorie des ménages très pauvres, l'âge moyen des chefs de ménage est de 45 ans.

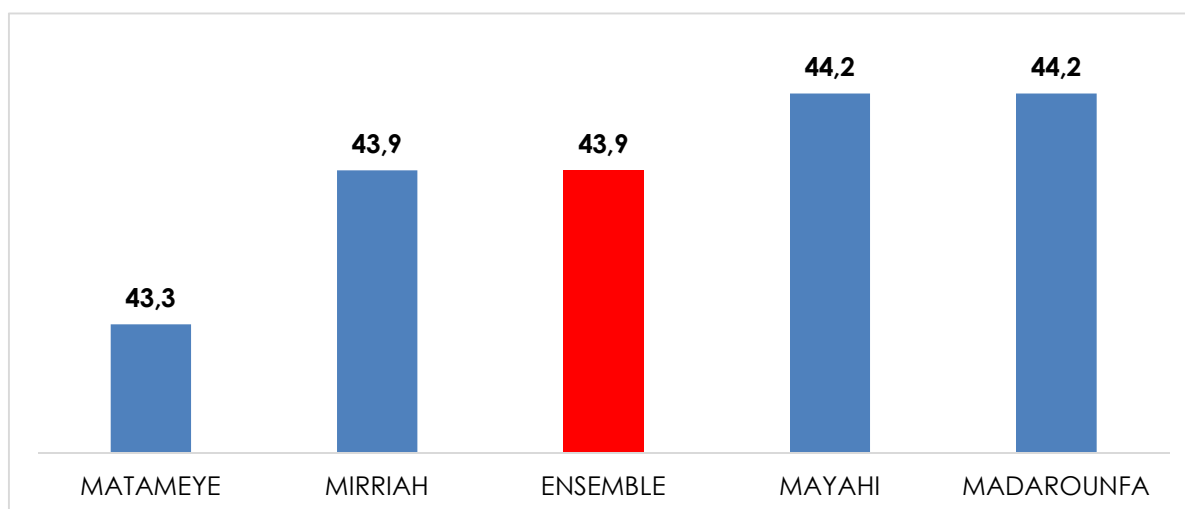
Graphique 4 : Age moyen des chefs de ménage enquêtés dans les communes



3.6.2 Au niveau des quatre départements

L'analyse au niveau des 4 départements révèle que l'âge moyen des chefs varie de 43 ans pour le département de Matamèye à 44 ans pour le département de Madarounfa.

Graphique 5 : Age moyen des chefs de ménage



3.7. Structure par âge des enfants de 0-59 mois

3.7.1 Au niveau des communes de convergence

Il s'agit de la structure par âge des enfants de 0-59 mois. La proportion des enfants âgés de 6 à 23 mois est d'environ 30% et des moins de six mois de 11%. Ces proportions sont quasiment identiques à celles observées dans les ménages très pauvres.

Tableau 9 : Répartition (en %) des enfants par groupes d'âges et par commune

COMMUNE	0-5 mois	6-23 mois	24-59 mois
AGADEZ			
BILMA	12,0	35,0	53,0
DIFFA			
FOULATARI	11,6	29,8	58,7
N'GUELBEYLI	9,0	33,1	57,9
MARADI			
DAKORO	10,7	30,9	58,4
DJIRATAWA	8,9	29,1	62,0
GABI	11,1	29,1	59,8
GUIDAN AMOUMOUNE	9,7	28,7	61,7
KORNAKA	11,6	28,6	59,9
MAYAH	11,2	27,2	61,6
TAHOUA			
BAGAROUA	10,7	27,8	61,5
BAMBEYE	14,2	25,4	60,5
BANGUI	10,2	31,6	58,2
OURNO	11,5	33,6	55,0
TAJAE	12,2	27,0	60,7
TEBARAM	12,2	30,9	56,9
ZINDER			
DOGO	10,1	30,9	59,1
GAFATI	10,4	32,1	57,5
KANTCHE	10,3	30,0	59,7
KOLERAM	9,3	33,1	57,6
OLLELEWA	11,4	28,1	60,5
TARKA (BELBEDJI)	12,9	28,7	58,4
YAOURI	9,1	28,7	62,2
ENSEMBLE			
ENSEMBLE	11,0	29,5	59,5
MENAGES TRES PAUVRES	10,8	30,0	59,2

3.7.2 Au niveau des quatre départements

La structure par âge des enfants de moins de cinq (5) ans au niveau des quatre (4) départements est assez similaire à celle des communes de convergence.

Tableau 10 : Répartition (en %) des enfants par groupes d'âges et par département

Département	0-5 ans	6-23 ans	24-59 ans
MADAROUNFA	9,7	29,6	60,7
MAYAH	11,1	28,7	60,2
MATAMEYE	10,2	30,0	59,8
MIRRIAH	9,6	32,5	57,9
ENSEMBLE	10,2	30,2	59,6

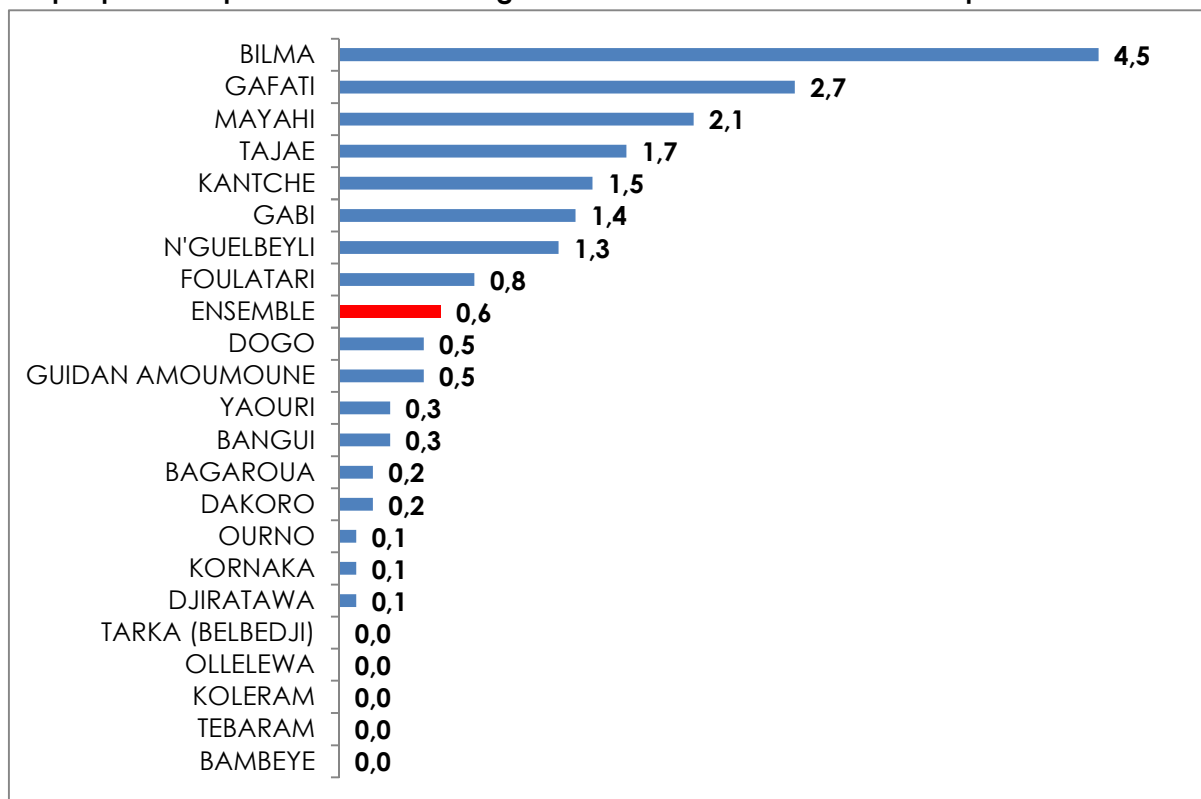
3.8. Nuptialité des femmes de 10-14 ans

Cette sous-section traite des femmes de 10-14 ans qui sont ou ont été en union (séparées ou divorcées ou veuves).

3.8.1 Au niveau des communes de convergence

Le graphique ci-dessous montre qu'il y a moins de 1% des femmes de 10-14 ans dans les communes de convergence qui sont non célibataires. Cette proportion est beaucoup plus importante dans les communes de Bilma dans la région d'Agadez (5%) et à Gafati dans le département de Mirriah, région de Zinder (3%).

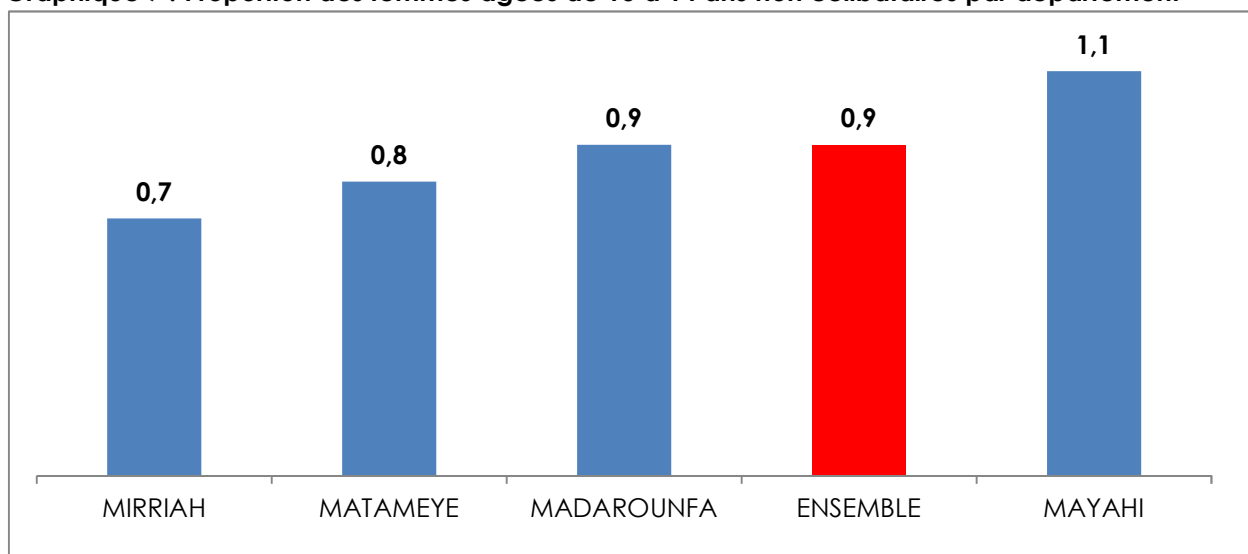
Graphique 6 : Proportion des femmes âgées de 10 à 14 ans non célibataires par commune



3.8.2 Au niveau des quatre départements

Au niveau départemental, la proportion des femmes de 10-14 ans non célibataires est globalement de 0,9%. C'est seulement à Mayahi que cette proportion atteint 1,1%.

Graphique 7 : Proportion des femmes âgées de 10 à 14 ans non célibataires par département



3.9. Conditions de vie des ménages

Le résultat sur les caractéristiques des ménages traite aussi des questions relatives aux conditions de vie des ménages comme le principal mode d'approvisionnement en eau, le type de toilette, la principale source d'énergie pour la cuisson, la principale source d'éclairage des ménages.

3.9.1. Disponibilité d'une source d'eau améliorée

3.9.1.1 Au niveau des communes de convergence

La proportion des ménages ayant accès à une source d'eau améliorée sur l'ensemble des 22 communes de convergence est de 51%. Ce pourcentage varie de 16% à Tebaram (Tahoua) à 93% à Bilma (Agadez). Les communes de Bilma (Agadez), Djiratawa (Maradi), Koléram, Ourno et Kantché (Zinder) ont un meilleur accès à une source améliorée d'eau alors que celles de Tebaram, Bambèye (Tahoua), Mayahi (Maradi), Foulatari (Diffa) et Yaouri (Zinder) enregistrent les plus faibles taux d'accès à une source d'eau améliorée. On constate également que les proportions de ménages qui utilisent les mini Adduction d'Eau Potable(AEP) et les puits protégés sont respectivement de 5% et 21%.

Tableau 11 : Répartition (en %) des ménages disposant d'une source d'eau améliorée par commune et le type de ménage

COMMUNE	Robinet d'eau courante	Forage	Mini AEP	Puits protégé	Ensemble source d'eau améliorée
AGADEZ					
BILMA	89,6	0,4	-	3,1	93,1
DIFFA					
FOULATARI	0,3	0,9	-	31,0	32,2
N'GUELBEYLI	9,5	8,5	8,5	31,2	57,6
MARADI					
DAKORO	7,5	27,0	5,4	18,7	58,6
DJIRATAWA	32,9	24,3	0,8	38,1	95,0
GABI	8,3	34,2	1,4	6,4	50,2
GUIDAN AMOUMOUNE	3,9	8,4	4,5	23,8	40,5
KORNAKA	12,4	3,0	18,9	7,4	41,6
MAYAHI	16,2	3,1	0,0	10,2	29,4
TAHOUA					
BAGAROUA	24,2	5,3	1,9	33,1	64,5
BAMBEYE	3,5	5,2	3,4	17,9	29,9
BANGUI	2,8	22,3	10,1	22,9	58,1
OURNO	8,8	18,5	4,3	40,6	72,1
TAJAE	3,4	3,3	8,0	31,4	46,0
TEBARAM	4,0	3,0	5,1	4,2	16,3
ZINDER					
DOGO	16,4	15,5	1,0	19,1	52,0
GAFATI	5,1	39,8	15,5	10,8	70,7
KANTCHE	19,9	28,4	0,1	1,3	49,7
KOLERAM	11,2	36,3	7,2	28,4	83,2
OLLELEWA	21,8	19,2	0,2	26,2	67,0
TARKA (BELBEDJI)	3,9	11,3	0,2	24,4	39,7
YAOURI	5,0	21,0	0,3	7,0	33,3
ENSEMBLE					
ENSEMBLE	10,8	15,0	4,9	20,6	51,2
MENAGES TRES PAUVRES	14,2	16,9	3,9	24,6	59,4

3.9.1.2 Au niveau des quatre départements

Plus d'un ménage sur deux (1/2) utilisent une source d'eau améliorée. C'est dans les départements de Madarounfa (Maradi) et de Mirriah (Zinder) que l'on observe les plus grandes proportions de ménages utilisant cette source d'eau.

Parmi les sources améliorées, le forage apparaît comme la principale source d'eau de boisson de 23% des ménages.

Tableau 12 : Répartition (en %) des ménages disposant d'une source d'eau améliorée par département et type de ménage

DEPARTEMENT	Robinet d'eau courante	Forage	Mini AEP	Puits protégé	Ensemble source d'eau améliorée
MADAROUNFA	24,4	29,6	2,0	17,0	72,4
MAYAH	17,6	4,9	2,1	12,0	36,3
MATAMEYE	9,5	27,0	0,2	4,3	40,9
MIRRIAH	10,5	31,7	5,9	21,3	69,2
ENSEMBLE	15,1	23,0	2,8	14,3	55,0

3.9.2. Moyen de traitement de l'eau

3.9.2.1 Au niveau des communes de convergence

L'amélioration de la qualité de l'eau au moyen de certains traitements peut contribuer à réduire les risques de contracter des maladies liées à une mauvaise qualité de l'eau. Plus de la moitié des ménages n'ayant pas accès à une source d'eau potable traitent leur eau avant de la consommer (58%). Ce pourcentage varie de 26% à Foulatari (Diffa) à 89% à Tebaram (Tahoua). Les communes de Tebaram, Bagaroua (Tahoua), Kantché, Gabi et Tarka (Zinder) sont celles présentant les taux les plus élevés d'utilisation des méthodes de traitement de l'eau. En revanche, les communes de Foulatari (Diffa), Kornaka (Maradi), Dakoro et Mayahi (Maradi) se distinguent par leur faible taux d'utilisation des méthodes de traitement de l'eau.

La technique consistant à filtrer l'eau à travers le linge est la plus utilisée avec 45% des ménages concernés. L'utilisation de filtre à eau (10%), d'AQUATABS (6%) et de l'eau de javel et le chlore (2%) reste relativement faible.

Tableau 13 : Mode de traitement de l'eau non potable par la commune et le type de ménage

COMMUNE	faire bouillir	Ajouter eau de javel/chlore	Filtre à travers un linge	Utiliser un filtre d'eau	Désinfection solaire	Laisser reposer	Ajouter AQUATABS	Autres	Disponibilité d'un moyen traitement d'eau
BILMA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	22,2	0,0	77,8	64,3
FOULATARI	1,7	0,0	0,0	1,7	1,7	86,7	8,3	0,0	26,2
N'GUELBEYLI	0,0	0,0	21,6	37,5	5,9	4,0	0,0	31,0	42,6
DAKORO	0,0	0,5	28,0	5,1	,4	31,9	10,8	23,4	31,4
DJIRATAWA	0,0	0,0	40,1	6,4	0,0	13,1	0,0	40,4	64,3
GABI	0,0	2,2	2,4	8,0	0,8	15,2	23,0	48,4	80,2
GUIDAN AMOUMOUNE	1,6	2,1	27,0	17,7	1,8	18,4	3,4	27,9	69,5
KORNAKA	1,9	0,9	12,1	1,5	4,7	55,2	23,2	0,5	29,5
MAYAH	0,6	0,9	27,3	10,1	1,5	27,1	22,8	9,6	36,2
BAGAROUA	1,8	2,2	79,7	6,2	1,6	5,6	1,1	2,0	83,0
BAMBEYE	0,0	2,2	77,5	1,1	2,4	12,9	2,3	1,5	59,1
BANGUI	3,6	2,9	34,7	6,3	6,4	41,7	2,7	1,8	50,8
OURNO	2,0	9,1	25,1	3,2	0,0	34,2	16,6	9,8	60,8
TAJAE	1,0	2,9	81,5	6,9	0,0	3,3	4,4	0,0	70,9
TEBARAM	0,7	1,7	56,3	12,7	1,7	25,5	0,7	0,7	89,0
DOGO	0,6	1,5	55,0	12,3	1,8	13,1	6,8	8,8	49,0
GAFATI	1,8	0,7	66,7	6,6	1,1	21,7	1,2	0,2	70,2
KANTCHE	15,4	7,5	27,8	25,5	3,4	15,4	2,5	2,4	80,7
KOLERAM	0,0	0,0	28,3	1,3	0,0	47,7	14,0	8,8	43,0
OLLELEWA	0,4	0,5	56,8	23,6	1,7	3,7	2,7	10,5	60,3
TARKA (BELBEDJI)	1,3	0,6	23,4	6,9	2,9	12,9	0,6	51,4	72,8
YAOURI	0,7	2,4	58,1	12,4	1,1	7,1	2,5	15,7	64,0
ENSEMBLE	1,9	2,3	45,0	9,6	2,1	19,8	6,4	12,9	58,4
MENAGES TRES PAUVRES	1,0	1,3	45,1	9,5	4,3	20,8	9,5	8,5	62,9

3.9.2.1 Au niveau des quatre départements

Au niveau départemental comme l'indique le tableau ci-dessous, plus de la moitié des ménages des quatre départements disposent d'un moyen de traitement de l'eau. Le département de Mirriah avec 49% est celui qui dispose de la proportion la plus faible des ménages disposant d'un moyen de traitement de l'eau. A l'opposé, le département de Matamèye avec 74% est celui qui possède la proportion des ménages disposant d'un moyen de traitement de l'eau la plus élevée.

Tableau 14 : Répartition (en %) des ménages disposant d'un moyen de traitement de l'eau selon le département et le type de ménage

DEPARTEMENT	Faire bouillir	Ajouter eau de javel/chlore	Filtre à travers un tissu	Utiliser un filtre d'eau	Désinfectio n solaire	Laisser reposer	Ajouter AQUATABS	Autres	Disponibilité d'un moyen traitement d'eau
MADAROUNFA	0,0	1,6	4,2	6,6	1,8	23,1	23,5	39,0	66,0
MAYAH	0,9	3,1	27,2	12,0	1,5	32,7	12,8	9,9	57,0
MATAMEYE	6,2	4,2	43,2	20,7	2,0	12,8	2,3	8,7	73,6
MIRRIAH	1,0	1,0	51,9	7,2	1,1	25,6	6,3	5,8	49,2
ENSEMBLE	2,6	3,0	34,0	13,6	1,7	23,4	9,4	12,4	61,1

3.9.3. Principal type de toilette utilisée

3.9.3.1 Au niveau des communes de convergence

Comme pour l'eau de boisson, les types de lieux d'aisance utilisés sont classés en catégories améliorées ou non selon la classification du Programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement.

Ainsi, plus de 85% des ménages utilisent la brousse comme lieu d'aisance. Cette pratique s'avère plus fréquente dans les communes de Foulatari et N'Guelbeyli (Diffa).

Seulement 4,1% des ménages disposent d'un lieu d'aisance amélioré. C'est dans les communes de Koléram (16,3%) et Djiratawa (15,4%) que l'on observe un plus grand usage des toilettes améliorées.

Tableau 15 : Répartition (en %) par le Principal type de toilette utilisée selon la commune et le type de ménage

COMMUNE	W.C moderne/toilette avec chasse d'eau	Latrine améliorée	Latrine traditionnelle	Brousse (nature)	Toilette améliorée
AGADEZ					
BILMA	5,9	7,9	26,8	59,4	13,9
DIFFA					
FOULATARI	0,6	0,6	0,3	98,2	1,2
N'GUELBEYLI	-	-	-	100,0	-
MARADI					
DAKORO	0,9	0,1	1,5	97,4	1,0
DJIRATAWA	3,6	11,8	13,6	70,6	15,4
GABI	-	1,8	30,0	68,2	1,8
GUIDAN AMOUMOUNE	0,5	0,8	4,5	93,9	1,3
KORNAKA	0,2	4,2	28,6	67,1	4,3
MAYAHY	0,3	0,6	1,8	97,3	0,9
TAHOUA					
BAGAROUA	5,2	3,3	3,9	87,0	8,4
BAMBEYE	1,1	0,7	7,9	90,3	1,9
BANGUI	1,0	1,0	16,5	81,5	1,9
OURNO	0,4	0,5	2,6	96,5	0,9
TAJAE	0,2	1,8	12,0	85,9	2,1
TEBARAM	0,3	0,2	7,5	91,5	0,5
ZINDER					
DOGO	1,1	2,8	1,5	94,0	3,9
GAFATI	1,1	2,9	2,9	93,1	4,0
KANTCHE	1,1	5,0	12,1	81,2	6,1
KOLERAM	6,0	10,4	17,2	66,5	16,3
OLLELEWA	1,4	0,8	3,4	94,4	2,3
TARKA (BELBEDJI)	7,9	5,8	12,9	73,5	13,7
YAOURI	0,3	5,2	22,8	71,6	5,5
ENSEMBLE					
ENSEMBLE	1,5	2,6	10,3	85,4	4,1
MENAGES TRES PAUVRES	2,6	2,9	9,3	84,9	5,5

3.9.3.2 Au niveau des quatre départements

L'analyse du type de lieux d'aisance selon les quatre (4) départements montre que près de 80% des ménages utilisent la brousse comme lieu d'aisance. L'usage des toilettes améliorées est plus fréquent dans les départements de Madarounfa (10%) et de Mirriah (8%) et la défécation à l'air libre est plus fréquente à Mayahi et Mirriah avec plus de 8 ménages sur dix qui s'y adonnent.

Tableau 16 : Répartition (en %) par le Principal type de toilette utilisée selon le département et le type de ménage

DEPARTEMENT	W.C moderne/toilette avec chasse d'eau	Latrine améliorée	Latrine traditionnelle	Brousse (nature)	Toilette améliorée
MADAROUNFA	1,6	8,2	29,2	60,8	9,8
MAYAH	0,8	1,2	9,3	88,1	2,1
MATAMEYE	0,6	4,0	15,3	79,8	4,7
MIRRIAH	3,0	5,5	7,9	83,5	8,4
ENSEMBLE	1,6	4,6	14,3	79,3	6,2

3.9.4. Principal type de combustible utilisé

3.9.4.1 Au niveau des communes de convergence

Le type de combustible le plus utilisé est le bois de chauffe. Il représente le principal combustible des ménages dans les communes de N'Guelbeyli (100%), de Foulatari (99%) dans la région de Diffa et de Bagaroua (97%) dans la région de Maradi. Les tiges de céréales sont beaucoup plus utilisées dans les communes de Guidan Amoumoune (36%) et de Mayahi (26%) dans la région de Maradi. Par ailleurs, 13% des ménages de Bilma (Agadez) font recours au gaz domestique et 3% au charbon.

Tableau 17 Répartition des ménages (en %) suivant le principal combustible utilisé par commune

Département	Bois de chauffe	Charbon	Gaz	Electricité	Réchaud à pétrole	Bouses de vache	Tiges de céréales	Autre
BILMA	83,9	3,3	12,8	-	-	-	-	-
FOULATARI	98,8	0,6	-	0,3	-	0,3	-	-
N'GUELBEYLI	100,0	-	-	-	-	-	-	-
DAKORO	96,5	0,2	-	-	-	0,8	2,5	-
DJIRATAWA	82,5	0,8	-	0,1	-	2,5	14,1	-
GABI	91,0	0,2	0,1	0,6	-	0,1	7,9	-
GUIDAN AMOUMOUNE	63,1	0,4	-	0,3	-	0,5	35,6	0,1
KORNAKA	88,7	-	-	-	-	0,0	11,2	-
MAYAH	74,1	0,3	-	-	-	0,1	25,5	-
BAGAROUA	97,0	0,3	0,3	0,2	-	2,1	0,1	-
BAMBEYE	96,6	0,3	0,1	0,4	-	1,1	1,4	0,1
BANGUI	92,8	0,2	-	0,1	-	1,2	5,7	-
OURNO	91,1	0,1	-	0,4	-	0,8	7,5	-
TAJAE	84,9	0,1	0,2	0,2	-	1,4	13,3	-
TEBARAM	93,1	-	-	0,0	-	2,8	3,7	0,4
DOGO	94,4	-	-	0,9	0,3	0,5	3,4	0,4
GAFATI	95,0	-	-	-	-	0,2	4,8	-
KANTCHE	90,2	0,5	-	0,4	-	0,3	8,7	-
KOLERAM	89,7	0,8	0,5	0,4	-	0,1	8,6	-
OLLELEWA	96,0	0,1	-	-	-	3,8	0,1	-
TARKA (BELBEDJI)	83,9	1,2	0,2	0,2	-	9,1	5,3	0,1
YAOURI	98,5	0,3	-	-	-	0,5	0,7	-
ENSEMBLE	89,9	0,3	0,1	0,2	0,0	1,5	7,9	0,1

3.9.4.2 Au niveau des quatre départements

Au niveau des quatre (4) départements, les combustibles les plus dominants sont le bois de chauffe (89%) et la tige de céréale (10%). Dans le département de Mayahi, 21% des ménages utilisent les tiges de céréales.

Tableau 18 Répartition (en %) par le Principal combustible utilisé selon le département

Département	Bois de chauffe	Charbon	Gaz	Electricité	Réchaud à pétrole	Bouses de vache	Tiges de céréales	Autre
MADAROUNFA	90,5	0,3	-	0,2	-	1,1	7,8	-
MAYAH	78,0	0,2	0,1	0,2	-	0,3	21,2	-
MATAMEYE	93,7	0,4	-	0,1	-	0,3	5,5	-
MIRRIAH	92,7	0,5	0,2	0,4	0,1	0,4	5,6	0,1
ENSEMBLE	88,5	0,3	0,1	0,3	-	0,5	10,2	-

3.9.5. Principale source d'éclairage

3.9.5.1 Au niveau des communes de convergence

Dans l'ensemble, les lampes à pile sont la source d'éclairage la plus fréquemment utilisée par les ménages. Plus de neuf ménages sur dix (93%) y ont recours. L'utilisation de l'énergie électrique comme principale source d'éclairage reste relativement faible. Seuls 5% des ménages y ont accès. L'utilisation de l'énergie solaire, des générateurs, du pétrole et du gaz reste marginale. La commune de Bilma se distingue des autres avec 83% des ménages qui utilisent l'électricité comme principale source d'éclairage. Cette source d'énergie est aussi utilisée par 19% des ménages de la commune de Koléram et 17% des ménages dans la commune de Djiratawa. Par contre, dans la commune de Dakoro la quasi-totalité (99%) des ménages utilisent les lampes à pile comme source d'éclairage. A Bagaroua en plus des lampes à pile, l'énergie solaire est aussi utilisée par 2% des ménages.

Tableau 19 Répartition (en %) par la Principale source de l'énergie d'éclairage selon la commune

Commune	Electricité	Energie solaire	Générateur	Pétrole	Gaz	Lampe à pile	Autre
AGADEZ							
BILMA	83,4	-	0,4	2,4	-	13,9	-
DIFFA							
FOULATARI	1,2	-	-	-	-	98,8	-
N'GUELBEYLI	13,1	-	-	-	-	86,9	-
MARADI							
DAKORO	0,8	0,3	-	-	-	99,0	-
DJIRATAWA	16,6	0,2	-	1,7	-	80,7	0,8
GABI	1,1	0,1	-	0,3	-	98,4	-
GUIDAN AMOUMOUNE	1,5	-	-	0,3	0,1	97,4	0,7
KORNAKA	4,2	0,1	-	-	0,4	95,2	0,1
MAYAH	1,9	0,1	0,3	0,8	0,3	96,6	-
TAHOUA							
BAGAROUA	5,3	1,8	-	1,5	-	89,8	1,7
BAMBEYE	2,5	0,4	0,3	0,2	0,1	96,5	-
BANGUI	3,8	0,5	-	5,1	-	90,6	0,1
OURNO	1,0	0,5	0,2	0,6	-	97,1	0,6
TAJAE	5,5	0,7	-	0,9	-	92,9	-
TEBARAM	1,5	-	-	0,0	-	97,6	0,9
ZINDER							
DOGO	9,7	-	0,3	0,6	-	89,2	0,1
GAFATI	9,0	-	0,1	1,2	-	89,7	-
KANTCHE	3,8	0,4	-	-	-	95,6	0,2
KOLERAM	18,8	0,4	1,0	2,9	-	76,4	0,6
OLLELEWA	1,4	-	-	1,7	1,5	94,7	0,6
TARKA (BELBEDJI)	4,3	0,1	0,2	-	-	93,5	1,8
YAOURI	1,5	-	-	-	-	98,5	-
ENSEMBLE	4,7	0,3	0,1	1,0	0,2	93,4	0,4

3.9.5.2 Au niveau des quatre (4) départements

La principale source d'énergie pour l'éclairage des ménages dans les 4 départements est la lampe à pile (91%). Le courant électrique est utilisé par 8% des ménages.

Au niveau départemental, le taux d'accès à l'électricité varie de 12% à Mirriah à 4% à Matamèye.

Tableau 20 : Répartition (en %) par la Principale source de l'énergie d'éclairage selon le département

Département	Electricité	Energie solaire	Générateur	Pétrole	Gaz	Lampe à pile	Autre
MADAROUNFA	9,7	0,1	-	0,9	0,0	89,0	0,3
MAYAH	4,6	0,2	0,1	0,6	0,1	94,0	0,4
MATAMEYE	3,5	0,2	-	-	-	96,2	0,1
MIRRIAH	11,9	0,2	0,5	1,5	-	85,6	0,3
ENSEMBLE	7,7	0,2	0,2	0,8	0,0	90,8	0,3

4. Sécurité alimentaire et vulnérabilité des ménages

4.1. Consommation alimentaire des ménages

Le score de consommation alimentaire est un indicateur calculé sur la base du nombre de jours de consommation des différents groupes d'aliments au cours des 7 derniers jours précédant l'interview. Le calcul de cet indicateur prend en compte l'apport calorifique des groupes d'aliments. L'indicateur augmente aussi avec la diversité alimentaire d'un ménage. Les ménages dont le score est inférieur ou égal à 28 sont considérés comme ayant une alimentation pauvre, entre 28,5 et 42 l'alimentation est moyenne et lorsque le score est supérieur ou égal à 42,5 on dira que le ménage a une alimentation acceptable.

4.1. 1 Au niveau des communes de convergence

Les communes de Yaouri (49,2%), Bambèye (50%), Mayahi (52,3%), Djiratawa (53,7%), Gafati (58,3%), Guidan Amoumoune (68%), Tebaram (84,1%) et Koléram (54,6%) se caractérisent par une proportion des ménages ayant une alimentation pauvre, supérieure à la situation d'ensemble des 22 communes qui est de 43,5%.

Par ailleurs, les communes de Bilma, Foulatari, N'Guelbeyli, Bagaroua, Ourno, Tajae, Kantché et Ollelewa ont la particularité d'avoir une proportion des ménages ayant une alimentation acceptable supérieure à la moyenne d'ensemble qui est de 32,9%.

Tableau 21: score de consommation alimentaire selon les communes

COMMUNE	Classes de score de consommation alimentaire (%)			Score moyen de consommation alimentaire (FCS)
	Pauvre	Limite	Acceptable	
AGADEC				
BILMA	36,3	13,9	49,8	47,1
DIFFA				
FOULATARI	16,6	31,3	52,1	44,8
N'GUELBEYLI	9,5	14,9	75,5	59,3
MARADI				
DAKORO	49,1	19,2	31,6	35,2
DJIRATAWA	53,7	29,3	17,0	29,8
GABI	38,4	26,3	35,3	36,8
GUIDAN AMOUMOUNE	68,0	16,0	16,0	27,1
KORNAKA	41,6	25,6	32,9	37,0
MAYAH	52,3	19,7	28,0	32,7
TAHOUA				
BAGAROUA	31,2	24,1	44,7	38,3
BAMBEYE	50,0	21,1	28,9	33,5
BANGUI	43,3	27,4	29,3	32,9
OURNO	44,9	11,5	43,6	36,1
TAJAE	31,0	20,9	48,1	42,1
TEBARAM	84,1	10,2	5,8	19,7
ZINDER				
DOGO	39,9	28,7	31,3	35,7
GAFATI	58,3	23,8	17,9	30,2
KANTCHE	23,9	27,6	48,5	41,9
KOLERAM	54,6	22,1	23,4	30,9
OLLELEWA	21,5	32,3	46,2	42,1
TARKA (BELBEDJI)	38,2	27,8	34,0	37,2
YAOURI	49,2	32,0	18,8	31,5
ENSEMBLE	43,5	23,7	32,9	35,3
Ménages très pauvres	40,3	26,0	33,7	36,2

4.1.2. Au niveau des quatre départements

Suivant les départements, Mayahi et Mirriah se distinguent par une plus forte proportion des ménages ayant une alimentation pauvre tandis que Madarounfa et Matamèye se caractérisent par une plus forte proportion de ménages qui ont une alimentation acceptable.

Tableau 22: score de consommation alimentaire selon les départements

DEPARTEMENT	Classes de score de consommation alimentaire (%)			Score moyen de consommation alimentaire (FCS)
	Pauvre	Limite	Acceptable	
MADAROUNFA	35,6	26,3	38,1	38,3
MAYAH	47,7	22,2	30,2	34,7
MATAMEYE	33,2	29,3	37,5	38,5
MIRRIAH	50,8	24,5	24,7	32,3
ENSEMBLE	43,1	25,3	31,6	35,5

4.2. Diversité et fréquence de consommation

L'analyse de la diversité alimentaire permet de ressortir le nombre moyen de groupes d'aliments consommés par les ménages au cours des 7 derniers jours précédant l'interview. Elle permet aussi de regrouper les ménages selon la classe de diversité alimentaire, faible (inférieur ou égal à 4 groupes d'aliments), moyenne (entre 5 et 6 groupes aliments) ou forte (plus de 7 groupes d'aliments).

4.2.1 Au niveau des communes de convergence

Le nombre moyen de groupe d'aliments consommés par les ménages est de 4 au niveau de l'ensemble des 22 communes. Ce nombre varie de 2, pour la commune de Tebaram, à 5 pour les communes de Bilma, N'Guelbeyli, Gabi, Kantché et Ollelewa.

Dans les communes de Dakoro, Djiratawa, Guidan Amoumoune, Bagaroua, Ourno, Tajae, Tebaram, Gafati et Koléram plus de 56% des ménages ont une faible diversité alimentaire. A l'opposé, dans les communes de Bilma, N'Guelbeyli, Gabi et Tarka, le pourcentage des ménages ayant une forte diversité alimentaire est plus important que dans l'ensemble des 22 communes.

Tableau 23: diversité alimentaire selon les communes

COMMUNE	Classes de diversité alimentaire (%)			Nombre moyen de groupes d'aliments
	Faible	Moyenne	Forte	
AGADEZ				
BILMA	31,3	33,2	35,4	5,3
		DIFFA		
FOULATARI	44,3	48,2	7,5	4,7
N'GUELBEYLI	39,1	34,0	26,9	5,1
MARADI				
DAKORO	59,3	30,3	10,4	4,4
DJIRATAWA	70,9	23,7	5,4	3,9
GABI	41,9	36,8	21,3	5,0
GUIDAN AMOUMOUNE	67,9	21,6	10,6	3,7
KORNAKA	44,8	45,6	9,6	4,6
MAYAH	57,8	28,5	13,7	4,3
TAHOUA				
BAGAROUA	66,7	28,0	5,3	4,1
BAMBEYE	61,2	33,2	5,6	4,2
BANGUI	57,4	34,6	8,0	4,2
OURNO	66,1	24,4	9,6	4,0
TAJAE	62,2	24,4	13,4	4,1
TEBARAM	94,8	4,3	1,0	2,4
ZINDER				
DOGO	49,8	38,6	11,6	4,5
GAFATI	69,4	24,6	6,0	3,9
KANTCHE	38,7	44,2	17,0	5,0
KOLERAM	64,5	31,2	4,3	3,9
OLLELEWA	27,9	50,5	21,6	5,3
TARKA (BELBEDJI)	50,2	34,5	15,3	4,5
YAOURI	57,9	27,0	15,1	4,4
ENSEMBLE	56,1	32,7	11,2	4,3
Ménages très pauvres	51,1	35,7	13,1	4,5

4.2.2 Au niveau des quatre départements

Dans les départements, la plus forte proportion des ménages ayant une faible diversité est relevée à Mirriah (61,6%) pendant que Mayahi présente la plus forte proportion des ménages ayant une forte diversité alimentaire (22,6%).

Tableau 24: Classes de diversité alimentaire selon les départements

DEPARTEMENT	Classes de diversité alimentaire (%)			Nombre moyen de groupes d'aliments
	Faible	Moyenne	Forte	
MADAROUNFA	50,1	33,0	16,9	4,7
MAYAH	49,8	27,6	22,6	4,6
MATAMEYE	43,5	36,6	19,8	4,9
MIRRIAH	61,6	31,8	6,6	4,1
ENSEMBLE	52,2	31,9	15,9	4,5

4.3. Durée de stocks alimentaires

4.3.1 Au niveau des communes de convergence

Au moment de l'enquête (juin/juillet 2014), la durée moyenne des réserves alimentaires, exprimée par le nombre de mois de stocks ou moyens d'approvisionnement des ménages, est de 1 mois dans l'ensemble des 22 de communes de convergence. Les ménages des communes de Bilma, Bagaroua, Koléram et Kornaka se distinguent par une durée moyenne de stocks variant de 2 à 3 mois.

La valeur moyenne de l'indicateur de possession de bétail exprimée en Unité de Bétail Tropical (UBT) est de 1 UBT pour l'ensemble des entités. Cet indicateur traduit, dans certaines circonstances, l'accessibilité des ménages aux biens de consommation.

Suivant les communes, Foulatari et N'Guelbeyli se démarquent par une valeur moyenne de près de 12 UBT par ménage. Ce qui traduit une caractéristique des zones pastorales. Les stratégies adoptées par les ménages sont analysées à travers l'indice réduit (RCSI) et l'indice large (CSI). Plus ces indicateurs sont élevés, plus le ménage est vulnérable. Les résultats montrent que dans les communes de Bilma, N'Guelbeyli, Guidan Amoumoune, Kornaka, Bambèye, Gafati et Koléram les ménages ont adopté, en moyenne, moins de stratégies de survie par rapport à la situation d'ensemble, avec un RCSI de 6 et un CSI de 13. D'autre part, les communes de Ourno, Tebaram, Dogo, Kantché et Yaouri se démarquent par des niveaux élevés des stratégies adoptées par les ménages.

Tableau 25: Durée de stock, unité de bétail tropical et indices de stratégie selon les communes

COMMUNE	Durée moyenne des réserves alimentaires (en mois)	UBT moyen	RCSI	CSI
BILMA	3,1	0,3	1,2	3,0
FOULATARI	0,7	11,8	5,1	13,1
N'GUELBEYLI	1,0	12,1	1,1	1,8
DAKORO	1,4	1,4	5,4	10,1
DJIRATAWA	0,9	1,0	6,0	14,8
GABI	1,0	2,2	3,8	9,5
GUIDAN AMOUMOUNE	1,3	0,6	3,3	6,4
KORNAKA	2,0	1,0	3,0	7,5
MAYAH	1,3	1,0	5,7	12,4
BAGAROUA	2,2	0,9	7,0	16,6
BAMBEYE	0,7	0,6	3,1	7,1
BANGUI	1,0	0,8	5,6	14,6
OURNO	1,3	0,6	10,4	23,2
TAJAE	1,3	0,6	6,1	12,0
TEBARAM	1,1	0,4	8,6	16,0
DOGO	0,9	0,6	9,7	21,0
GAFATI	0,8	0,7	3,0	8,8
KANTCHE	1,9	0,7	10,8	28,5
KOLERAM	2,2	0,6	3,5	6,4
OLLELEWA	1,0	1,3	4,6	9,7
TARKA (BELBEDJI)	1,3	1,5	6,7	15,8
YAOURI	0,8	0,9	8,7	23,1
ENSEMBLE	1,2	1,2	5,9	13,4
Ménages très pauvres	1,1	1,1	7,0	17,1

4.3.2 Au niveau des quatre départements

Les résultats pour les 4 départements font ressortir aussi une durée moyenne de 1 mois de réserves alimentaires.

En considérant les 4 départements, la valeur moyenne de l'UBT est de 0,9.

Suivant les départements, les ménages de Matamèye se caractérisent par un niveau d'adoption plus élevé des stratégies de survie.

Tableau 26: Durée de stock, unité de bétail tropical et indices de stratégie selon les départements

DEPARTEMENT	Durée moyenne des réserves alimentaires (en mois)	UBT moyen	RCSI	CSI
MADAROUNFA	1,3	1,5	5,2	12,7
MAYAH	1,5	0,9	4,8	10,8
MATAMEYE	1,2	0,9	9,3	24,3
MIRRIAH	1,0	0,7	5,6	12,0
ENSEMBLE	1,3	0,9	6,1	14,4

4.4. Analyse des stratégies de survie des ménages

Les stratégies de survie adoptées au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête sont basées sur les moyens d'existence. L'approche consiste à mieux comprendre la capacité des ménages à faire face au risque sur le long terme.

En terme général, les moyens d'existence des ménages et leur statut économique sont déterminés par leurs revenus, leurs dépenses et leurs avoirs.

Pour synthétiser l'information sur les stratégies adoptées au cours des 30 derniers jours, un indice de stratégie a été défini en tenant compte des trois groupes de stratégies selon leur niveau de gravité¹. On distingue selon l'ordre croissant de gravité les stratégies de **stress**, les stratégies de **crises** et les stratégies **d'urgence**. Chaque ménage est classé dans un groupe selon la prédominance du groupe des stratégies adoptées. Ainsi, cet indicateur tient compte des stratégies dominantes. Au final, un rang ou poids de sévérité (2, 3 ou 4) est attribué aux ménages selon la sévérité croissante de leurs stratégies de survie.

4.4.1 Au niveau des communes de convergence

Dans l'ensemble des 22 communes, 36,6% des ménages n'ont adopté aucune stratégie de survie sur une période de rappel de 30 jours. Au niveau des ménages très pauvres, cette proportion est estimée à 27,8%. Cependant, près de 30% des ménages ont adopté des stratégies d'urgence sur l'ensemble des 22 communes ; ce pourcentage est de 39,2% pour les ménages très pauvres. Les stratégies de crises adoptées affichent des niveaux semblables que les stratégies d'urgence (26,0% pour les 22 communes et 24,6% pour l'ensemble des ménages très pauvres).

Au niveau communal, on observe des disparités selon le niveau de gravité. En effet, dans la moitié des communes, les ménages ont essentiellement adopté des stratégies neutres (Bilma, Dakoro, Djiratawa, Guidan Amoumoune, Kornaka, Mayahi, Bagaroua, Bambèye, Tébaram, Gafati et Kantché) ; 5 communes se caractérisent par des stratégies de crise (Foulatari, N'Guelbeyli, Gabi, Olléléwa et Tarka) et 6 communes avec des stratégies d'urgence (Bangui, Ourno, Tajaé, Dogo, Koléram et Yaouri). Dans aucune des communes, la stratégie de stress ne prédomine, ce qui confirme le degré élevé de vulnérabilité de ces communes.

¹ Cet indicateur est recommandé dans le cadre de résultats stratégiques du PAM 2014–2017.

Tableau 27: type de stratégies adoptées par les ménages au cours des 30 derniers jours par commune

COMMUNE	Pas de stratégies	Stratégies de stress	Stratégies de crise	Stratégie d'urgence
AGADEZ				
BILMA	54,6	13,3	17,0	15,1
DIFFA				
FOULATARI	28,9	1,2	53,9	16,0
N'GUELBEYLI	16,3	5,0	70,9	7,8
MARADI				
DAKORO	39,6	10,2	35,0	15,2
DJIRATAWA	39,7	5,2	18,7	36,4
GABI	30,6	9,7	32,0	27,7
GUIDAN AMOUMOUNE	60,7	7,0	22,0	10,3
KORNAKA	35,9	8,4	22,8	32,9
MAYAH	46,5	4,8	16,1	32,6
TAHOUA				
BAGAROUA	56,2	3,7	21,1	19,1
BAMBEYE	67,4	12,3	10,3	10,0
BANGUI	22,4	5,1	27,6	44,9
OURNO	27,3	5,1	31,3	36,3
TAJAE	32,0	3,2	18,4	46,3
TEBARAM	43,4	5,4	20,8	30,4
ZINDER				
DOGO	37,8	8,4	12,7	41,1
GAFATI	45,9	19,1	20,9	14,2
KANTCHE	32,4	7,1	30,2	30,3
KOLERAM	27,2	3,0	25,1	44,7
OLLELEWA	14,0	6,7	51,8	27,5
TARKA (BELBEDJI)	24,3	14,2	38,8	22,7
YAOURI	13,1	4,3	16,8	65,8
ENSEMBLE	36,6	7,5	26,0	29,9
Ensemble ménage TP	27,8	8,4	24,6	39,2

4.4.2 Au niveau des quatre départements

Au niveau départemental, les stratégies ont aussi fait l'objet d'adoption sous les 3 formes. Ainsi, à Madarounfa 35,3% des ménages n'ont pas adopté de stratégie contre 32,1% qui ont vécu une stratégie d'urgence. Les ménages de Mayahi ont adopté les mêmes types de stratégies que ceux de Madarounfa. A Matamèye et à Mirriah, les ménages ayant adopté des stratégies d'urgence prédominent (respectivement 49,1% et 36,9%). Dans ces mêmes départements, les stratégies de crise secondent celle d'urgence avec respectivement 23,1% et 20,2% des ménages concernés.

Tableau 28: Répartition des ménages selon le type de stratégies adoptées au cours des 30 derniers jours par département

COMMUNE	Pas de stratégies	Stratégies de stress	Stratégies de crise	Stratégie d'urgence
MADAROUNFA	35,3	7,5	25,2	32,1
MAYAH	53,8	5,9	19,1	21,2
MATAMEYE	22,1	5,7	23,1	49,1
MIRRIAH	34,6	8,3	20,2	36,9
ENSEMBLE	35,8	7,1	21,6	35,5

4.5. Les dépenses des ménages

Selon la loi d'Engel, les populations pauvres consacrent une plus grande part de leur budget à l'alimentation. Ainsi, pour apprécier le niveau de vie des ménages, il a été calculé la part des dépenses consacrées à l'alimentation par les ménages par rapport aux dépenses totales.

4.5.1 Au niveau des communes de convergence

Suivant le niveau des dépenses, les ménages sont classés en quatre classes : faible (moins de 50%), moyenne (entre 50 et 65%), élevée (entre 65 et 75%) et très élevée (plus de 75%).

Les résultats font ressortir que les communes de Djiratawa, Guidan Amoumoune, Bagaroua, Ourno et Tarka se distinguent par une proportion de ménages ayant une part des dépenses alimentaires faible. Par contre, dans les communes de Gabi (70,8%), Bambèye (86,5%), Tajaé (72,8%), Tebaram (85,4%), Gafati (71,9%) et Ollelewa (79,4%) la situation est préoccupante car plus de 70% des ménages de ces localités consacrent une part très élevée de leurs dépenses à l'alimentation.

Tableau 29: Part des dépenses alimentaires dans les dépenses totales des ménages selon les communes

COMMUNE	Classes de part des dépenses alimentaires (%)				Part moyenne
	Faible	Moyenne	Elevé	Très élevé	
AGADEZ					
BILMA	18,7	13,9	8,3	59,1	72,3
DIFFA					
FOULATARI	16,3	14,8	13,0	56,0	75,8
N'GUELBEYLI	10,3	14,3	17,3	58,1	75,4
MARADI					
DAKORO	18,3	13,1	9,8	58,8	74,7
DJIRATAWA	21,0	15,8	13,9	49,3	70,2
GABI	7,6	9,5	12,2	70,8	80,7
GUIDAN AMOUMOUNE	25,9	12,2	10,6	51,3	70,0
KORNAKA	16,4	12,9	8,1	62,6	76,4
MAYAH	11,4	12,0	13,7	62,8	78,3
TAHOUA					
BAGAROUA	20,2	10,3	8,6	60,9	74,7
BAMBEYE	6,1	3,7	3,7	86,5	90,6
BANGUI	10,6	10,3	9,6	69,5	81,6
OURNO	30,7	18,9	9,8	40,6	65,3
TAJAE	9,6	9,6	8,1	72,8	82,7
TEBARAM	9,3	8,0	4,4	78,3	85,4
ZINDER					
DOGO	10,0	14,1	12,0	63,9	77,6
GAFATI	11,8	9,6	6,7	71,9	82,3
KANTCHE	18,1	12,8	11,8	57,4	72,8
KOLERAM	14,2	12,0	9,3	64,4	78,2
OLLELEWA	6,3	4,5	9,8	79,4	86,4
TARKA (BELBEDJI)	24,3	11,5	9,6	54,6	71,1
YAOURI	16,2	13,3	14,1	56,4	74,6
ENSEMBLE	14,8	11,1	9,7	64,4	78,0
Ménages très pauvres	16,6	12,3	11,0	60,1	75,9

4.5.2 Au niveau des quatre départements

Au niveau des départements, à Mirriah, 73% des ménages ont une part des dépenses alimentaires élevée alors que dans l'ensemble, la proportion est de 46%.

Tableau 30: Part des dépenses alimentaires dans les dépenses totales des ménages selon les départements

DEPARTEMENT	Classes de part des dépenses alimentaires (%)				Part moyenne
	Faible	Moyenne	Elevé	Très élevé	
MADAROUNFA	35,3	26,7	24,9	13,1	75,7
MAYAH	42,9	29,9	26,1	1,2	73,0
MATAMEYE	20,7	13,3	14,1	51,9	71,1
MIRRIAH	13,3	12,7	1,0	73,0	79,4
ENSEMBLE	23,5	17,7	12,4	46,4	75,2

4.6. Chocs vécus par les ménages et priorités des villages

Afin de caractériser davantage la situation de vulnérabilité des ménages face aux risques, l'enquête a aussi collecté des informations sur les principaux chocs vécus par les ménages au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Les résultats sont présentés pour les chocs qui concernent plus de 5% des ménages.

Il ressort des données du tableau N°31 ci-dessous que la baisse des récoltes (pour 62% des ménages), la baisse du revenu (pour 40% des ménages) et l'augmentation des prix des denrées alimentaires (selon 32% des ménages) étaient les principaux chocs ou difficultés vécus par les ménages au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête.

4.6.1 Au niveau des communes de convergence

La baisse des récoltes concerne relativement plus les ménages des communes de Djiratawa, Gabi, Mayahi, Bambèye, Tajae, Tebaram, Dogo, Gafati et Yaouri.

Quant à la baisse du revenu, elle est plus ressentie dans les communes de Foulatari, N'Guelbeyli, Djiratawa, Bagaroua, Ourno, Tajae, Dogo, Gafati, Kantché, Koléram, Tarka et Yaouri.

Par rapport à l'augmentation des prix des denrées alimentaires, les communes les plus touchées sont : Foulatari, N'Guelbeyli, Dogo, Kantché et Ollelewa.

Tableau 31: Principaux chocs vécus par les ménages au cours des 12 derniers mois

COMMUNE	Les principaux chocs vécus par les ménages au cours des 12 derniers mois						
	Baisse de revenu	Maladie / dépenses de santé exceptionnelles	Décès d'un membre de la famille	Augmentation des prix des denrées alimentaires	Catastrophes naturelles (inondation, incendie, vents)	Irrégularité des pluies	Baisse des récoltes
BILMA	14,8	22,7	16,5	15,1	5,3	1,6	2,7
FOULATARI	57,8	23,7	7,1	61,5	9,9	66,7	48,1
N'GUELBEYLI	44,4	21,7	4,3	52,5	,7	21,9	48,9
DAKORO	17,8	12,7	4,0	12,2	3,3	43,7	52,7
DJIRATAWA	50,1	19,1	3,1	9,6	1,9	19,5	69,9
GABI	34,1	29,3	5,2	8,2	3,7	21,4	73,7
GUIDAN AMOUMOUNE	26,2	29,0	13,9	5,2	5,7	12,4	66,5
KORNAKA	9,3	33,0	4,4	30,8	1,0	19,1	46,1
MAYAH	34,5	31,5	8,0	34,2	1,6	43,0	69,3
BAGAROUA	47,0	35,9	13,6	30,1	5,8	39,3	55,2
BAMBEYE	35,1	24,8	9,5	31,9	1,0	46,1	73,9
BANGUI	15,8	28,4	12,6	32,6	4,0	19,8	35,2
OURNO	44,6	49,6	19,9	34,7	4,5	24,1	60,4
TAJAE	51,7	18,2	7,7	27,9	2,9	42,8	67,7
TEBARAM	36,4	28,8	10,9	42,4	1,9	43,0	81,6
DOGO	74,6	36,8	14,7	55,8	19,1	55,4	72,9
GAFATI	53,5	42,4	10,2	23,1	2,7	61,6	87,5
KANTCHE	69,4	21,8	10,8	50,9	10,0	20,8	51,4
KOLERAM	45,5	42,1	19,2	19,3	4,1	23,7	54,8
OLLELEWA	33,1	20,7	14,3	49,9	25,6	46,2	62,8
TARKA (BELBEDJI)	50,3	19,7	3,8	30,0	5,1	30,2	61,3
YAOURI	57,8	26,1	5,8	25,2	4,1	9,7	73,1
Ensemble	39,7	28,7	10,1	31,7	6,2	33,8	62,2
Ménages très pauvres	46,2	33,5	13,6	41,3	8,9	31,3	61,1

4.7. Avoirs productifs

Au cours de l'enquête, des questions ont été posées sur les actifs productifs qui existent au niveau des communautés, leur fonctionnalité et le mode de gestion mis en place pour assurer leur mise en valeur. Il a été aussi demandé si les plus pauvres profitent de ces actifs. En l'absence des actifs productifs, la question de savoir où se situent les plus fréquentés a été posée.

4.7.1 Au niveau des communes de convergence

Globalement au niveau des Communes de Convergence, 52,1% des villages, ont déclaré que les ménages très pauvres profitent des actifs. Dans ces villages, en moyenne, 69% des ménages très pauvres profitent des actifs.

Quasiment dans tous les villages de N'Guelbeyli et de Dakoro, les ménages très pauvres profitent des actifs productifs contre 12,5 % des villages de Tarka (Belbedji). Pratiquement tous les ménages très pauvres des communes de Dakoro et Ollelewa profitent des actifs. Quant à l'existence d'un dispositif communautaire de réponse aux crises alimentaires éventuelles, 7,9% des villages en disposent. Ce pourcentage varie de 0% à Dogo et Tarka à 50% à Bilma.

Tableau 32: Accessibilité des très pauvres aux actifs productifs et existence de dispositif de réponse aux crises alimentaires par communes

COMMUNE	% des villages ayant déclaré que les TP profitent des actifs	Proportion moyenne des TP qui profitent des actifs	Existence de dispositif communautaire de réponse aux crises alimentaires éventuelles
BILMA	-	-	50,0
FOULATARI	19,0	65,0	3,1
N'GUELBEYLI	100,0	58,8	12,5
DAKORO	100,0	100,0	13,2
DJIRATAWA	28,6	56,6	12,2
GABI	65,9	41,1	9,8
GUIDAN AMOUMOUNE	23,1	51,7	2,7
KORNAKA	26,3	67,0	5,1
MAYAH	43,2	76,3	7,3
BAGAROUA	44,4	83,7	17,5
BAMBEYE	53,3	49,7	8,1
BANGUI	74,4	93,6	2,5
OURNO	73,5	77,3	2,6
TAJAE	40,0	46,0	5,1
TEBARAM	42,9	37,2	2,7
DOGO	77,8	66,1	0,0
GAFATI	87,5	80,5	18,2
KANTCHE	87,0	56,6	9,7
KOLERAM	40,0	43,8	15,0
OLLELEWA	53,8	100,0	9,4
TARKA (BELBEDJI)	12,5	50,0	0,0
YAOURI	16,1	76,0	11,8
ENSEMBLE	52,1	69,0	7,9

4.7.2 Au niveau des quatre départements

Dans les départements, 58,3% des villages ont déclaré que les ménages très pauvres profitent des actifs productifs. La proportion moyenne des ménages très pauvres qui profitent des actifs productifs dans ces départements est de 66%.

Par ailleurs, 13,8% des villages ont un dispositif communautaire de réponse aux crises alimentaires éventuelles.

Tableau 33: Accessibilité des très pauvres aux actifs productifs et existence de dispositif de réponse aux crises alimentaires par départements

DEPARTEMENT	% des villages ayant déclaré que les TP profitent des actifs	Proportion moyenne des TP qui profitent des actifs	Existence de dispositif communautaire de réponse aux crises alimentaires éventuelles
MADAROUNFA	58,3	46,0	13,6
MAYAH	47,4	81,0	22,4
MATAMEYE	56,8	70,0	8,7
MIRRIAH	71,6	71,0	9,4
ENSEMBLE	58,3	66,0	13,8

4.8. Accès aux terres

L'accès aux terres constitue un élément clé de l'autosuffisance alimentaire des ménages.

4.8.1 Au niveau des communes de convergence

A l'exception de la commune de Bilma (99,4%), où les ménages disposent essentiellement des surfaces irriguées, dans les autres communes de convergence le champ pluvial est le principal type de champs possédé par les ménages (95%).

Tableau 34: Pourcentage des ménages par type de champs selon les communes

COMMUNE	Type de champs du ménage	
	Terres agricoles	Surfaces irriguées
BILMA	0,6	99,4
FOULATARI	99,7	0,3
N'GUELBEYLI	98,4	1,6
DAKORO	99,3	0,7
DJIRATAWA	96,3	3,7
GABI	94,8	5,2
GUIDAN AMOUMOUNE	98,2	1,8
KORNAKA	98,6	1,4
MAYAH	97,4	2,6
BAGAROUA	93,2	6,8
BAMBEYE	97,6	2,4
BANGUI	96,3	3,7
OURNO	96,0	4,0
TAJAE	98,5	1,5
TEBARAM	95,7	4,3
DOGO	86,3	13,7
GAFATI	96,3	3,7
KANTCHE	78,1	21,9
KOLERAM	94,9	5,1
OLLELEWA	99,1	0,9
TARKA (BELBEDJI)	96,4	3,6
YAOURI	86,5	13,5
ENSEMBLE	95,0	5,0
Ménages très pauvres	91,5	8,5

4.7.1 Au niveau des communes de convergence

La prédominance du champ pluvial (92,4%) se fait aussi remarquée dans les 4 départements.

Tableau 35: Pourcentage des ménages par type de champs selon les départements

DEPARTEMENT	Type de champs du ménage	
	Terres agricoles	Surfaces irriguées
MADAROUNFA	95,5	4,5
MAYAH	96,8	3,2
MATAMEYE	83,7	16,3
MIRRIAH	92,5	7,5
ENSEMBLE	92,4	7,6

4.9. Assistance humanitaire

La vente des céréales à prix modéré a constitué la principale intervention de soutien qui a concerné les ménages dans les communes de convergence durant les 12 derniers mois précédant l'enquête. En effet, 17% des ménages déclarent avoir bénéficié de la vente de céréales à prix modéré.

4.9.1 Au niveau des communes de convergence

Les communes de Bilma, Foulatari, N'Guelbeyli, Mayahi, Bagaroua, Bambèye, Tebaram, Koléram et Yaouri enregistrent les plus fortes proportions de ménages ayant bénéficié de cette intervention. Chez les ménages très pauvres, 34% ont été couverts.

L'opération banque céréalière a concerné 14% des ménages. Les communes de Dakoro, Djiratawa, Kornaka, Mayahi, Bagaroua, Tebaram, Gafati, Koléram et Ollelewa présentent les plus fortes proportions des ménages qui ont profité des banques céréalières.

D'une manière générale, les interventions ont surtout concerné les ménages très pauvres. En effet, 34,1% des ménages très pauvres ont bénéficié des ventes à prix modérés ; 30,3% de la distribution gratuite des vivres et/ou argent contre travail.

Tableau 36: Transferts reçus par les ménages au cours des 12 derniers selon les communes

COMMUNE	Banque céréalière	Distribution gratuite de vivres	Vente de céréales à prix modéré	Vivre contre travail	Argent contre travail	Don/Zakat	Blanket Feeding (enfant 6-23 mois)	BlanketFeeding (femmes enceintes et allaitantes)	Intrant agricoles	Cash transfert
BILMA	13,8	24,0	39,5	1,6	7,6	1,7		1,7		1,7
FOULATARI	3,6	4,2	46,4	,3	17,5	2,7	8,7	10,2	,9	,9
N'GUELBEYLI	,4	2,8	46,4		3,2	4,3	13,8	5,7	1,1	,7
DAKORO	19,3	,9	10,7	1,0	2,6	1,9	,3	,8	2,1	
DJIRATAWA	16,2	3,0	15,0	2,9	6,1	4,0	11,5	8,8	1,3	1,1
GABI	13,0	7,4	19,9	1,6	5,7	20,8	6,0	3,8	3,0	1,8
GUIDAN AMOUMOUNE	4,9	2,7	1,6	1,5	5,4	2,2	1,9	2,7	7,4	1,6
KORNAKA	16,4	,8	15,1	4,9	7,7	2,6	5,2	6,2	,8	1,0
MAYAH	22,8	10,4	24,1	4,6	7,2	5,5	8,0	7,2	15,4	4,0
BAGAROUA	36,0	7,7	26,4	10,5	11,4	5,2	5,0	4,6	8,9	6,3
BAMBEYE	12,0	6,7	28,0	2,6	5,0	3,7	1,0	,2	1,0	4,1
BANGUI	1,5	15,1	9,9	1,1	3,7	7,1	1,7	2,2	1,7	5,7
OURNO	3,8	12,9	7,6	1,1	1,7	18,2	1,8	2,5	2,1	5,4
TAJAE	4,6	3,2	7,0	3,4	3,4	1,7	1,3	1,9	15,8	6,1
TEBARAM	41,2	8,3	22,4	2,0	7,7	2,6	1,3	,5	2,2	8,3
DOGO	1,5	8,6	10,0	4,4	12,2	8,4	7,7	7,8	7,3	5,6
GAFATI	29,3	4,2	19,7	5,6	4,8	,7	2,4	2,2	6,5	3,4
KANTCHE	3,2	4,1	19,7	8,0	14,1	5,8	22,3	24,0	21,9	14,7
KOLERAM	20,8	7,1	32,6	2,1	5,8	1,6	12,5	9,2	10,1	5,8
OLLELEWA	23,6	1,5	17,4	3,3	,7	1,9	9,9	8,7	10,3	,9
TARKA (BELBEDJI)	11,8	5,0	8,2	7,5	11,6	7,0	3,8	3,7	5,0	5,9
YAOURI	13,5	5,1	22,9	2,0	3,9	5,2	15,7	12,8	34,7	8,3
ENSEMBLE	13,5	6,3	16,7	3,5	6,3	5,8	5,6	5,2	6,8	4,3
Ménages très pauvres	20,9	30,3	34,1	17,4	30,3	11,7	25,8	24,6	14,6	20,9

4.9.2 Au niveau des communes de convergence

Dans les départements, 21% des ménages ont bénéficié des ventes à prix modérés, 14,4% d'une banque céréalière et 12,8% d'intrants agricoles.

Tableau 37: Transferts reçus par les ménages au cours des 12 derniers selon les départements

DEPARTEMENT	Banque céréalière	Distribution gratuite de vivres	Vente de céréales à prix modéré	Vivre contre travail	Argent contre travail	Don/Zakat	Blanket Feeding (enfant 6-23 mois)	BlanketFeeding (femmes enceintes et allaitantes)	Intrants agricoles	Cash transfert
MADAROUNFA	14,4	9,0	20,7	2,8	5,1	11,9	11,0	9,1	3,8	1,8
MAYAHI	18,2	8,0	19,6	4,3	5,8	4,3	4,9	4,9	14,0	3,2
MATAMEYE	9,2	4,1	25,1	4,1	7,2	6,2	23,0	22,5	27,3	11,7
MIRRIAH	14,8	7,1	20,3	3,3	6,7	3,9	8,5	7,2	7,9	5,1
ENSEMBLE	14,4	7,1	21,2	3,6	6,2	6,1	11,1	10,2	12,8	5,3

5. Allaitement et état nutritionnel

L'article publié en 2012 dans le Lancet sur la réduction de la mortalité des enfants au Niger a montré que la lutte contre la malnutrition des enfants a été l'intervention la plus efficace pour sauver les vies des enfants âgés de moins de cinq ans au Niger. Au total c'est 31% des vies d'enfants âgés de moins de cinq ans qui ont pu être sauvées grâce à la lutte contre la malnutrition chronique (10%), la prise en charge de la malnutrition aiguë (9%) et l'amélioration des pratiques d'allaitement maternel (3%).

Les pratiques d'alimentation sont des facteurs déterminants pour l'état nutritionnel des enfants. Parmi ces pratiques, celles concernant l'allaitement revêtent une importance particulière. En effet, de par ses atouts nutritionnels, le lait maternel permet de combler les besoins nutritionnels des enfants au cours du premier semestre de vie. Ainsi, compte tenu de l'importance des pratiques d'allaitement, des questions relatives notamment à la mise au sein et la durée de l'allaitement ont été posées aux mères et/ou gardiennes d'enfants âgés de moins cinq ans à travers le questionnaire femme.

5.1. Allaitement maternel

5.1.1 Au niveau des communes de convergence

5.1.1.1 Début de l'allaitement

Les résultats montrent que dans l'ensemble, près de deux tiers des mères ou gardiennes (62,6%) ont déclaré avoir mis leurs enfants au sein dès la première heure après la naissance. La mise au sein dès la première heure présente des disparités entre les communes. Ainsi, dans certaines communes, cette proportion est élevée. C'est le cas des communes de Bilma (98,3%) et de Djiratawa (86,6%). Dans d'autres communes par contre, les proportions sont plus faibles. C'est le cas des communes d'Ourno (33,6%), de Tarka (40,4 %) et de Bangui (41,2%). Notons en outre que deux tiers des ménages très pauvres (67%) assurent la mise au sein précoce de leurs enfants. La non-consommation du colostrum par les jeunes enfants et l'administration de décoctions et autres aliments aux nouveau-nés sont de nature à les exposer précocement aux maladies infectieuses et parasitaires.

5.1.1.2. Allaitement maternel exclusif

L'allaitement maternel exclusif au cours du premier semestre de vie est une pratique recommandée par l'OMS et l'UNICEF pour assurer une croissance et un développement adéquat du jeune enfant. L'introduction précoce d'aliments de complément expose les enfants aux maladies infectieuses et parasitaires telles que la diarrhée qui est l'une des causes majeures de morbidité et de mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans. Pour apprécier la pratique de l'allaitement exclusif au sein, des questions ont été posées aux mères /gardiennes ayant affirmé que leur dernier enfant a été ou est en train d'être allaité. On constate que cette pratique est très peu répandue ; sa prévalence est de 20,6% pour l'ensemble des communes de convergence avec des disparités entre communes. En effet, les communes qui ont les taux les plus élevés d'allaitement maternel exclusif sont Bilma et Koléram avec 50,3%. Par contre, la situation est moins reluisante dans 10 communes de convergence sur 22 où moins d'un enfant sur cinq est allaité sans introduction d'autres aliments de complément avant l'âge de six mois. Les valeurs les plus faibles se trouvent à Gabi (8,4%) et à Mayahi (8,5%).

5.1.1.3. Durée de l'allaitement maternel

S'agissant de la durée d'allaitement, la collecte de données s'est intéressée à la durée effective de l'allaitement de l'enfant déjà sevré et à l'âge auquel la mère compte sevrer celui qui est encore au sein. La durée médiane de l'allaitement est estimée à 20 mois alors que la moyenne avoisine 21 mois. Les données du tableau ci-dessous montrent que la durée moyenne de l'allaitement est un peu plus longue dans les communes de Tarka (Belbedji), Guidan Amoumoune, Kornaka, Gabi, Tajae, Bilma, Dakoro, Bagaroua, Bambèye, et Tebaram où elle dépasse 21 mois.

Tableau 38: Allaitement maternel par commune

Commune	Mise au sein dès la première heure (%)	Allaitement maternel exclusif (%)	Durée Moyenne (mois)	Durée Médiane (mois)
BILMA	93,8	50,3	21,5	24,0
FOULATARI	56,2	41,9	20,1	20,0
N'GUELBEYLI	46,9	32,6	19,7	20,0
DAKORO	43,6	21,0	22,3	24,0
DJIRATAWA	86,6	19,3	19,6	19,0
GABI	76,7	8,4	21,4	21,0
GUIDAN AMOUMOUNE	66,0	12,8	21,1	22,0
KORNAKA	67,1	24,8	21,3	22,0
MAYAH	44,9	8,5	19,9	19,0
BAGAROUA	58,8	31,9	22,8	24,0
BAMBEYE	67,5	34,1	23,5	24,0
BANGUI	41,2	16,3	19,0	19,0
OURNO	33,6	25,8	20,0	19,0
TAJAE	67,5	21,3	22,3	24,0
TEBARAM	79,6	18,5	23,8	24,0
DOGO	77,8	22,8	19,7	20,0
GAFATI	66,4	22,4	19,1	19,0
KANTCHE	80,8	14,4	19,6	19,0
KOLERAM	66,3	50,3	19,0	20,0
OLLELEWA	78,4	11,2	19,1	18,0
TARKA (BELBEDJI)	40,4	16,2	21,0	22,0
YAOURI	79,4	12,2	19,8	19,0
ENSEMBLE	62,6	20,6	20,7	20,0
Ménage très pauvres	66,7	21,2	20,6	20,0

5.1.2 Au niveau des quatre départements

Au niveau départemental, les résultats montrent que 60,2% des enfants ont été mis au sein dès la première heure après la naissance. Cette pratique est plus fréquente dans les départements de Mayahi et Madarounfa où plus de 7 enfants sur 10 sont concernés.

On note que l'allaitement maternel exclusif est pratiqué par 18,8% des mères ou gardiennes d'enfants de moins de cinq ans avec des disparités entre les départements. En effet, Mirriah se démarque des autres avec le meilleur taux qui avoisine 32%. Dans l'ensemble un enfant sur deux est allaité pendant 19 mois et la durée moyenne d'allaitement des enfants est de 20 mois au niveau départemental.

Tableau 39: Allaitement maternel par département

Département	Mise au sein dès la première heure (%)	Allaitement maternel exclusif (%)	Durée Moyenne (mois)	Durée Médiane (mois)
MADAROUNFA	71,9	11,4	20,7	21
MAYAH	71,2	13,6	20,7	20
MATAMEYE	47,6	16,0	19,5	19
MIRRIAH	53,8	31,9	19,3	20
ENSEMBLE	60,9	18,8	20,0	19

5.2. Alimentation de complément des enfants âgés de 6 à 23 mois

Au cours de l'enquête, des questions ont été posées, aux mères concernant les aliments consommés par les jeunes enfants âgés de 6 à 23 mois la veille du passage de l'enquêteur. Pour évaluer la diversification alimentaire de ces jeunes enfants, un score a été calculé conformément aux recommandations en matière de pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Un enfant est considéré comme ayant une diversité alimentaire minimum lorsqu'il a reçu, la veille de l'enquête, au moins 4 des 7 groupes d'aliments suivants : (i) les céréales, tubercules et racines ; (ii) les légumineuses et les noix ; (iii) les produits laitiers ; (iv) la viande, le poisson, la volaille et les abats; (v) les œufs ; (vi) les fruits et légumes riches en vitamine A et (vii) les autres fruits et légumes.

5.2.1 Au niveau des communes de convergence

Recommandée pour une nutrition équilibrée, la diversification de l'alimentation des enfants âgés de 6 à 24 mois s'avère une pratique relativement rare dans les communes de convergence. Seuls 7% des enfants âgés de 6 à 24 mois en bénéficient. Les communes qui se distinguent par le plus faible taux de diversification de l'alimentation des enfants sont celles de Foulatari, Guidan Amoumoune, Dakoro, Bambéye et Tébaram. Avec des taux de diversification de l'alimentation des enfants variant de 39% à 10%, les communes de Bilma, Mayahi, N'Guelbeyli, Gafati et Kantché, se conforment davantage aux pratiques recommandées d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Notons que les communes de Bilma, N'Guelbeyli et Kantché figurent parmi celles présentant les meilleures pratiques d'alimentation au niveau des ménages.

Tableau 40: Proportion d'enfants de 6 à 23 mois bénéficiant d'une alimentation diversifiée

COMMUNE	Tranche d'âge			Ensemble
	6 à 11 mois	12 à 17 mois	18 à 23 mois	
BILMA	43,4	25,0	41,9	39,4
FOULATARI	-	2,2	-	0,9
N'GUELBEYLI	-	10,1	49,8	22,8
DAKORO	-	1,9	5,6	2,2
DJIRATAWA	2,4	6,5	12,4	7,1
GABI	3,2	8,0	8,9	6,7
GUIDAN AMOUMOUNE	-	,9	4,5	1,3
KORNAKA	2,0	1,1	18,0	6,8
MAYAH	18,8	25,3	30,4	24,8
BAGAROUA	6,7	-	12,0	5,3
BAMBEYE	-	3,0	4,3	2,4
BANGUI	1,5	7,4	1,6	3,1
OURNO	2,0	3,5	7,7	4,3
TAJAE	2,2	12,7	9,8	9,0
TEBARAM	,4	3,5	2,5	2,4
DOGO	2,5	11,8	5,0	6,6
GAFATI	7,6	6,7	15,1	10,6
KANTCHE	6,6	2,9	18,2	10,0
KOLERAM	,5	8,6	8,1	5,4
OLLELEWA	4,5	7,7	15,1	8,9
TARKA (BELBEDJI)	1,7	5,5	9,2	4,9
YAOURI	9,2	2,1	12,4	8,1
ENSEMBLE	3,3	6,4	10,8	6,7

5.2.2 Au niveau des quatre départements

La diversification de l'alimentation des enfants quoique faible paraît plus fréquente au niveau départemental qu'au niveau des communes de convergence. Dans l'ensemble 10% des enfants âgés de 6 à 24 mois bénéficient d'une diversification de leur alimentation. Mirriah est le département qui enregistre les plus faibles taux de diversification de l'alimentation des enfants.

Tableau 41: Proportion d'enfants de 6 à 23 mois ayant consommé des aliments appartenant au moins à 4 groupes alimentaires distincts.

DEPARTEMENT	Tranche d'âge			Ensemble
	6 à 11 mois	12 à 17 mois	18 à 23 mois	
MADAROUNFA	8,8	15,2	14,3	12,5
MAYAH	7,8	15,1	16,5	13,0
MATAMEYE	8,8	6,9	14,9	10,2
MIRRIAH	2,1	8,7	7,7	6,1

ENSEMBLE	6,6	11,3	13,1	10,1
----------	-----	------	------	------

5.3. Anémie

Au cours de l'enquête, on a procédé à un prélèvement de sang sur les enfants âgés de 6 à 59 mois. Ensuite, le sang prélevé est placée dans un hémoglobinomètre portatif (HemoCue), appareil qui, en moins d'une minute, donne une mesure exacte du niveau (en grammes) d'hémoglobine par décilitre de sang.

5.3.1. Prévalence de l'anémie chez les enfants

5.3.1.1 *Au niveau des communes de convergence*

Le graphique ci-dessous indique que, dans les communes de convergence, 51,5% des enfants de 6-59 mois sont anémiés dont 26% sous forme modérée et 1,9% sous forme sévère.

Les enfants de la commune de Bambèye sont les moins affectés par l'anémie avec des taux de prévalence de l'anémie sévère et modérée inférieurs à 25,2%. La situation des communes de Dogo, Ollelewa, Guidan Amoumoune et Koléram paraît préoccupante au vu des taux élevés d'anémie parmi les enfants âgés de moins de 5 ans. Plus de deux tiers d'entre eux souffrent en effet d'anémie (sévère et modérée). Ces communes présentent également les taux d'anémie sévère les plus élevés. Ces taux varient de 2,7% à Ollelewa à 5,7% à Dogo.

Tableau 42 :% d'enfants âgés de 6 à 59 mois souffrant d'anémie dans les communes de convergence

Commune	Anémie sévère (<7.0g/dl)	Anémie modérée (7.0-9.9g/dl)	Anémie légère (10.0-10.9g/dl)	Pas d'anémie (≥10.9g/dl)
BILMA	0,0	21,9	34,7	43,4
FOULATARI	1,9	31,4	24,2	42,5
N'GUELBEYLI	1,0	34,2	18,0	46,8
DAKORO	2,1	24,6	22,5	50,8
DJIRATAWA	1,0	23,9	24,9	50,2
GABI	1,2	21,0	29,3	48,5
GUIDAN AMOUMOUNE	3,7	35,9	23,1	37,4
KORNAKA	3,0	37,5	14,7	44,7
MAYAH	0,4	20,6	21,1	58,0
BAGAROUA	0,6	23,4	23,5	52,6
BAMBEYE	0,3	9,6	15,4	74,8
BANGUI	0,4	18,6	23,8	57,2
OURNO	1,4	13,1	28,7	56,8
TAJAE	1,7	23,3	19,2	55,9
TEBARAM	1,1	20,3	18,5	60,1
DOGO	5,7	44,1	26,3	23,9
GAFATI	0,8	23,2	28,2	47,8
KANTCHE	1,8	32,3	23,2	42,8
KOLERAM	3,7	29,3	29,0	38,0
OLLELEWA	2,7	32,4	27,5	37,4
TARKA (BELBEDJI)	2,0	26,8	21,2	50,0
YAOURI	1,6	18,9	28,2	51,3
ENSEMBLE	1,9	26,0	23,6	48,5
Ménage très pauvres	1,8	24,8	23,4	49,9

5.3.1.2 Au niveau des quatre départements

Au niveau départemental, 56,4% des enfants de 6-59 mois sont atteints d'anémie dont 28,7 % sous une forme modérée et 2,3 % sous une forme sévère. Le département de Mirriah est celui où les enfants sont davantage affectés par l'anémie (65%) et parmi ceux-là 4% sont atteints de malnutrition sévère dans ce département.

Tableau 43: Prévalence de l'anémie chez l'enfant par département

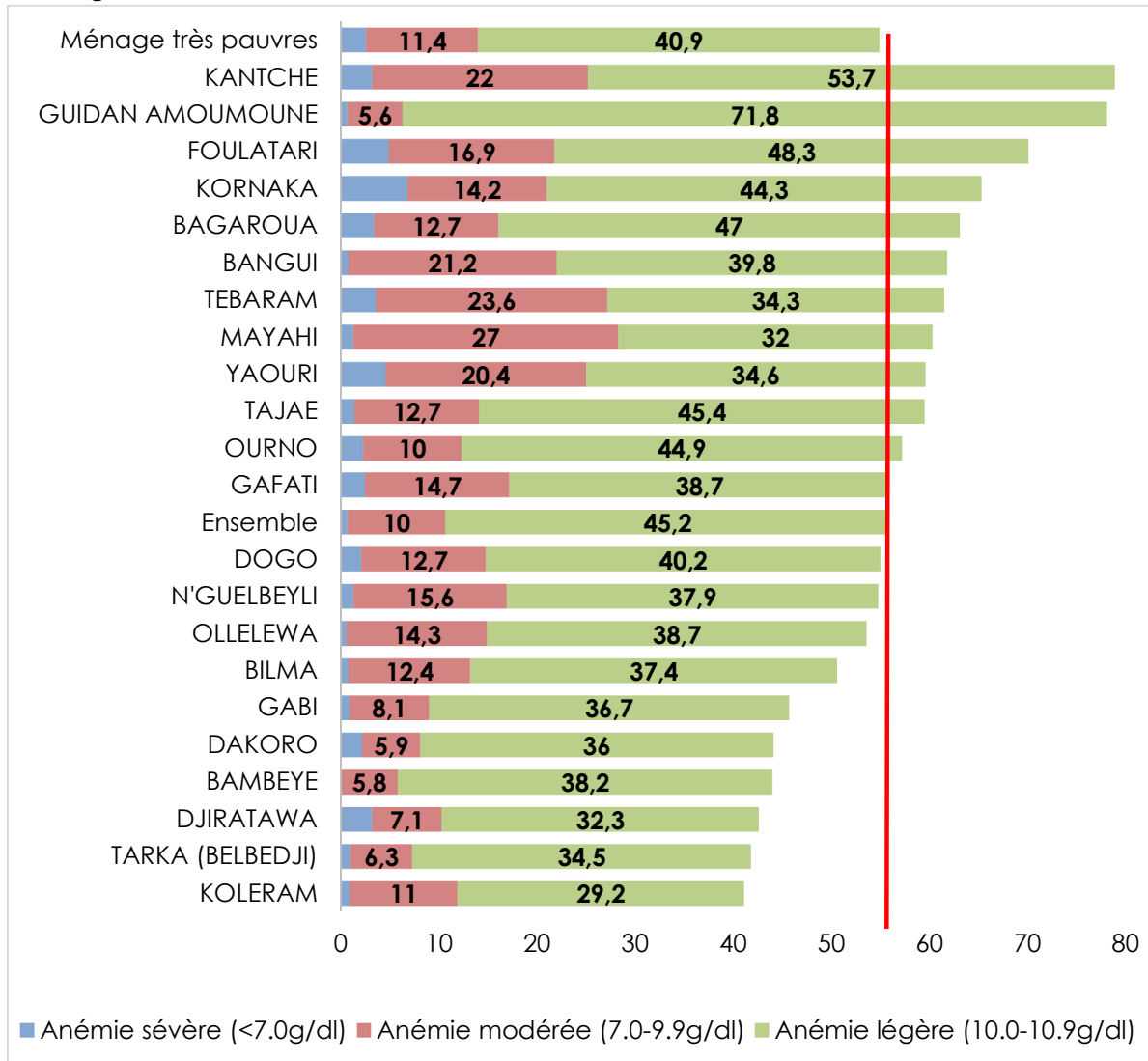
DEPARTEMENT	Anémie sévère (<7.0g/dl)	Anémie modérée (7.0-9.9g/dl)	Anémie légère (10.0-10.9g/dl)	Pas d'anémie (≥10.9g/dl)
MADAROUNFA	1,1	25,8	26,1	47,0
MAYAH	1,8	26,1	23,3	48,8
MATAMEYE	1,4	25,3	27,4	45,9
MIRRIAH	4,4	35,5	24,9	35,2
ENSEMBLE	2,3	28,7	25,4	43,6

5.3.2. Prévalence de l'anémie chez les femmes

5.3.2.1 Au niveau des communes de convergence

Le graphique ci-dessous indique que, dans les communes de convergence, la majorité (55,9%) des femmes âgées de 12 à 49 ans sont atteints d'anémie dont 45,2% sous une forme légère, 10% sous une forme modérée et 0,7% sous forme sévère. Les femmes des communes de Koléram, Tarka, Djiratawa, Bambèye, Dakoro, Gabi sont les moins affectées par l'anémie où moins de la moitié en souffre. La situation des communes de Foulatari, Guidan Amoumoune et Kantché paraît préoccupante au vu des taux élevés d'anémie avec plus sept femmes âgées de 12 à 49 ans sur dix souffrant d'anémie.

Graphique 44 : % des femmes âgées de 12 à 49 ans souffrant d'anémie dans les communes de convergence



5.3.2.2 Au niveau des quatre départements

Selon les départements, le tableau ci-dessous indique que près de deux tiers (63,1%) des femmes âgées de 12 à 49 ans souffrent d'anémie dont 13,5% sous une forme modérée et 2,6% sous une forme sévère. C'est à Matamèye et Mirriah que le taux d'anémie s'avère plus élevé. En effet, le taux d'anémie sévère atteint 5% à Mirriah et 7 femmes âgées de 12 à 49 ans sur dix souffrent d'anémie à Matamèye.

Tableau 45: Prévalence de l'anémie chez la femme par département

DEPARTEMENT	Anémie sévère (<7.0g/dl)	Anémie modérée (7.0-9.9g/dl)	Anémie légère (10.0-10.9g/dl)	Pas d'anémie (>=10.9g/dl)
MADAROUNFA	1,5	12,4	48,9	37,1
MAYAH	2,2	11,5	40,7	45,6
MATAMEYE	1,8	15,5	54,2	28,5
MIRRIAH	4,8	14,4	44,3	36,6
ENSEMBLE	2,6	13,5	47,1	36,9

5.4. Consommation de micronutriments par les enfants

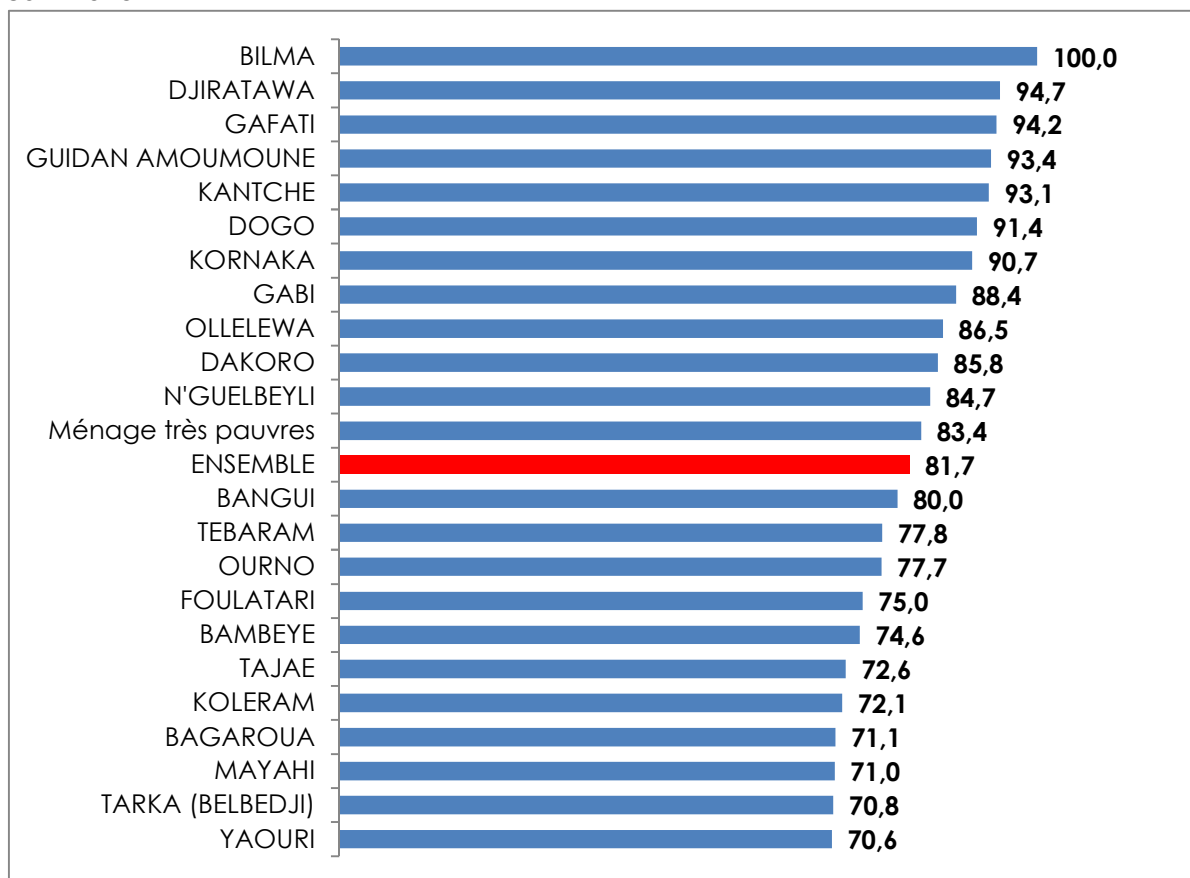
5.4.1. Supplémentation en vitamine A

5.4.1.1 Au niveau des communes de convergence

Au cours de l'enquête, on a collecté des données concernant la supplémentation des enfants de moins de cinq ans en vitamine A au cours des six derniers mois. Les résultats sont présentés par le graphique N°46 ci-dessous.

Ainsi, dans l'ensemble des communes de convergence, quatre enfants sur cinq ont bénéficié de la supplémentation en vitamine A. Les communes de Bilma, Djiratawa, Gafati, Guidan Amoumoune, Kantché, Dogo et Kornaka enregistrent les meilleures performances avec plus de 9 enfants sur dix bénéficiant de supplémentation en vitamine A. Avec moins de trois quart des enfants ayant reçu un supplément de Vitamine A, les communes de Yaouri, Tarka (Belbedji), Mayahi, Bagaroua, Koléram et Tajae enregistrent les performances les plus faibles.

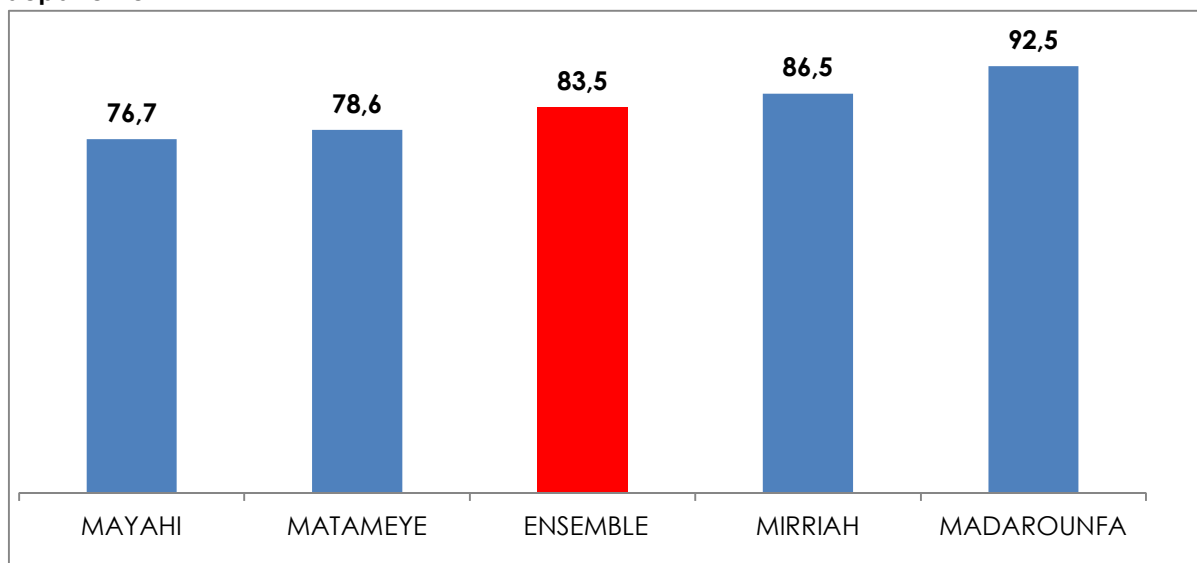
Graphique 46 : Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant reçu la vitamine A par commune



5.4.1.1 Au niveau des quatre départements

L'analyse de la situation de la supplémentation en vitamine A dans les départements révèlent un état similaire à celui de l'ensemble des communes de convergence. Dans l'ensemble plus de huit femmes âgées de 12 à 49 ans ont bénéficié de supplémentation en vitamine A. Les taux de supplémentation en vitamine A varient de 93% à Madarounfa à 77% à Mayahi.

Graphique 47 : Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant reçu la vitamine A par département

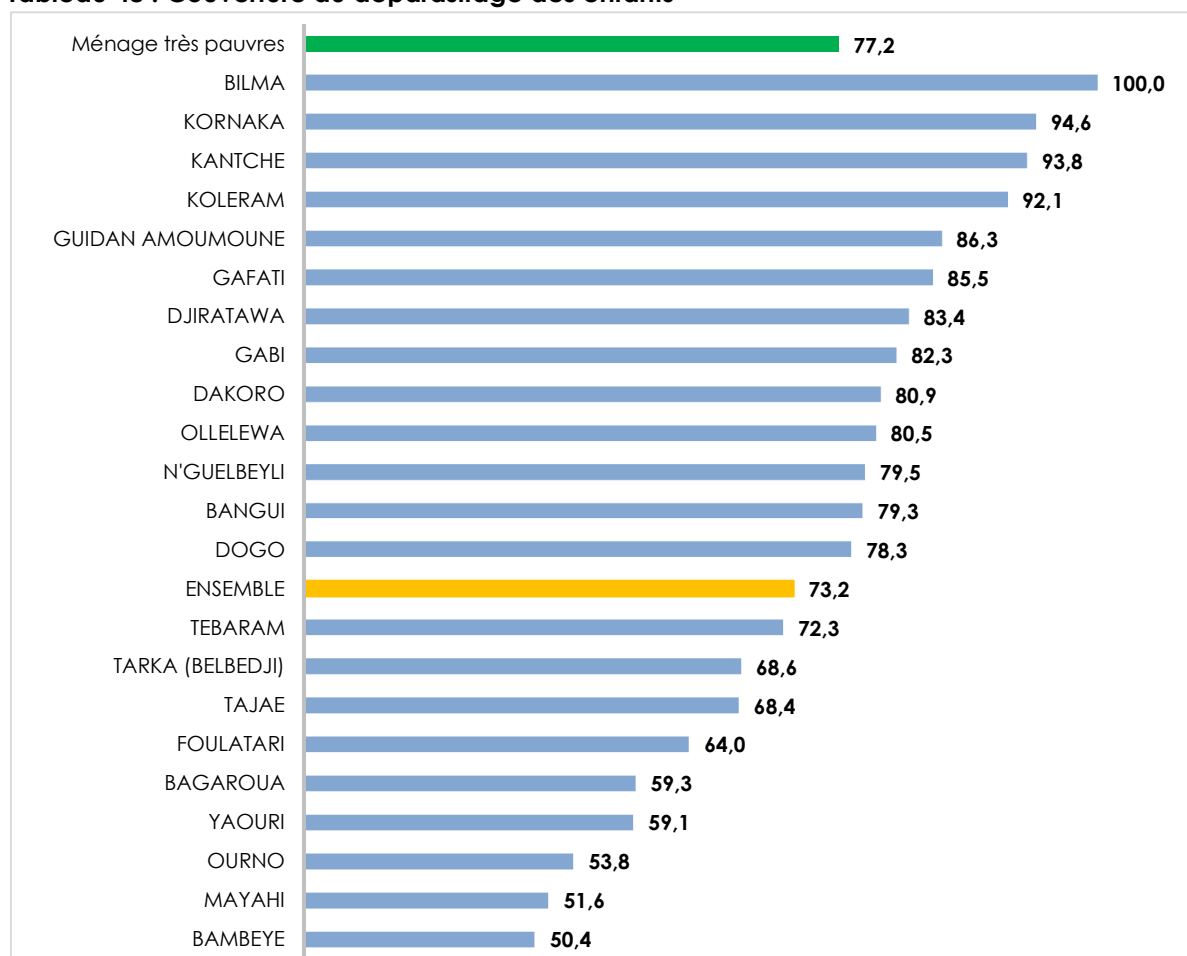


5.4.2. Déparasitage des enfants

5.4.2.1 Au niveau des communes de convergence

L'enquête a collecté des données sur la distribution des médicaments contre les vers intestinaux aux enfants âgés de moins de cinq ans. Comme l'illustre le graphique ci-dessous, les résultats de l'enquête révèlent que près de trois quart des enfants (73,2%) ont reçu des médicaments pour le déparasitage. Cependant, des disparités non négligeables s'observent entre les communes. En effet, les plus faibles taux de couverture sont notés dans les communes de Bambèye, Mayahi, Ourno, Yaouri et Bagaroua où moins de trois enfants sur cinq ont été déparasités alors qu'à Bilma 100% des enfants âgés de moins de cinq ans ont reçu des médicaments pour le déparasitage.

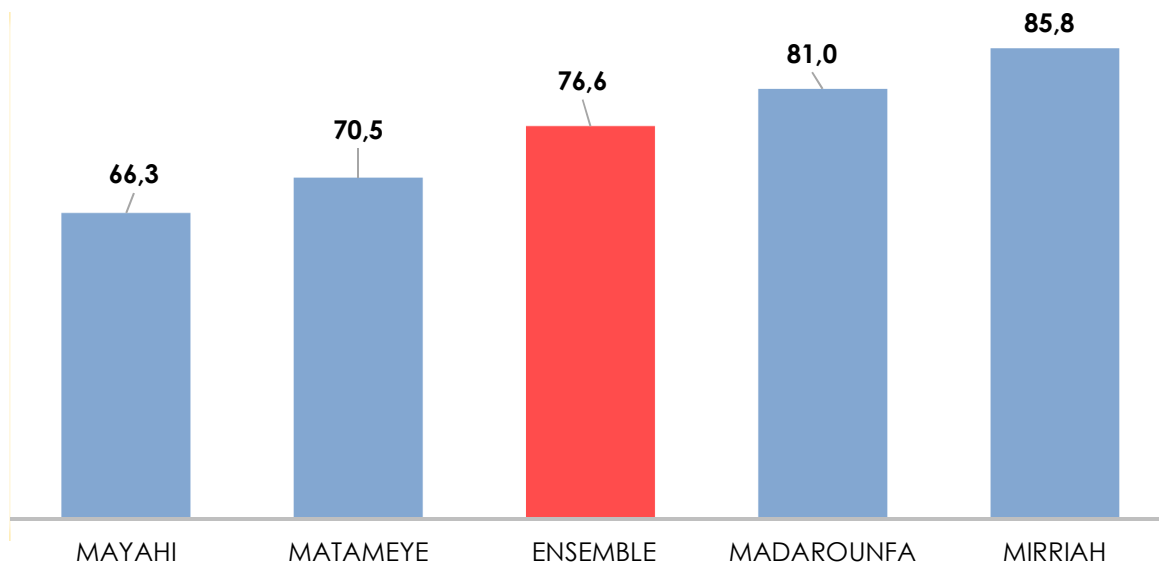
Tableau 48 : Couverture du déparasitage des enfants



5.4.2.2 Au niveau des quatre départements

Le graphique ci-dessous montre que plus trois enfants sur quatre vivants dans les quatre (4) départements n'ont bénéficié de déparasitage. Malgré ce résultat, beaucoup reste à faire pour tendre vers le déparasitage exhaustif des enfants. Les taux de déparasitage des enfants les plus faibles sont notés à Mayahi où deux tiers des enfants ont pu bénéficier de médicaments pour le déparasitage contre près de neuf enfants sur dix à Mirriah.

Graphique 1 : Couverture du déparasitage des enfants par département



5.5. Nutrition

5.5.1 Dispositif de prévention de la malnutrition dans les communautés

Les centres d'éducation nutritionnelle sont essentiels pour renforcer les capacités à assurer une nutrition saine et équilibrée du jeune enfant. L'enquête s'est intéressée à l'existence de ces dispositifs de dépistage. Il s'agit des centres d'éducation nutritionnelle ou des relais qui effectuent des dépistages périodiques.

5.5.1.1 Au niveau des communes de convergence

L'analyse des données du tableau ci-dessous montre toutefois que dans l'ensemble 10% des villages dans les communes de convergence sont dotés de cette infrastructure. Des disparités relativement importantes sont notées entre les communes de Bilma (50%), Gafati (21%) et Guidan Amoumoune (20%) qui enregistrent les taux d'accès aux centres d'éducation nutritionnel les plus élevés et les communes de Dakoro, Gabi, Kornaka Ourno, Tebaram qui présentent les taux d'accès les plus faibles.

La disponibilité des relais communautaires permet d'offrir aux communautés des services de proximité de dépistage de la malnutrition des enfants sous toutes ses formes, de faire le counseling des mères et gardiennes d'enfants et de procéder en cas de besoin à la référence des enfants malnutris dans les formations sanitaires pour la prise en charge.

Dans les 22 communes de convergence, 35% des villages disposent de relais communautaires pour le dépistage de la malnutrition. Avec plus de 50% des villages disposant de relais communautaires pour le dépistage de la malnutrition des enfants les communes de Mayahi (66%), Bagaroua (65%), N'Guelbeyli (63%) et Bilma (50%) bénéficient d'une plus grande disponibilité de ce type de personnel. Avec moins de 15% des villages disposant de relais communautaires pour le dépistage de la malnutrition, les communes de Dakoro, Kornaka et Tarka (Belbedji) sont les plus faiblement dotés.

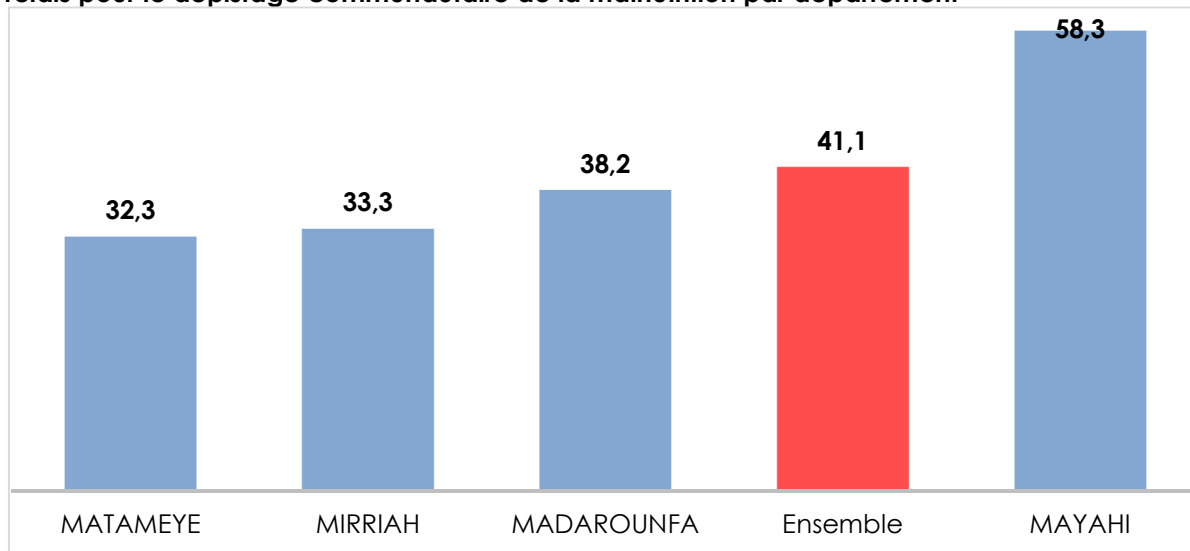
Tableau 49 : Pourcentage des villages disposant de centres d'éducation nutritionnelle et/ou relais pour le dépistage communautaire de la malnutrition par commune

Commune	Centre d'éducation nutritionnelle	Relais pour le dépistage
BILMA	50,0	50
FOULATARI	6,3	25
N'GUELBEYLI	12,5	62,5
DAKORO	-	5,1
DJIRATAWA	7,3	26,8
GABI	2,4	24,4
GUIDAN AMOUMOUNE	20,0	43,9
KORNAKA	2,6	10,3
MAYAH	12,2	65,9
BAGAROUA	15,4	65
BAMBEYE	12,5	35
BANGUI	10,0	20
OURNO	5,1	28,2
TAJAE	7,7	33,3
TEBARAM	5,1	44,7
DOGO	12,1	42,4
GAFATI	21,2	39,4
KANTCHE	12,5	31,3
KOLERAM	15,0	40
OLLELEWA	15,6	46,9
TARKA (BELBEDJI)	10,3	14,3
YAOURI	8,8	44,1
ENSEMBLE	10,0	34,7

5.5.1.2 Au niveau des quatre départements

Dans les départements, près de quatre villages sur cinq (38,2%) ont des relais pour le dépistage des malnutris. Cet indicateur présente des disparités selon les départements. Les plus faibles couvertures se trouvent dans ceux de la région Zinder (Matamèye et Mirriah).

Graphique 2 : Pourcentage des villages disposant de centres d'éducation nutritionnelle et/ou relais pour le dépistage communautaire de la malnutrition par département



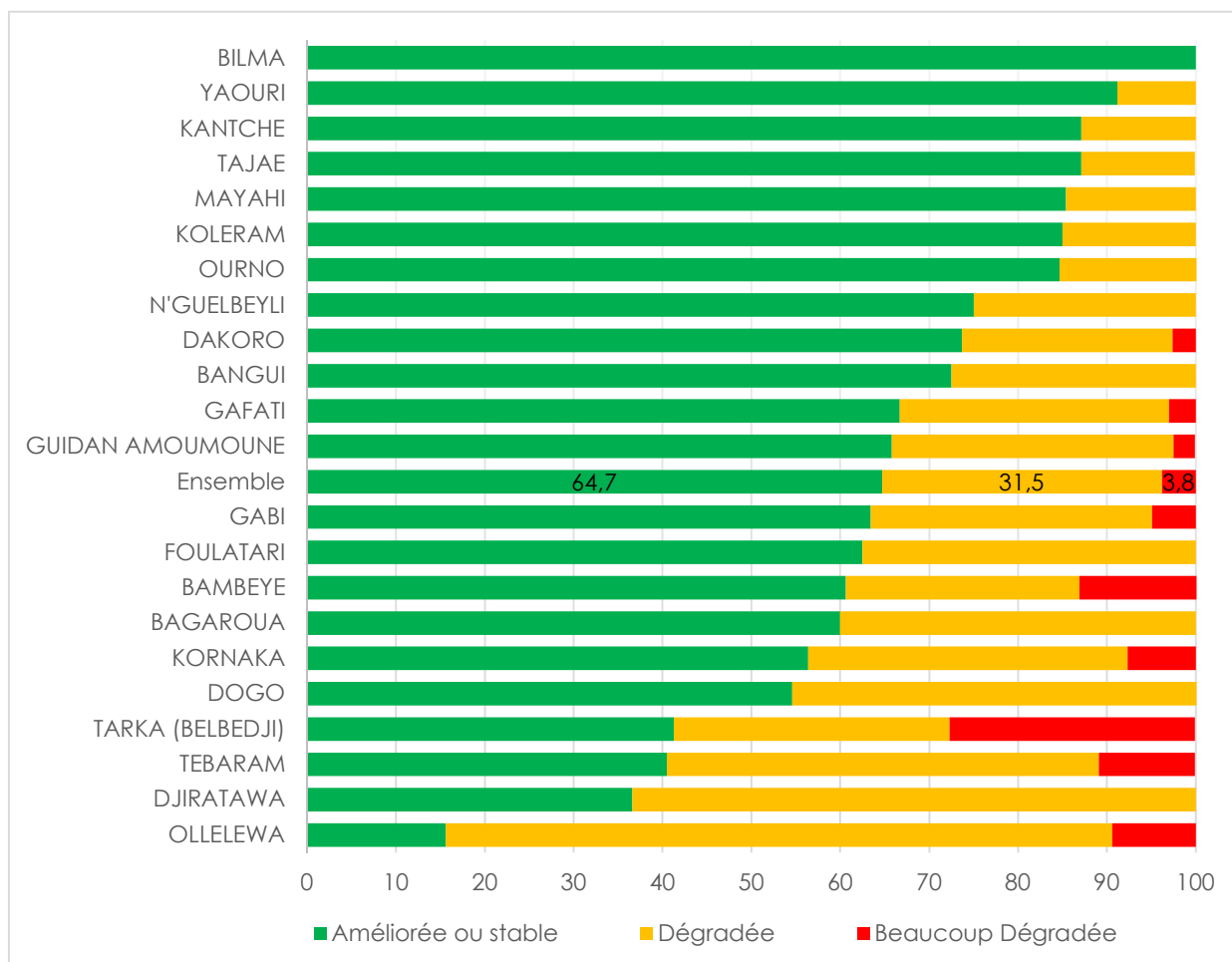
5.5.2. Prise en charge de la malnutrition des enfants au niveau communautaire

L'étude s'est d'abord intéressée à la perception des communautés sur la situation nutritionnelle des enfants. Il s'agissait de recueillir leurs avis sur l'évolution de l'état nutritionnel des enfants par rapport à l'année précédente.

5.5.2.1 Au niveau des communes de convergence

Il ressort des informations collectées sur l'ensemble des communes de convergence que la situation s'est améliorée ou est restée stable dans près des deux tiers des villages (64,7%). De l'avis des personnes interviewées, une dégradation de la situation nutritionnelle des enfants a été notée dans les communes de Ollelewa, de Djiratawa, de Tebaram et de Tarka. Dans ces communes, dans plus de la moitié des villages, la situation nutritionnelle des enfants s'est en effet dégradée. A Tarka la situation est particulièrement alarmante dans près 3 villages sur dix.

Graphique 3 : Appréciation des villages sur la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans par rapport à l'année passée (%)



Au-delà des avis recueillis au niveau des communautés, on a demandé aux mères ou gardiennes d'enfants âgés de moins de cinq ans si leurs enfants ont souffert de malnutrition au cours des douze derniers mois. La lecture du tableau ci-dessous révèle, selon les dires des mères, que 18,2% des enfants en ont souffert. Ce chiffre est au-dessus du seuil d'urgence de 15% de l'OMS. D'énormes disparités existent entre les communes. En effet, à Bilma 5% des enfants ont souffert de malnutrition au cours des derniers mois alors qu'à Guidan Amoumoune, Ollelewa et N'Guelbeyli, Ourno, Dogo et Yaouri plus d'un enfant sur cinq a souffert de malnutrition au cours des 12 derniers mois. Ce qui est réconfortant, c'est que l'écrasante majorité (93,4%) des mères ont fait recours à un traitement.

Tableau 50 : Prévalence et prise en charge de la malnutrition selon les déclarations des mères des enfants

Commune	Ont souffert de malnutrition	Ont recherché des conseils ou un traitement
BILMA	5,0	100,0
FOULATARI	13,2	90,0
N'GUELBEYLI	26,6	100,0
DAKORO	12,4	91,7
DJIRATAWA	18,8	91,7
GABI	14,3	87,2
GUIDAN AMOUMOUNE	24,3	96,6
KORNAKA	12,4	91,6
MAYAH	17,7	98,0
BAGAROUA	20,4	99,2
BAMBEYE	14,4	87,7
BANGUI	18,4	91,5
OURNO	22,6	96,3
TAJAE	17,7	98,6
TEBARAM	9,2	93,9
DOGO	21,6	95,4
GAFATI	19,0	86,0
KANTCHE	13,0	92,0
KOLERAM	21,0	72,7
OLLELEWA	26,5	91,6
TARKA (BELBEDJI)	20,3	97,3
YAOURI	21,1	97,0
ENSEMBLE	18,2	93,4
Ménages très pauvres	18,1	93,0

5.5.2.2 Au niveau des quatre départements

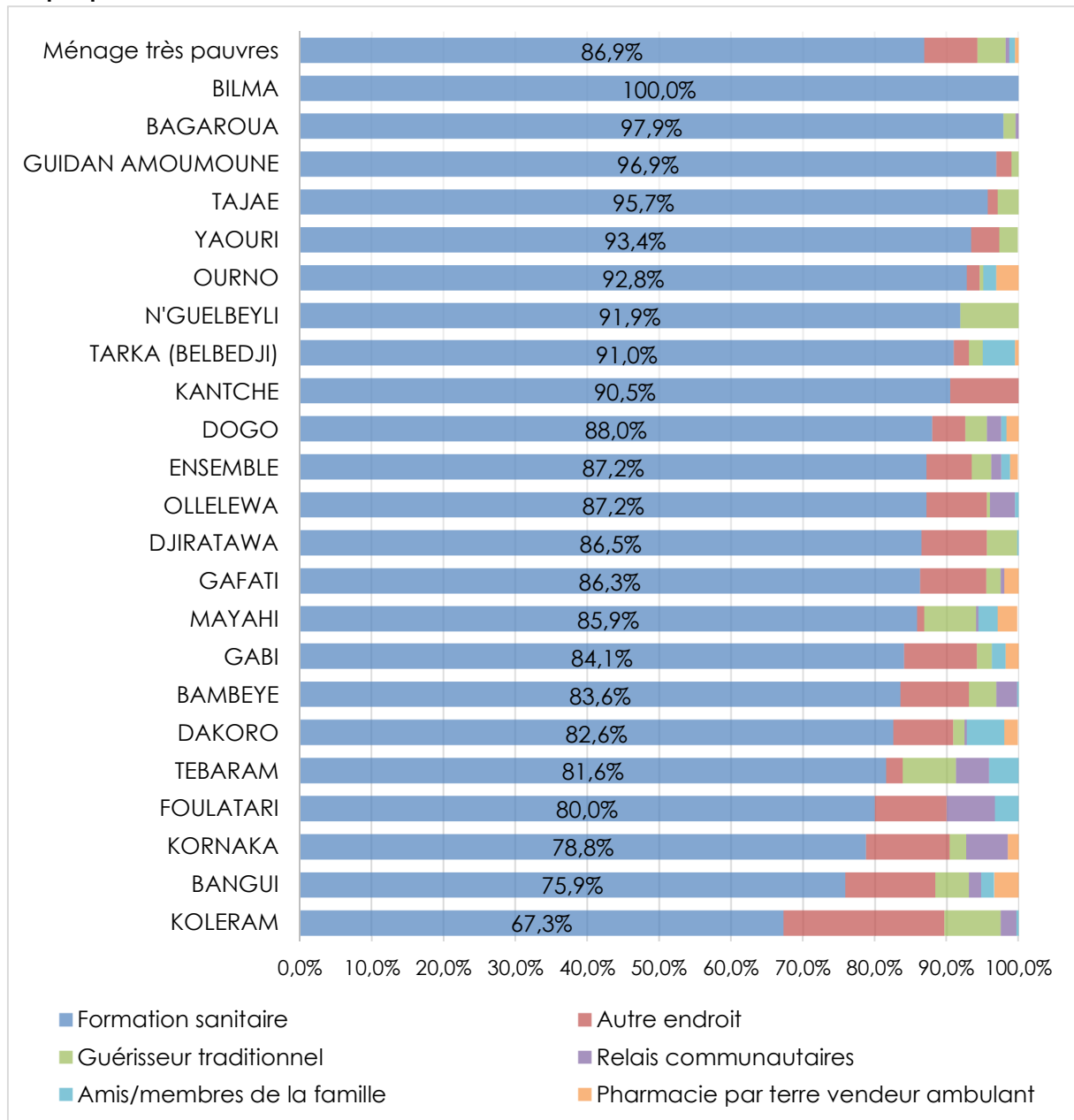
Les affirmations des mères ont montré un taux de prévalence globale de la malnutrition de 18,3% dans les quatre départements. La situation est critique dans chacun de ces départements avec toutefois un taux de prévalence de la malnutrition plus élevé à Mirriah (22,4%) comparé aux autres départements. Aussi, parmi les enfants qui ont souffert de malnutrition au cours des douze (12) derniers mois, l'écrasante majorité des mères ont fait recours à un traitement ou conseil.

Tableau 51 : Prévalence et prise en charge de la malnutrition selon les mères des enfants

Commune	Ont souffert de malnutrition	Ont recherché des conseils ou un traitement
MADAROUNFA	15,4	91,5
MAYAH	16,1	95,6
MATAMEYE	19,0	96,4
MIRRIAH	22,4	85,8
ENSEMBLE	18,3	91,7

S'agissant des premiers recours des mères suite à un cas de malnutrition, le réflexe d'une proportion importante de ces dernières, près de 9 sur 10, est d'aller vers les formations sanitaires ; ceci est une pratique à entretenir. Le recours aux relais communautaires, aux pharmacies par terre et aux guérisseurs traditionnels reste marginal.

Graphique 4 : Premiers recours des mères en cas de malnutrition



5.5.3. Barrières à l'utilisation des services de prise en charge de la malnutrition

Pour déterminer les barrières à l'utilisation des services de prise en charge de la malnutrition, il a été demandé aux mères des enfants qui ont souffert de malnutrition et qui n'ont pas fait recours à un traitement les raisons de non sollicitation de ces services. Sur l'ensemble, l'ignorance est la raison la plus prépondérante (39,9%). Elle est suivie du manque de moyen de transport et de l'éloignement avec respectivement 17,2% et 11,0%. Aussi, certaines barrières sont spécifiques à certaines communes ; l'ignorance est la seule raison avancée à Ollelewa alors qu'à Tarka et Kantché c'est l'éloignement du centre de santé qui est la principale barrière. A Yaouri l'indisponibilité des services de santé est la principale barrière alors qu'à Guidan Amoumoune le mauvais accueil dans les services de santé est le principal obstacle à l'utilisation des services de santé pour la prise en charge de la malnutrition.

Tableau 52 : Barrières à l'utilisation des services

COMMUNE	Indisponibilité du service	Eloignement du centre de sante	Mauvais accueil dans le service	faible qualité du service	Manque de moyen de transport	Frais de soins	Avoir la permission d'y aller	Ignorance	Autres
BILMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FOULATARI	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0
N'GUELBEYLI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DAKORO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DJIRATAWA	-	-	-	-	-	100,0	-	-	-
GABI	6,0	14,0	6,0	-	-	-	-	69,3	4,7
GUIDAN AMOUMOUNE	-	-	100,0	-	-	-	-	-	-
KORNAKA	-	-	-	-	-	-	78,1	21,9	-
MAYAH	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0
BAGAROUA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BAMBEYE	8,4	-	-	-	91,6	-	-	-	-
BANGUI	11,3	2,8	-	-	23,0	38,7	-	24,2	-
OURNO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TAJAE	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TEBARAM	-	-	-	-	66,7	-	-	-	33,3
DOGO	-	20,0	20,0	-	-	-	-	-	60,0
GAFATI	-	-	-	-	-	5,2	-	94,8	-
KANTCHE	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-
KOLERAM	-	41,7	-	20,9	14,8	-	-	22,6	-
OLLELEWA	-	-	-	-	-	-	-	100,0	-
TARKA (BELBEDJI)	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-
YAOURI	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-
ENSEMBLE	5,6	11,0	2,9	1,6	17,2	7,0	7,6	39,9	7,2
Ménage très pauvres	9,9	38,5	10,8	21,6	0,9	18,2	-	-	-

5.5.4. Malnutrition Aiguë ou Emaciation parmi les enfants âgés de moins de cinq ans

Afin de contribuer à une meilleure prise en charge des problématiques nutritionnelles, la situation nutritionnelle des enfants âgés de 6 à 59 mois a été évaluée à travers la prise des mesures poids, taille, MUAC et l'âge.

5.5.4.1 Au niveau des communes de convergence

Le tableau n° 127 (en annexe) présente les proportions des enfants souffrant de la malnutrition aiguë dans les communes de convergence, exprimé par l'indice poids-pour-taille selon les normes OMS de 2006. Dans l'ensemble le niveau de malnutrition aiguë parmi les enfants âgés de moins de cinq ans est très élevé dans les communes de convergence. Près d'un enfant sur cinq (17,8%) en souffre et 4,4% sont affectés par la malnutrition aiguë sévère.

Par ailleurs toutes les communes de convergence présentent un taux de malnutrition aiguë supérieur au seuil d'alerte de 10% et près de trois quart d'entre elles (73%) enregistrent des taux de malnutrition aiguë au-dessus du seuil critique de 15% de l'OMS. Les communes de Kornaka, N'Guelbeyli, Guidan Amoumoune, Tarka, Ollelewa et Mayahi enregistrant des taux de malnutrition aiguë supérieurs à 20% (soit plus d'un enfant sur cinq). Les communes de Bilma et Gabi présentent les taux de malnutrition aiguë les plus faibles.

Dans l'ensemble, la malnutrition aiguë sous toutes ses formes affecte davantage les enfants âgés de 24 à 59 mois que ceux âgés de 6 à 23 mois. Le taux de malnutrition aiguë est en effet plus de deux fois plus important parmi les enfants âgés de 24 à 59 mois comparés à ceux âgés de 6 à 23 mois. Le taux de malnutrition aiguë globale varie en effet de 28% parmi les enfants âgés de 24 à 59 mois à 13% pour ceux âgés de 6 à 23 mois. Ces variations différentielles du taux de malnutrition des enfants par âge s'avèrent plus importantes en ce qui concerne la malnutrition aiguë sévère. En effet, le taux de malnutrition aiguë sévère est près de cinq fois plus élevé parmi les enfants âgés de 24 à 59 mois comparés à ceux âgés de 6 à 23 mois. Il varie dans l'ensemble de 2% parmi les enfants âgés de 6 à 23 mois à 9% parmi ceux âgés de 24 à 59 mois. Par ailleurs dans les communes de Bilma et N'Guelbeyli, les taux de malnutrition aiguë globale sont plus élevés parmi les enfants âgés de 6 à 23 mois.

5.5.4.2 Au niveau des quatre départements

Au niveau départemental, la malnutrition aiguë affecte 16,8% des enfants âgés de moins de 5 ans et 4,7% d'entre eux souffrent de malnutrition aiguë sévère. Trois (3) départements sur quatre (4) enregistrent des taux de malnutrition aiguë au-dessus du seuil d'urgence de 15% de l'OMS. Les quatre départements couverts par l'enquête affichent des tendances similaires à ceux observés au niveau des communes de convergence en ce qui concerne les variations différentielles du taux de malnutrition selon l'âge de l'enfant.

Tableau 53: Prévalence de la malnutrition aiguë et chronique (globale et sévère) selon les normes OMS 2006, chez les enfants de 6 à 59 mois par département

DEPARTEMENT	Tranche d'âge	N	Malnutrition Aiguë Globale Poids/Taille <-2 ET et/ou œdème	Malnutrition Aiguë Sévère Poids/Taille <-3 ET et/ou œdème
MADAROUNFA	6-23 mois	190	8,9 (7,3-10,7)	1,9 (1,3-2,8)
	24-59 mois	258	26,9 (22,8-31,5)	8,5 (6,2-11,7)
	Total	448	14,9 (12,9-17,1)	4,1 (3,1-5,3)
MAYAHI	6-23 mois	274	14,3 (12,2-16,7)	4,3 (3,0-6,0)
	24-59 mois	276	36,5 (31,9-41,3)	14,0 (10,7-18,0)
	Total	550	21,4 (19,1-23,9)	7,4 (5,9-9,1)
MATAMEYE	6-23 mois	146	12,0 (10,0-14,4)	2,8 (1,9-4,0)
	24-59 mois	135	21,6 (18,0-25,6)	6,6 (4,1-10,6)
	Total	281	15,2 (13,3-17,3)	4,0 (2,9-5,6)
MIRRIAH	6-23 mois	143	9,3 (7,3-11,6)	1,1 (0,6-1,9)
	24-59 mois	198	26,0 (21,8-30,6)	7,1 (5,3-9,6)
	Total	341	15,4 (13,0-18,0)	3,3 (2,4-4,4)
ENSEMBLE	6-23 mois	753	11,1 (10,1-12,2)	2,5 (2,0-3,1)
	24-59 mois	867	27,9 (25,7-30,2)	9,1 (7,7-10,7)
	Total	1620	16,8 (15,6-18,0)	4,7 (4,1-5,4)

5.5.5. Malnutrition chronique

5.5.5.1 Au niveau des communes de convergence

Le tableau n°128 (en annexe) fournit le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition chronique dans les communes de convergence. La malnutrition chronique ou retard de croissance se manifeste par une taille trop petite pour l'âge.

Dans les communes de convergence, en moyenne un enfant sur deux souffre de malnutrition chronique. Cette situation paraît d'autant plus préoccupante qu'à l'exception de N'Guelbeyli et Bagaroua toutes les communes de convergence dépassent le seuil d'alerte de 30% de l'OMS et près de 7 communes sur dix (68%) enregistrent des taux de malnutrition chronique supérieur au seuil critique de 40%. Avec plus de deux tiers des enfants âgés de moins de 5 ans souffrant de malnutrition chronique, les communes de convergence les plus affectées par la malnutrition chronique sont celles de Yaouri, Koléram, Gafati, Ollelewa, Kantché et Dogo.

De manière générale, la malnutrition chronique sévère touche près d'un enfant sur quatre (23%) dans les communes de convergence. La situation des communes de Yaouri, Koléram, Gafati, Ollelewa et Kantché paraît d'autant plus préoccupante que plus d'un enfant sur trois souffrent de malnutrition chronique sévère dans ces localités. En revanche les communes de N'Guelbeyli, Bagaroua et Foulatari dans une moindre mesure sont les moins touchées par la malnutrition chronique sous toutes ses formes.

L'analyse des variations différentielles de la malnutrition selon l'âge de l'enfant montre qu'à l'inverse de la situation de la malnutrition aiguë, la malnutrition chronique affecte davantage les enfants âgés de 6 à 23 mois comparés à ceux âgés de 24 à 59 mois. Le taux de malnutrition chronique varie de 51% parmi les enfants âgés de 6 à 23 mois à 48% parmi ceux âgés de 24 à 59 mois. Il en est de même pour les taux de malnutrition chronique sévère qui varient de 24% parmi les enfants âgés de 6 à 23 mois à 21% parmi ceux âgés de 24 à 59 mois.

Il est à noter que la malnutrition chronique est l'un des indicateurs de mesure de la résilience des communautés. Le niveau élevé du phénomène dans la plupart des communes de convergence laisse entrevoir l'ampleur des défis à relever pour l'amélioration de la résilience dans les communes de convergence.

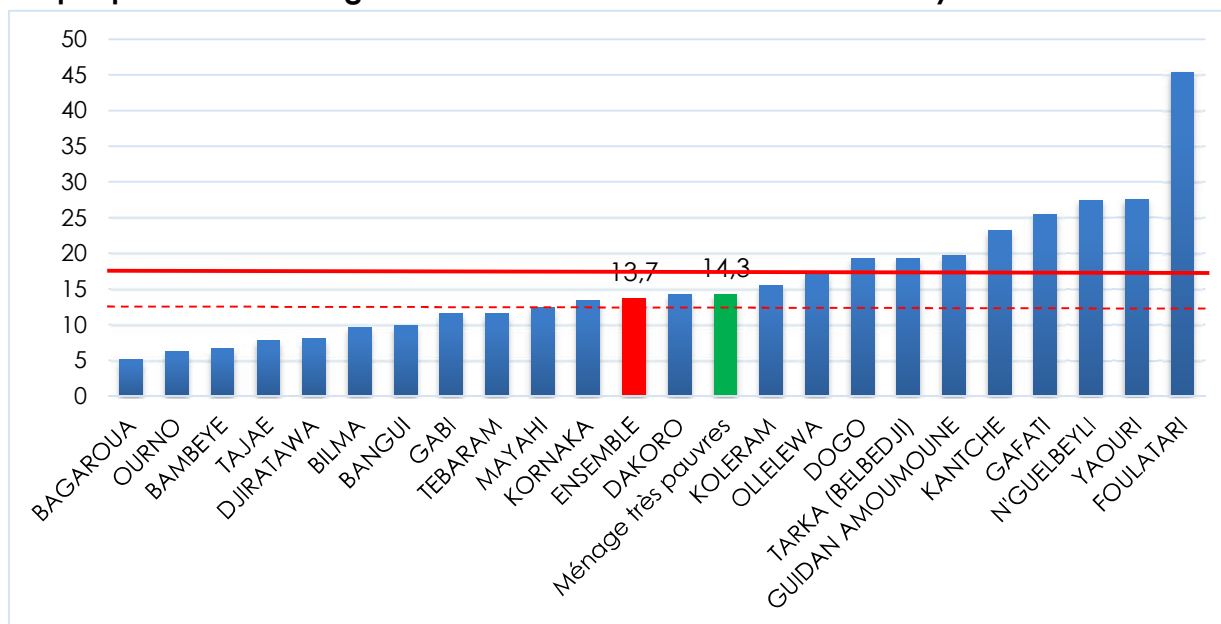
5.5.6. Etat nutritionnel des mères (MUAC)

L'enquête a aussi évalué la situation nutritionnelle des mères et gardiennes d'enfant âgées de 12 à 49 ans. Celles ayant un périmètre brachial (PB) inférieur à 230 mm souffrent de malnutrition aiguë globale et celles dont le périmètre brachial est inférieur à 180 mm sont affectées par la malnutrition aiguë sévère selon le protocole national de prise en charge de la malnutrition.

5.5.6.1 Au niveau des communes de convergence

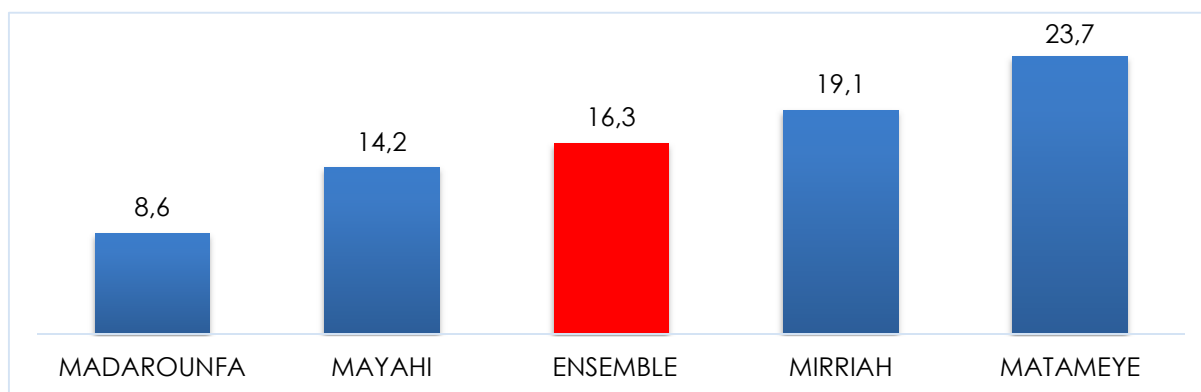
Les résultats de l'enquête confinés dans le graphique ci-dessous montrent qu'en moyenne la malnutrition aiguë affecte 13,7% des femmes enceintes ou allaitantes dans les communes de convergence. Près de la moitié des communes de convergence (45,5%) enregistrent des taux de malnutrition aiguë au-dessus du seuil critique de 15% et un peu plus de trois communes sur dix enregistrent un taux de malnutrition aiguë supérieur au seuil d'alerte de 10%. La commune de Foulatari est la plus sévèrement touchée par la malnutrition aiguë chez les femmes âgées de 12 à 49 ans avec une prévalence de 45,5%.

Graphique 5 : Pourcentages des femmes enceintes ou allaitantes ayant des PB < 230 mm



Par ailleurs, comme pour les enfants, la situation nutritionnelle globale des femmes enceintes ou allaitantes âgées de 12-49 ans dans l'ensemble des départements est au-dessus du seuil critique de 15%. Ce phénomène est plus préoccupant dans les départements de la région de Zinder à savoir Mirriah et Matamèye.

Tableau 54 : Pourcentage des femmes enceintes ou allaitantes ayant des PB < 230 mm



5.6. Conseils sur l'alimentation des enfants

Pour évaluer la transmission de message sur la santé et l'alimentation des enfants, des questions ont été posées aux mères ou gardiennes d'enfants âgés de moins de cinq ans afin de savoir si des conseils leurs ont été prodigués et par quel canal.

5.6.1. Acteurs œuvrant dans la transmission des messages

5.6.1.1 Au niveau des communes de convergence

Dans l'ensemble des communes de convergence, 58,6% des femmes affirment avoir effectivement reçu des conseils sur la santé et l'alimentation des enfants. Cependant, on constate une disparité entre les communes. En effet, les communes de Kantché (81,1%), de N'Guelbeyli (76%) et de Djiratawa (75,1%) enregistrent les taux les plus élevés alors que dans d'autres communes comme Foulatari (26,6%) et Gabi (37,4%), ces taux sont les plus faibles.

Quant aux canaux par lesquels les femmes ont reçu les conseils sur la santé et l'alimentation des enfants, les agents de santé communautaire et les relais communautaire sont les plus actifs. Chacun de ces canaux est en moyenne cité par au

moins une femme sur deux. Les autres canaux à savoir les groupements féminins, les animateurs des radios communautaires, les matrones, les enseignants et leaders traditionnels et religieux sont les moins évoqués.

Tableau 55: Réception des conseils sur la santé et l'alimentation des enfants par commune

Commune	Femmes ayant reçu des conseils (%)	Canaux de transmission						
		Relais communautaires	Groupements féminins	Leaders traditionnels et religieux	Matrones	Enseignants	Agents de santé communautaire	Animateurs de radio communautaire
BILMA	46,3	1,5	34,0	9,8	14,9	13,9	72,7	25,3
FOULATARI	26,6	46,8	9,7	1,6	3,2	-	64,5	11,3
N'GUELBEYLI	76,0	66,4	9,1	-	-	4,9	44,9	9,2
DAKORO	58,2	13,0	10,5	0,7	11,1	4,8	58,9	21,9
DJIRATAWA	75,1	63,2	9,1	1,6	4,4	3,6	61,0	4,2
GABI	37,4	56,8	21,2	2,2	20,3	1,5	76,6	15,4
GUIDAN AMOUMOUNE	62,2	40,0	20,5	0,5	0,3	1,9	57,1	6,2
KORNAKA	57,1	11,8	4,7	5,1	5,0	5,6	80,9	25,7
MAYAH	57,6	68,3	23,9	0,6	2,0	4,8	39,3	6,0
BAGAROUA	58,3	50,3	20,3	5,2	21,5	4,1	53,1	2,7
BAMBEYE	49,4	67,5	30,5	2,9	14,1	5,1	39,5	4,8
BANGUI	53,8	45,7	6,6	3,9	13,0	7,2	55,3	8,4
OURNO	47,1	29,3	14,8	5,5	26,1	4,9	56,4	29,6
TAJAE	72,2	37,9	18,3	7,4	39,6	8,5	71,7	6,2
TEBARAM	48,8	69,8	32,0	4,3	10,1	4,6	31,6	8,0
DOGO	70,3	71,3	32,8	9,1	12,2	8,4	41,5	18,0
GAFATI	60,9	74,3	8,5	4,9	5,5	5,6	67,8	7,5
KANTCHE	81,1	49,3	14,2	1,5	9,0	6,9	69,2	12,7
KOLERAM	73,5	68,8	38,3	23,6	40,1	29,0	63,5	35,3
OLLELEWA	74,0	71,5	5,5	2,2	10,4	9,1	72,0	12,6
TARKA (BELBEDJI)	43,6	18,0	11,6	1,2	26,1	2,1	66,6	25,6
YAOURI	69,7	66,1	13,1	3,7	8,6	8,7	62,8	10,4
ENSEMBLE	58,6	50,5	16,4	4,1	13,8	6,3	59,0	13,3
Ménage très pauvres	68,1	55,9	19,8	5,5	12,7	6,8	57,3	15,8

5.6.1.2 Au niveau des quatre départements

Au niveau des quatre départements, 65,1% des femmes déclarent avoir effectivement reçu des conseils sur la santé et l'alimentation des enfants.

En ce qui concerne les canaux de transmission de ces conseils, ils sont variés mais on retient essentiellement deux dominants à savoir les agents de santé communautaire et les relais communautaires.

Tableau 56: Réception des conseils sur la santé et l'alimentation des enfants par département

Département	Femmes ayant reçu des conseils (%)	Canaux de transmission des conseils							communautaire
		Relais communautaires	Groupements féminins	Leaders traditionnels et religieux	Matrones	Enseignants	Agents de santé communautaire	Animateurs de Radio	
MADAROUNFA	56,2	52,8	11,2	2,6	9,6	4,6	67,9	9,7	
MAYAH	66,6	61,9	24	9,2	15,1	8,6	56,9	12,5	
MATAMEYE	73,6	53,1	14,1	2,5	10,1	6,9	65,6	12,2	
MIRRIAH	64,7	67,9	29	13,9	22,5	16	55,9	22,7	
ENSEMBLE	65,1	59,2	19,9	7,3	14,6	9,3	61,3	14,6	

5.6.2. Personnes préférées pour des questions de santé

5.6.2.1 Au niveau des communes de convergence

Pour discuter avec les femmes sur les questions de santé, il est important de connaître les canaux de transmission qu'elles préfèrent. Il ressort des réponses recueillies à ce sujet que pour l'ensemble, les maris et les mères sont les plus préférés par les femmes avec respectivement 60,0% et 53,7%. Les agents de santé viennent en troisième position bien qu'ils soient les plus actifs dans la transmission des conseils sur la santé et l'alimentation. Cette préférence pour les maris et les mères atteste de l'importance des initiatives comme l'école des maris et les interventions reposant sur les grand-mères pour promouvoir le changement de comportements en matière de nutrition.

Tableau 57: Personnes de confiance pour discuter des questions de santé par commune

Commune	Mère	Belle-mère	Mari	Autre parent	Agent de santé	Relais	Chefs traditionnels
BILMA	62,8	16,0	58,5	14,5	62,0	18,0	26,8
FOULATARI	63,9	7,3	58,8	27,5	20,6	9,9	1,7
N'GUELBEYLI	59,1	4,8	27,6	10,3	37,7	29,1	
DAKORO	36,8	17,2	42,8	29,9	38,1	4,5	2,0
DJIRATAWA	44,2	32,1	64,7	13,4	19,4	5,0	,7
GABI	67,4	18,4	83,5	20,3	39,3	12,8	2,4
GUIDAN AMOUMOUNE	38,5	21,9	48,9	18,5	33,3	22,3	3,0
KORNAKA	30,3	11,9	68,3	13,9	36,6	13,2	6,5
MAYAH	56,0	28,1	47,1	36,3	29,4	21,1	1,5
BAGAROUA	37,9	30,5	57,4	34,1	42,3	22,6	1,5
BAMBEYE	54,7	14,5	57,5	13,5	31,3	10,8	1,0
BANGUI	67,5	39,1	57,2	14,7	19,9	8,4	6,3
OURNO	81,7	54,9	70,7	35,0	35,3	11,0	13,5
TAJAE	61,6	35,5	49,3	32,6	63,1	33,1	18,8
TEBARAM	65,6	27,0	61,5	30,1	42,3	28,0	6,7
DOGO	47,5	24,2	56,7	42,2	34,2	27,6	15,9
GAFATI	78,3	50,7	78,0	41,0	45,8	34,1	4,2
KANTCHE	58,7	38,5	59,3	25,5	56,7	30,0	5,0
KOLERAM	76,7	54,5	49,7	39,3	59,5	32,5	11,8
OLLELEWA	40,3	30,5	61,9	35,4	44,1	17,1	7,0
TARKA (BELBEDJI)	47,4	50,6	75,5	37,0	42,6	7,4	16,2
YAOURI	54,5	23,4	45,0	25,1	46,7	25,2	6,9
ENSEMBLE	53,7	29,5	60,0	26,9	37,4	17,2	6,9
Ménage très pauvres	52,4	29,6	58,1	27,1	41,5	19,9	7,2

5.6.2.2 Au niveau des quatre départements

La situation des départements est semblable à celle observée au niveau des communes de convergence quant aux personnes préférées des femmes pour discuter des questions de santé.

Tableau 58: personnes de confiance pour discuter des questions relatives aux femmes et aux enfants par département

Département	Mère	Belle-mère	Mari	Autre parent	Agent de santé	Relais	Chefs traditionnels
MADAROUNFA	50,0	25,3	68,0	17,8	29,9	9,8	1,6
MAYAH	43,2	29,5	54,6	33,1	37,0	25,4	7,5
MATAMEYE	62,6	36,0	56,4	27,5	50,3	23,7	7,3
MIRRIAH	62,0	38,1	57,0	38,8	44,2	28,6	11,8
ENSEMBLE	54,6	32,2	59,1	29,4	40,2	21,9	7,1

5.6.3. Canaux de communication préférés

5.6.3.1 Au niveau des communes de convergence

Sur l'ensemble des communes, la radio et les services de santé sont les canaux de transmission les plus préférés par un peu plus de la moitié des femmes. La télévision (6,5%) est le canal le moins souhaité. En effet, dans la majorité des communes, moins d'une femme sur dix préfère la télé.

Tableau 59: Préférence des femmes pour les canaux par commune

COMMUNE	Radio	Télé	Relais	Service de santé
BILMA	57,9	51,8	28,2	51,8
FOULATARI	21,5	0,4	18,0	59,7
N'GUELBEYLI	7,6	2,1	49,5	67,1
DAKORO	76,0	5,3	5,0	54,5
DJIRATAWA	43,7	5,0	23,2	56,5
GABI	61,9	,9	28,9	62,8
GUIDAN AMOUMOUNE	29,8	,6	34,8	54,4
KORNAKA	80,3	2,6	7,7	31,7
MAYAH	85,7	12,6	46,6	43,7
BAGAROUA	49,3	6,8	45,3	49,9
BAMBEYE	56,9	,8	24,3	38,1
BANGUI	41,9	4,8	26,2	52,7
OURNO	64,5	15,8	24,9	44,0
TAJAE	45,0	4,6	31,0	65,6
TEBARAM	54,3	8,8	41,1	52,3
DOGO	53,0	3,5	51,2	32,5
GAFATI	53,2	1,9	56,9	52,4
KANTCHE	51,0	4,5	46,7	65,9
KOLERAM	83,4	11,4	52,7	71,3
OLLELEWA	34,5	2,6	29,4	75,5
TARKA (BELBEDJI)	46,5	3,7	13,1	45,3
YAOURI	48,1	6,5	37,5	58,0
ENSEMBLE	53,8	5,0	30,3	51,4
Ménage très pauvres	52,6	6,5	37,0	52,3

5.6.3.2 Au niveau des quatre départements

Comme pour les communes de convergence, la radio et les services de santé sont les canaux de communication les plus préférés des femmes dans les quatre départements. On note aussi, que 39,3% des femmes préfèrent les relais communautaires. A Mirriah, ce pourcentage atteint 49,3%.

Tableau 60: Préférence des femmes pour les canaux par département

Département	Radio	Télé	Relais	Service de santé	Autres
MADAROUNFA	47,7	3,1	27,2	60,5	6,2
MAYAH	60,3	5,3	42,8	51,0	5,2
MATAMEYE	52,1	4,7	37,4	56,1	4,7
MIRRIAH	61,2	6,8	49,3	49,9	6,8
ENSEMBLE	55,4	5,0	39,3	54,3	5,8

6. Santé de la mère et de l'enfant

Afin de réduire de trois quarts, la mortalité maternelle et de deux tiers la mortalité infanto-juvénile d'ici 2015, le Niger se doit de mettre l'accent sur la santé de la mère et de l'enfant, notamment en facilitant l'accès aux services de santé de base.

Au cours de la présente enquête, des informations ont été collectées notamment sur la disponibilité et l'opérationnalité des infrastructures de santé dans les communes de convergence, les pratiques liées à la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et de l'enfant malade.

6.1. Offre de santé

Cette section fait la situation des villages disposant d'infrastructures sanitaires fonctionnelles ainsi que les services offerts.

6.1.1. Situation des infrastructures sanitaires

La disponibilité des infrastructures sanitaires permet de résoudre considérablement les problèmes liés à l'accessibilité géographique auxquels sont confrontées les populations.

6.1.1.1 Au niveau des communes de convergence

Dans l'ensemble, seulement 15,4% des villages des communes de convergence disposent de formations sanitaires et c'est seulement dans 14,4% de ces villages que l'on compte de formations sanitaires fonctionnelles.

La situation des villages de la commune de Gafati (0%) est assez préoccupante ; cela traduit la quasi inexistence des infrastructures sanitaires dans cette commune. Aussi, dans les communes de Foulatari, Gabi et Guidan Amoumoune, moins de 10% des villages disposent de formation sanitaire. Par contre, les villages des communes de N'Guelbeyli et Bilma sont les plus avantagés en matière d'infrastructures sanitaires. On note que 50% des villages à N'Guelbeyli et 100% des villages à Bilma disposent de formations sanitaires fonctionnelles.

Tableau 61: Pourcentage des villages disposant des infrastructures sanitaires par commune

COMMUNE	% de villages ayant de	
	Formation sanitaire	Formation sanitaire fonctionnelle
AGADEZ		
BILMA	100,0	100,0
DIFFA		
FOULATARI	3,1	3,1
N'GUELBEYLI	50,0	50,0
MARADI		
DAKORO	12,8	12,8
DJIRATAWA	29,3	26,8
GABI	9,8	9,8
GUIDAN AMOUMOUNE	9,8	9,8
KORNAKA	10,3	10,3
MAYAH	17,1	17,1
TAHOUA		
BAGAROUA	25,0	22,5
BAMBEYE	20,0	17,5
BANGUI	17,5	15,0
OURNO	10,3	10,3
TAJAE	17,9	15,4
TEBARAM	15,4	12,8
ZINDER		
DOGO	12,1	12,1
GAFATI	0,0	-
KANTCHE	18,8	18,8
KOLERAM	28,6	28,6
OLLELEWA	12,5	12,5
TARKA (BELBEDJI)	13,8	10,3
YAOURI	11,8	11,8
ENSEMBLE	15,4	14,4

6.1.1.2 Au niveau des quatre départements

S'agissant des quatre départements, la situation est semblable à celle des communes de convergence. Toutefois, les villages des départements de Madarounfa (21,8%) et Mayahi (18,3%) sont beaucoup plus avantagés en matière d'infrastructures sanitaires comparés à ceux de Mirriah (11%) et de Matamèye (12,9%).

Tableau 62: Pourcentage des villages disposant des infrastructures sanitaires par département

DEPARTEMENT	% de villages ayant de	
	Formation sanitaire	Formation sanitaire fonctionnelle
MADAROUNFA	21,8	20,9
MAYAH	18,3	18,3
MATAMEYE	12,9	12,9
MIRRIAH	11,0	11,0
ENSEMBLE	16,1	15,9

6.1.2. Services offerts dans les formations sanitaires

6.1.2.1 Au niveau des communes de convergence

Il apparaît au vu des données du tableau ci-dessous, qu'en moyenne seul un village sur trois dispose de centre de santé offrant des Services de Santé de la Reproduction des Adolescent(e)s et des Jeunes (SSRAJ) au sein des communes de convergence. Cela témoigne d'une faible prise en compte des besoins des adolescent(e)s et des jeunes en matière de santé de la reproduction. C'est à Bilma, Gabi, Ourno, Gafati et Tarka que la situation s'avère plus préoccupante du fait qu'au niveau de ces communes, il n'existe aucun centre de santé offrant de SSRAJ. En revanche à Foulatari et Kornaka l'offre de SSRAJ est disponible au niveau de toutes les formations sanitaires desdites communes.

Dans l'ensemble, presque 66% des villages dans les communes de convergence disposent de formations sanitaires qui ont de comités de santé fonctionnels. La commune de Gafati paraît relativement défavorisée compte tenu du fait qu'elle ne dispose d'aucun comité de santé fonctionnel. Par contre dans les communes de Foulatari, N'Guelbeyli, Kornaka et Ourno, toutes les formations sanitaires disposent de comités de santé fonctionnels ; ce qui représente beaucoup pour la gestion participative des questions de santé au sein de ces communes.

Aussi, seulement un village sur cinq, déclare avoir de formations sanitaires disposant de système de suivi des enfants nés des mères séropositives. Ce service est beaucoup offert

dans les formations sanitaires des communes de N'Guelbeyli (75%), de Bilma (50%), de Kantché (50%) et de Dogo (50%).

De même, près de 31% des villages disposent de formations sanitaires offrant le service de la Protection de la Transmission Mère-Enfant (PTME) du VIH/Sida. Ce service est quasi inexistant dans les communes de Tajae et Bambèye.

Tableau 63: Répartition des Villages ayant des formations sanitaires par service offert et par commune

COMMUNE	% de villages ayant de comité de santé fonctionnel	% villages ayant de formation sanitaire offrant le SSRAJ	% de villages ayant des formations sanitaires avec système de suivi des enfants nés des mères séropositives	% villages ayant de formation sanitaire offrant la PTME
BILMA	50,0	0,0	50,0	50,0
FOULATARI	100,0	100,0	0,0	100,0
N'GUELBEYLI	100,0	50,0	75,0	50,0
DAKORO	60,0	20,0	0,0	40,0
DJIRATAWA	33,3	25,0	9,1	16,7
GABI	75,0	0,0	25,0	25,0
GUIDAN AMOUMOUNE	75,0	25,0	0,0	25,0
KORNAKA	100,0	100,0	0,0	50,0
MAYAH	85,7	57,1	28,6	42,9
BAGAROUA	90,0	33,3	12,5	33,3
BAMBEYE	62,5	25,0	0,0	0,0
BANGUI	57,1	33,3	16,7	16,7
OURNO	100,0	0,0	0,0	50,0
TAJAE	57,1	28,6	0,0	0,0
TEBARAM	50,0	16,7	40,0	16,7
DOGO	75,0	50,0	50,0	25,0
GAFATI	-	-	-	-
KANTCHE	66,7	66,7	50,0	16,7
KOLERAM	50,0	33,3	16,7	50,0
OLLELEWA	50,0	25,0	25,0	100,0
TARKA (BELBEDJI)	50,0	0,0	33,3	25,0
YAOURI	50,0	50,0	25,0	25,0
ENSEMBLE	65,5	33,6	20,0	30,7

6.1.2.2 Au niveau des quatre départements

Au niveau départemental, au moins la moitié des villages déclarent avoir un comité de santé fonctionnel en particulier à Mayahi où plus de 77% des villages sont concernés. Pour le suivi des enfants nés des mères séropositives, on observe un avantage comparatif des deux départements de Zinder sur ceux de Maradi. L'offre de services de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) s'avère plus importante à Matamèye (42%) comparativement aux autres départements.

Tableau 64: Village ayant des formations sanitaires offrant certains services par département

DEPARTEMENT	% de villages ayant de comité de santé fonctionnel	% villages ayant de formation sanitaire offrant le SSRAJ	% de villages ayant des formations sanitaires avec système de suivi des enfants nés des mères séropositives	% villages ayant de formation sanitaire offrant la PTME
MADAROUNFA	54,2	25,0	13,0	25,0
MAYAH	77,3	36,4	18,2	31,8
MATAMEYE	66,7	50,0	33,3	41,7
MIRRIAH	53,8	38,5	30,8	23,1
ENSEMBLE	63,4	35,2	21,4	29,6

6.1.3. Barrières à l'utilisation des services de santé

Il a été demandé lors de la collecte à des groupes de représentants des villages (constitués des leaders coutumiers et religieux, des agents de santé, des enseignants, etc.) de donner les raisons de la non fréquentation des services de santé dans leurs villages respectifs. Le tableau présenté ci-après fournit les barrières citées par au moins 20% des villages.

Ainsi selon les résultats des discussions dans les villages, les principales barrières à l'utilisation des services de santé sont, entre autres, l'éloignement (52,8%) et l'indisponibilité (48,5%) des services de santé, le manque de moyen de transport (32,7%), les coûts liés aux soins de santé (27,4%) et la faible qualité des services offerts (21,4%). Les communes les plus touchées par les problèmes d'accessibilité géographique sont celles de Tarka, Ollelewa, Gabi, Bangui, Bagaroua, Gafati, Foulatari et N'Guelbeyli.

L'indisponibilité de services de santé a beaucoup plus été citée à Kantché, Tarka, Kornaka, Bagaroua, Foulatari, Bangui, Dogo et Gafati comme frein à la fréquentation de ces services.

Tableau 65: Répartition des villages par commune selon les barrières à l'utilisation des services de santé

COMMUNE	Eloignement du service	Indisponibilité du service	Manque de moyens de transport	Coûts élevés des soins	Faible qualité	Ignorance	Mauvais accueil
BILMA	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0
FOULATARI	62,5	65,6	46,9	25,0	12,5	21,9	9,4
N'GUELBEYLI	62,5	50,0	12,5	12,5	37,5	37,5	62,5
DAKORO	41,2	52,9	32,4	44,1	6,1	26,5	20,6
DJIRATAWA	31,7	36,6	39,0	39,0	22,0	9,8	7,3
GABI	68,3	46,3	46,3	26,8	39,0	36,6	40,0
GUIDAN AMOUMOUNE	56,1	30,8	39,0	15,0	17,1	48,8	17,1
KORNAKA	48,6	73,0	27,0	32,4	48,6	32,4	40,5
MAYAH	34,1	29,3	7,5	19,5	4,9	0,0	4,9
BAGAROUA	65,0	67,5	40,0	10,0	32,5	17,5	20,0
BAMBEYE	45,0	35,0	45,0	40,0	20,0	12,5	12,5
BANGUI	66,7	62,5	42,5	67,5	42,5	17,5	25,0
OURNO	59,0	53,8	28,2	7,7	25,6	12,8	5,1
TAJAE	38,5	38,5	33,3	41,0	12,8	0,0	12,8
TEBARAM	36,8	39,5	42,1	25,6	21,1	46,2	5,3
DOGO	54,5	60,6	36,4	54,5	27,3	18,2	33,3
GAFATI	63,6	57,6	18,2	6,1	15,2	6,1	27,3
KANTCHE	40,6	75,0	0,0	0,0	3,1	15,6	3,1
KOLERAM	35,0	15,8	16,7	11,1	5,6	5,6	11,1
OLLELEWA	75,0	28,1	18,8	6,3	6,3	31,3	0,0
TARKA (BELBEDJI)	82,1	75,0	53,6	42,9	46,4	39,3	53,6
YAOURI	57,6	27,3	33,3	27,3	3,0	3,0	51,5
ENSEMBLE	52,8	48,5	32,7	27,4	21,4	20,5	20,1

Il est donc important de redoubler les efforts pour réduire les problèmes liés à l'accessibilité géographique de service de santé dans les communes de convergence notamment dans les communes de Tarka, Bangui, Bagaroua et Gafati.

6.2. Soins prénatals

Afin de mieux diagnostiquer et de prendre en charge les cas de grossesse à risque, il est primordial que chaque femme enceinte effectue les visites prénatales de façon régulière durant toute la période de grossesse.

6.2.1. Fréquentation des services de soins prénatals

6.2.1.1 Au niveau des communes de convergence

Globalement, près de neuf femmes sur dix ont effectué de Consultations Prénatales (CPN) dans les 22 communes de convergence. On observe de disparités entre les communes avec un pourcentage de femmes enceintes ayant réalisé au moins une CPN variant de 99% à Koléram à 46,3% à Foulatari.

On note aussi que plus d'une femme enceinte sur deux (54%) a effectué au moins les quatre CPN recommandées. Les communes de Foulatari, Bangui et Gafati présentent les plus faibles performances avec moins de quatre femmes enceintes sur dix qui ont bénéficié d'au moins quatre CPN. En revanche, les communes de Dogo, Guidan Amoumoune, Ourno et Tajae enregistrent les meilleures performances avec plus des deux tiers des femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins quatre CPN.

Tableau 66: Niveau et fréquence des consultations prénatales par commune

COMMUNE	% des Femmes ayant effectué de CPN à la dernière grossesse	Nombre de CPN			
		Une seule fois	2 à 3 fois	4 fois et plus	NSP
BILMA	96,8	2,9	39,4	54,4	0,0
FOULATARI	46,3	1,9	20,8	22,2	1,4
N'GUELBEYLI	82,6	0,0	27,0	53,4	2,3
DAKORO	85,5	2,9	33,1	49,3	0,3
DJIRATAWA	96,8	4,7	46,1	44,9	1,0
GABI	84,7	1,6	24,7	56,8	1,7
GUIDAN AMOUMOUNE	93,3	2,7	18,9	69,0	2,7
KORNAKA	80,0	3,8	20,0	55,7	0,5
MAYAH	95,2	5,4	42,7	46,8	0,4
BAGAROUA	93,9	4,6	28,4	59,3	1,5
BAMBEYE	94,9	4,7	38,1	51,4	0,7
BANGUI	81,4	5,0	40,9	34,6	0,9
OURNO	95,5	3,5	21,2	68,2	2,7
TAJAE	96,0	3,7	26,3	63,8	2,2
TEBARAM	87,9	4,4	29,4	53,3	0,8
DOGO	95,8	5,2	15,3	73,0	2,3
GAFATI	77,0	4,2	28,3	39,2	5,3
KANTCHE	97,0	1,5	35,6	59,5	0,4
KOLERAM	99,0	9,0	36,5	52,8	0,8
OLLELEWA	94,3	7,3	30,2	56,6	0,2
TARKA (BELBEDJI)	77,8	3,3	27,5	45,6	1,5
YAOURI	95,2	5,7	26,1	61,7	1,6
ENSEMBLE	89,3	4,2	29,6	54,0	1,3

6.2.1.2 Au niveau des quatre départements

L'analyse du tableau ci-dessous montre qu'au niveau des quatre départements, 94% des femmes enceintes se sont rendues en consultation prénatale au moins une fois lors de leur dernière grossesse et près de deux tiers des femmes enceintes ont bénéficié d'au moins 4 CPN. Par ailleurs, c'est au niveau des départements de Madarounfa et de Mayahi que le recours à au moins 4 CPN au cours de la grossesse s'avère plus fréquent.

Tableau 67: Niveau et fréquence des consultations prénatales par département

DEPARTEMENT	% des Femmes ayant effectué de CPN à la dernière grossesse	Nombre de CPN			
		Une seule fois	2 à 3 fois	4 fois et plus	NSP
MADAROUNFA	91,8	2,7	26,8	61,2	1,0
MAYAH	96,4	2,9	27,5	64,8	1,1
MATAMEYE	95,8	3,5	32,1	59,1	1,1
MIRRIAH	92,2	7,6	26,4	56,2	2,0
ENSEMBLE	93,9	4,3	28,1	60,2	1,3

6.2.2. Composantes des CPN

La qualité des soins prénatals dépend également du type de prestations reçues pendant les consultations ainsi que des conseils qui sont prodigués aux femmes enceintes. C'est pour cela que des informations ont été collectées sur cet aspect important du suivi prénatal.

6.2.2.1 Au niveau des communes de convergence

Dans l'ensemble, les femmes déclarent avoir beaucoup plus reçu la supplémentation en fer au cours des CPN dans les communes de convergence. En effet, 87,2% des femmes qui ont effectué des CPN ont reçu la supplémentation en fer. C'est dans les communes de Guidan Amoumoune, Mayahi, Tebaram et Gabi que l'on observe moins de femmes qui ont reçu la supplémentation en fer. Le sulfadoxine et le vaccin antitétanique constituent aussi les deux autres principaux services les plus couramment offerts lors des CPN.

En revanche, moins de 50% des femmes en CPN ont reçu des médicaments contre les vers intestinaux (déparasitant) et seulement 31% ont reçu de conseils sur le VIH. On note aussi que près de 23% des femmes ont effectué le dépistage volontaire du VIH lors des

CPN. Les communes de Tebaram, Bagaroua et Guidan Amoumoune sont celles où les proportions des femmes ayant effectué le dépistage du VIH au cours des CPN sont les plus faibles.

Tableau 68: Répartition des femmes par commune selon les services auxquels elles ont bénéficié lors des CPN

COMMUNE	Réception de MII	Supplémentation en Fer	Sulfadoxine	VAT	Déparasitant	Conseil VIH	Dépistage VIH
BILMA	92,2	89,5	78,1	75,9	68,4	62,0	78,1
FOULATARI	35,0	92,0	79,0	78,0	52,0	34,0	33,0
N'GUELBEYLI	54,9	99,3	99,3	90,3	61,3	51,5	50,1
DAKORO	30,5	89,4	84,9	75,8	43,8	50,4	34,0
DJIRATAWA	44,4	92,8	89,0	84,2	71,8	48,8	43,9
GABI	44,7	68,3	87,2	84,6	49,9	20,6	15,7
GUIDAN AMOUMOUNE	19,0	76,9	73,3	80,0	53,2	10,1	9,4
KORNAKA	25,7	92,8	84,3	84,4	57,7	47,3	50,4
MAYAH	18,7	75,5	61,3	66,0	19,4	32,2	25,4
BAGAROUA	25,6	88,9	64,8	87,8	49,8	19,4	6,4
BAMBEYE	31,8	95,6	78,8	83,9	39,4	28,0	15,4
BANGUI	45,7	84,8	77,9	90,1	48,7	33,6	18,9
OURNO	45,1	88,4	80,3	51,3	68,1	36,3	32,0
TAJAE	45,2	89,4	84,2	84,3	69,8	47,4	22,4
TEBARAM	16,5	69,4	61,5	68,4	20,1	3,6	1,5
DOGO	23,4	91,5	77,8	74,5	31,0	17,3	9,9
GAFATI	16,5	84,8	77,8	80,6	50,9	12,3	19,7
KANTCHE	26,5	95,5	88,6	90,9	55,0	36,2	37,2
KOLERAM	23,6	94,1	91,5	77,8	66,5	30,6	25,8
OLLELEWA	42,8	91,4	91,8	74,0	44,4	35,2	15,5
TARKA (BELBEDJI)	25,5	82,3	69,5	76,7	39,9	24,6	18,0
YAOURI	33,7	90,9	89,2	89,7	67,8	32,9	23,4
ENSEMBLE	33,1	87,2	79,9	79,0	49,2	31,4	22,9

6.2.2.2 Au niveau des quatre départements

Comme pour les communes de convergence, la supplémentation en fer est aussi le service le plus souvent offert lors des CPN dans les quatre départements. On note que c'est seulement dans le département de Mayahi que le pourcentage des femmes ayant bénéficié de fer est en deçà de 80%. Ce département est en plus le moins favorisé pour les autres indicateurs.

Tableau 69: Répartition des femmes par département selon les services auxquels elles ont bénéficié lors des CPN

DEPARTEMENT	Réception de MII	Fer	Sulfadoxine	VAT	Déparasitant	Conseil VIH	Dépistage VIH
MADAROUNFA	50,7	84,0	87,1	84,8	47,6	32,5	28,5
MAYAH	16,0	76,7	63,2	68,4	33,9	19,8	15,8
MATAMEYE	31,4	93,6	87,1	89,8	58,1	31,1	26,4
MIRRIAH	22,9	92,1	82,6	76,7	50,0	21,2	17,3
ENSEMBLE	30,2	86,7	80,1	79,8	47,4	26,0	21,9

6.2.3. Les barrières à l'utilisation des services de CPN

Il a été demandé aux femmes de préciser les raisons pour lesquelles elles ne font pas de CPN en cas grossesses.

6.2.3.1 Au niveau des communes de convergence

Les principales raisons évoquées au niveau des communes sont : l'éloignement des formations sanitaires (36,9%), l'ignorance (29,5%), l'indisponibilité du service (11,5%) et la préférence pour la médecine traditionnelle (3,4%). On observe quelques disparités entre les communes.

- L'éloignement constitue le principal obstacle dans les communes de Tajae, Foulatari, Tarka, Gabi, Mayahi et Bambèye ;
- Dans les communes de Koléram, Yaouri, Gafati, Dakoro, Guidan Amoumoune et Bagaroua, l'ignorance a été beaucoup plus citée comme obstacle à l'utilisation des CPN ;
- La préférence pour la médecine traditionnelle a été principalement citée dans la commune de Yaouri (26% des femmes) comme étant le principal obstacle à l'utilisation des services de santé.

Tableau 70: Répartition des femmes (en %) par commune selon les raisons de la non-utilisation des services de CPN

COMMUNE	Eloignement	Ignorance	Indisponibilité	Préférence pour la médecine trad.	Avoir la permission d'y aller	Manque de moyen de transport	Frais de soins	Mauvais accueil	Faible qualité	Crainte que le prestataire ne soit une femme	Autres
BILMA	41,7	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0
FOULATARI	62,1	5,2	24,1	0,9	0,9	4,3	0,0	0,9	0,9	0,0	7,8
N'GUELBEYLI	26,7	40,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3
DAKORO	15,2	54,1	4,1	6,0	7,7	4,5	1,7	0,0	2,3	0,0	20,6
DJIRATAWA	15,5	32,4	1,7	4,6	0,0	1,3	0,0	4,6	3,4	0,0	45,8
GABI	52,2	23,5	15,5	0,0	0,0	0,0	2,5	4,4	0,0	0,0	8,8
GUIDAN AMOUMOUNE	31,2	48,7	14,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	5,5
KORNAKA	35,3	41,8	7,0	9,8	1,6	0,5	0,0	1,3	0,0	0,3	6,1
MAYAHI	42,7	16,9	0,0	5,0	10,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	35,4
BAGAROUA	24,9	42,6	14,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	17,6
BAMBEYE	39,0	29,2	20,5	0,0	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	5,6	11,3
BANGUI	22,4	30,1	12,6	5,9	8,7	6,0	2,6	2,2	1,8	0,8	29,0
OURNO	60,7	7,5	14,7	0,0	0,0	4,0	0,0	0,0	0,0	7,5	17,1
TAJAE	69,8	5,4	7,0	0,0	2,4	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	17,8
TEBARAM	47,5	10,4	1,9	0,0	0,0	11,3	25,0	0,0	1,0	0,0	40,2
DOGO	22,2	28,9	12,4	0,0	2,1	0,0	0,0	3,6	0,0	3,6	36,6
GAFATI	35,8	43,5	0,6	4,1	2,6	0,0	0,0	7,7	0,0	3,0	16,0
KANTCHE	0,0	40,6	0,0	0,0	0,0	0,0	8,9	0,0	0,0	5,0	59,4
KOLERAM	0,0	97,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8
OLLELEWA	36,1	53,9	4,8	0,0	0,0	2,8	0,0	2,4	0,0	0,0	5,2
TARKA (BELBEDJI)	45,1	16,0	20,3	0,0	2,2	0,0	0,0	1,2	5,2	0,0	18,6
YAOURI	0,0	47,3	0,0	26,0	10,3	4,1	0,0	0,0	5,1	5,1	26,7
ENSEMBLE	36,9	29,5	11,5	3,4	3,0	2,5	2,1	1,7	1,3	1,0	18,6

6.2.3.2 Au niveau des quatre départements

Au niveau départemental, l'éloignement et l'ignorance sont les principaux obstacles à l'utilisation des services de CPN. Ces deux raisons ont été évoquées par près de deux tiers des non-utilisatrices de CPN.

Tableau 71: Répartition des femmes (en %) par commune selon les raisons de la non-utilisation des services de CPN

DEPARTEMENT	Eloignement	Ignorance	Indisponibilité	Préférence pour la médecine trad.	Mauvais accueil	Avoir la permission d'y aller	Crainte que le prestataire ne soit une femme	Faible qualité	Frais de soins	Manque de moyen de transport	Autres
MADAROUNFA	46,1	25,1	13,3	1,4	3,4	0,3	0,3	0,7	2,0	0,1	7,3
MAYAHI	34,0	30,2	9,4	2,3	0,0	4,8	0,5	0,8	0,0	0,0	18,1
MATAMEYE	4,6	43,4	1,3	11,2	1,6	7,7	3,6	4,3	2,5	1,8	18,1
MIRRIAH	33,6	36,2	6,4	1,7	4,0	1,5	3,1	2,5	0,5	0,2	10,3
ENSEMBLE	33,4	32,7	8,4	3,2	2,8	2,5	1,9	1,9	1,2	0,4	11,6

6.3. Accouchement et soins postnatals

6.3.1. Lieu de l'accouchement

6.2.3.1 Au niveau des communes de convergence

Les résultats du tableau ci-dessous montrent que seulement un accouchement sur trois s'est déroulé dans un établissement de santé et essentiellement dans le secteur public parmi les dernières naissances dans les communes de convergence. Près de 67% des naissances ont eu lieu à domicile. Cela pose un sérieux problème de santé de la mère et de l'enfant. En effet, la moindre complication au cours de l'accouchement pourrait conduire à l'issue fatale. Au regard du niveau des accouchements à domicile, trois situations peuvent être identifiées :

- Les communes où la proportion des accouchements à domicile dépasse 75% : il s'agit de Foulatari, Gafati, Tarka, Ourno et Tebaram. Comme déjà souligné plus haut, ces communes correspondent aussi à celles où les services de santé sont quasi inexistantes ;
- les communes où la proportion des accouchements à domicile est comprise entre 50% et 75% ;
- Et les communes où la proportion des accouchements à domicile est inférieure à 50% : ce sont les communes de Bilma, Tajae et Bambèye.

Tableau 72: Répartition des femmes par commune selon les lieux de leurs accouchements

COMMUNE	Lieu d'accouchement		
	Accouchement à domicile	Centre de santé	Autres
AGADEZ			
BILMA	22,5	75,6	1,9
DIFFA			
FOULATARI	94,4	5,6	0,0
N'GUELBEYLI	67,1	32,9	0,0
MARADI			
DAKORO	69,0	29,4	1,6
DJIRATAWA	53,0	45,9	1,1
GABI	69,9	29,3	0,8
GUIDAN AMOUMOUNE	71,3	27,3	1,4
KORNAKA	69,1	30,8	0,1
MAYAH	63,3	36,0	0,7
TAHOUA			
BAGAROUA	52,6	46,8	0,6
BAMBEYE	46,5	53,3	0,3
BANGUI	70,3	28,9	0,7
OURNO	79,8	18,9	1,3
TAJAE	43,0	56,7	0,3
TEBARAM	77,6	21,6	0,7
ZINDER			
DOGO	69,5	30,5	0,0
GAFATI	87,1	12,9	0,0
KANTCHE	60,1	39,7	0,2
KOLERAM	71,2	28,2	0,5
OLLELEWA	66,9	33,1	0,0
TARKA (BELBEDJI)	80,8	17,1	2,1
YAOURI	68,6	31,3	0,2
ENSEMBLE	66,6	32,8	0,7

6.2.3.2 Au niveau des quatre départements

Au niveau des départements, il convient aussi de souligner que c'est dans ceux disposant de plus d'infrastructures sanitaires que le niveau des accouchements à domicile est relativement le plus faible.

Tableau 73: Répartition des femmes par commune selon les lieux de leurs accouchements

COMMUNE	Lieu d'accouchement		
	Accouchement à domicile	Centre de santé	Autres
MADAROUNFA	57,0	42,4	0,6
MAYAH	60,9	37,8	1,3
MATAMEYE	67,7	31,9	0,4
MIRRIAH	73,8	25,8	0,4
ENSEMBLE	65,1	34,3	0,7

6.3.2. Les raisons des accouchements à domicile

Pour réduire la fréquence des accouchements à domicile, il est nécessaire de comprendre les raisons qui motivent les femmes à ce choix.

Dans l'ensemble des communes, les femmes ayant accouché de leur dernier enfant à domicile ont déclaré en grande partie avoir été surprises par l'accouchement. Cela pourrait être caractéristique des femmes qui méconnaissent les signes du début du travail ou bien qui sont trop négligentes. C'est dans les communes de Guidan Amoumoune (72%), Kantché (68%), Ollelewa (64%) et Koléram (60%) que les femmes ont beaucoup plus évoqué la surprise comme raison de leur accouchement à domicile.

Aussi, pour un peu plus du quart des femmes (27,4%), l'éloignement des formations sanitaires constitue l'un des facteurs favorisant les accouchements à domicile. Environ 8% des femmes ont évoqué l'ignorance comme cause de ce phénomène.

Tableau 74: Répartition des femmes par commune selon les raisons des accouchements à domicile

COMMUNE	Surprise	Eloignement	Ignorance	Indisponibilité	Préférence de l'accouchement traditionnel	Manque de moyen de transport	Autres
BILMA	40,0	14,3	11,4	11,4	11,4	0,0	11,4
FOULATARI	12,3	49,5	4,4	16,7	4,9	4,4	7,8
N'GUELBEYLI	9,4	38,9	16,0	1,0	17,0	4,7	13,1
DAKORO	48,9	17,0	16,4	2,9	3,3	0,8	10,6
DJIRATAWA	43,2	19,1	4,5	3,9	1,0	6,9	21,4
GABI	20,9	45,4	8,1	13,1	6,4	1,5	4,5
GUIDAN AMOUMOUNE	71,6	6,9	7,8	2,9	0,9	2,7	7,2
KORNAKA	42,3	31,0	9,4	1,4	6,9	2,1	6,9
MAYAH	40,2	34,6	6,0	9,8	0,3	4,5	4,6
BAGAROUA	32,0	40,6	4,4	6,4	1,0	2,1	13,5
BAMBEYE	12,2	54,1	6,7	10,5	3,5	5,1	7,9
BANGUI	41,6	10,3	23,9	7,5	3,9	5,1	7,7
OURNO	31,3	24,2	4,0	3,0	30,4	2,8	4,3
TAJAE	33,8	43,9	4,0	5,3	3,3	3,6	6,2
TEBARAM	25,2	41,5	3,2	10,9	3,0	6,6	9,7
DOGO	52,0	22,1	2,3	7,1	3,1	6,0	7,6
GAFATI	43,1	24,7	8,7	3,2	5,6	0,0	14,6
KANTCHE	68,3	20,7	1,5	4,0	3,4	2,0	0,2
KOLERAM	60,1	18,9	6,8	3,2	1,5	4,0	5,5
OLLELEWA	64,0	14,5	1,8	5,1	1,8	2,6	10,3
TARKA (BELBEDJI)	40,0	32,0	3,4	4,3	9,1	1,9	9,4
YAOURI	40,2	17,9	0,3	22,3	4,5	9,1	5,7
ENSEMBLE	41,0	27,4	7,5	6,8	5,6	3,6	8,1

6.3.3. Assistance à l'accouchement

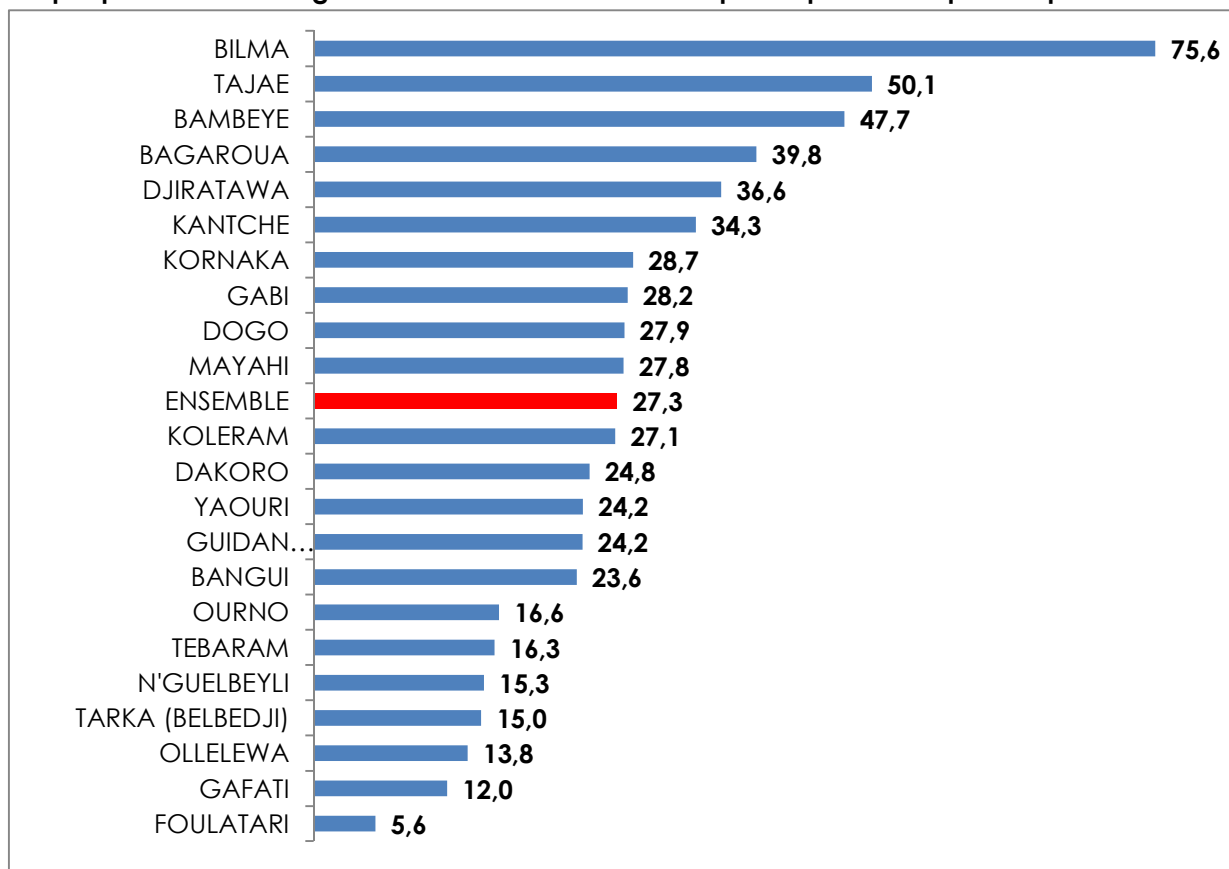
6.3.3.1 Au niveau des communes de convergence

L'examen du graphique ci-dessous fait ressortir que dans les communes de convergence, près de trois femmes enceintes sur quatre accouchent sans l'assistance d'un personnel qualifié composé des médecins, des sages-femmes ou des infirmiers. Sur la base de cet indicateur, les communes peuvent être classées en trois principales catégories :

- **Les communes à faible performance** : il s'agit des communes de Foulatari, Gafati, Ollelewa, N'Guelbeyli, Tarka, Tebaram et Ourno dans lesquelles moins d'une femme enceinte sur cinq a été assistée par un personnel qualifié lors de son dernier accouchement ;
- **Les communes à performance moyenne** : ce sont les communes de Dakoro, Koléram, Gabi, Mayahi, Dogo et Kornaka dans lesquelles moins d'une femme enceinte sur trois a accès à l'assistance d'un personnel qualifié pour l'accouchement ;
- **Les communes présentant les meilleures performances** sont celles de Kantché, Djiratawa, Bagaroua, Bambèye, Tajae et Bilma qui enregistrent des taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié supérieur à 33%.

Les indicateurs ci-dessus mettent en exergue l'importance des défis à relever tant au niveau de l'offre de services de santé de qualité qu'au niveau de la demande pour améliorer les conditions de santé de la mère et de l'enfant et assurer une meilleure prise en charge des besoins des femmes et des enfants résidant dans les communes les plus défavorisées.

Graphique 6 : Pourcentage des accouchements assistés par un personnel qualifié² par commune

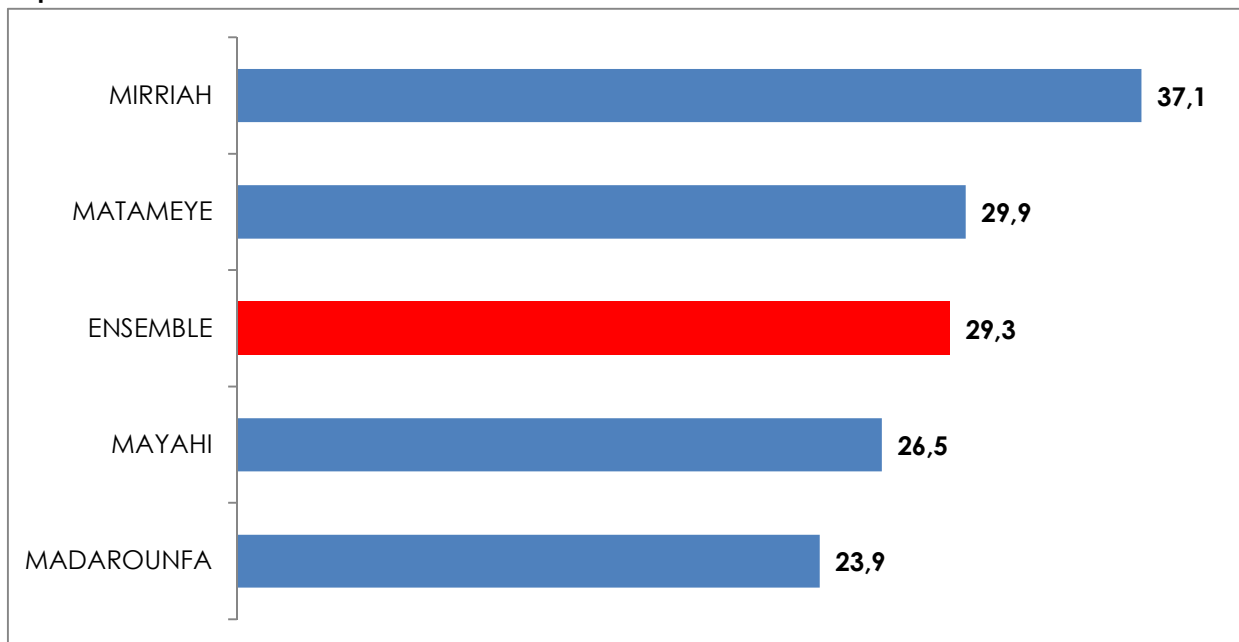


6.3.3.2 Au niveau des quatre départements

En ce qui concerne les quatre départements, les attitudes sont un peu plus favorables au recours à une assistance qualifiée lors des accouchements. En effet, 29,3% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié. On note cependant que les départements de Madarounfa et Mayahi sont les plus défavorisés en matière des accouchements assistés bien qu'ils aient les plus grandes proportions des femmes qui accouchent dans un centre de santé. Cela pourrait être dû au fait qu'une partie des femmes qui accouchent dans les centres de santé dans ces départements sont assistées par des matrones et des accoucheuses traditionnelles.

² Il s'agit des médecins, des infirmiers/infirmières et des sages femmes

Graphique 7 : Pourcentage des accouchements assistés par un personnel qualifié par département



6.3.4. Consultations postnatales (CPoN)

La plupart des décès maternels et néonataux se produisent dans les premiers jours qui suivent l'accouchement. C'est pourquoi l'OMS recommande aux femmes ayant accouché d'effectuer les consultations postnatales 48 heures après l'accouchement.

6.3.4.1 Au niveau des communes de convergence

On note que 70% des femmes se sont rendue en CPoN après l'accouchement de leur dernier enfant. Elles ont en moyenne attendu 15 jours (2 semaines) après l'accouchement avant de réaliser la première CPoN.

Tableau 75: Utilisation de service de consultation postnatale par commune

COMMUNE	% des femmes ayant effectué de CPoN	Nombre moyen de jours avant CPoN
BILMA	86,3	7,8
FOULATARI	25,0	12,9
N'GUELBEYLI	69,5	23,0
DAKORO	65,1	6,0
DJIRATAWA	90,8	16,6
GABI	67,7	9,5
GUIDAN AMOUMOUNE	83,6	10,1
KORNAKA	54,4	15,6
MAYAHI	76,3	13,4
BAGAROUA	81,5	21,1
BAMBEYE	74,1	12,7
BANGUI	50,8	21,3
OURNO	85,5	12,5
TAJAE	76,3	15,6
TEBARAM	48,7	11,5
DOGO	86,5	17,7
GAFATI	61,3	14,8
KANTCHE	73,9	12,7
KOLERAM	69,3	15,0
OLLELEWA	82,7	16,3
TARKA (BELBEDJI)	41,7	29,0
YAOURI	82,0	10,2
ENSEMBLE	69,9	15,1

6.3.4.2 Au niveau des quatre départements

S'agissant des départements, environ trois femmes sur quatre ont déclaré avoir réalisé au moins une CPoN avec une faible disparité entre les départements. Le temps écoulé entre l'accouchement et la première CPoN reste relativement long.

Tableau 76: Utilisation de service de consultation postnatale par département

DEPARTEMENT	Prévalence CPoN	Nombre moyen de jours avant CPoN
MADAROUNFA	75,3	13,8
MAYAHI	74,3	15,1
MATAMEYE	75,9	11,7
MIRRIAH	72,6	17,1
ENSEMBLE	74,4	14,5

6.4. Vaccination des enfants

Conformément aux recommandations de l'OMS, le Ministère de la Santé Publique assure la vaccination de tous les enfants contre les principales maladies évitables à travers le Programme Elargi de Vaccination. L'étude publiée par le Lancet³ sur la baisse de la mortalité au Niger a montré que l'administration du vaccin anti rougeoleux et du pentavalent 3 qui permet d'assurer l'immunisation des enfants contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite virale B, les méningites et pneumonies dues à *Hémophilus Influenzae B* ont contribué à sauver la vie de 9% des enfants âgés de moins de 5 ans au Niger (Agbessi et al., 2012).

6. 4.1 Au niveau des communes de convergence

Les performances les plus faibles en matière de vaccination des enfants ont été enregistrées au niveau des communes de Gafati, Foulatari, Kornaka et Tajae où moins d'un enfant sur deux a reçu le pentavalent 3. Il en est de même des communes de Foulatari, Tarka et Kornaka qui enregistrent les taux de pentavalent 3 les plus faibles. La situation de la commune de Foulatari paraît préoccupante au vu du pourcentage élevé d'enfants non vaccinés. En effet dans cette commune moins d'un enfant sur quatre (24%) a reçu le vaccin anti rougeoleux et moins de trois enfants sur dix (29%) ont bénéficié du pentavalent 3.

³ www.thelancet.com Publié en ligne le 20 Septembre 2012 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61376-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61376-2)

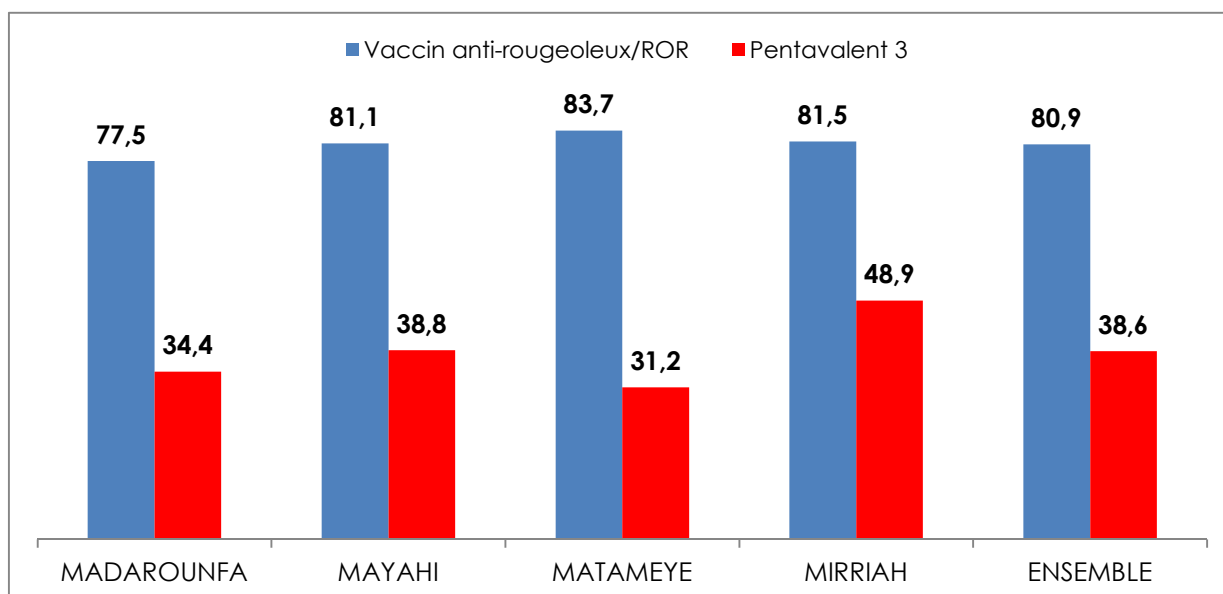
Tableau 77: Pourcentage des enfants ayant été vaccinés par type de vaccin et par commune

COMMUNE	Vaccin anti-rougeoleux/ROR	% d'enfants ayant reçu au moins 3 doses de pentavalent
AGADEZ		
BILMA	89,6	52,4
DIFFA		
FOULATARI	24,3	28,9
N'GUELBEYLI	88,2	75,0
MARADI		
DAKORO	77,5	64,3
DJIRATAWA	84,5	69,7
GABI	83,6	71,5
GUIDAN AMOUMOUNE	82,6	49,9
KORNAKA	64,2	27,3
MAYAH	81,5	50,2
TAHOUA		
BAGAROUA	71,2	55,7
BAMBEYE	76,5	59,2
BANGUI	74,1	51,3
OURNO	74,5	69,6
TAJAE	87,3	55,5
TEBARAM	77,9	45,2
ZINDER		
DOGO	77,4	55,3
GAFATI	74,2	26,7
KANTCHE	83,5	72,0
KOLERAM	89,3	51,5
OLLELEWA	75,8	61,5
TARKA (BELBEDJI)	51,3	55,0
YAOURI	82,1	73,9
ENSEMBLE	76,3	57,3

6. 4.2 Au niveau des quatre départements

Comparativement à ce qui est observé au niveau des communes de convergence, les pourcentages des enfants de moins de cinq ans ayant reçu au moins trois doses de pentavalent sont plus faibles au niveau des départements de Madarounfa, Mayahi, Matamèye et Mirriah. En effet, près de quatre enfants sur dix ont reçu les trois doses de pentavalent et huit enfants sur dix ont bénéficié du vaccin anti rougeoleux. Les meilleures performances sont notées au niveau du département de Matamèye pour la vaccination contre la rougeole et à Mirriah pour le pentavalent 3.

Graphique 8 : Pourcentage des enfants ayant été vaccinés par type de vaccin et par département



6.5. Maladies des enfants et recherche de soins

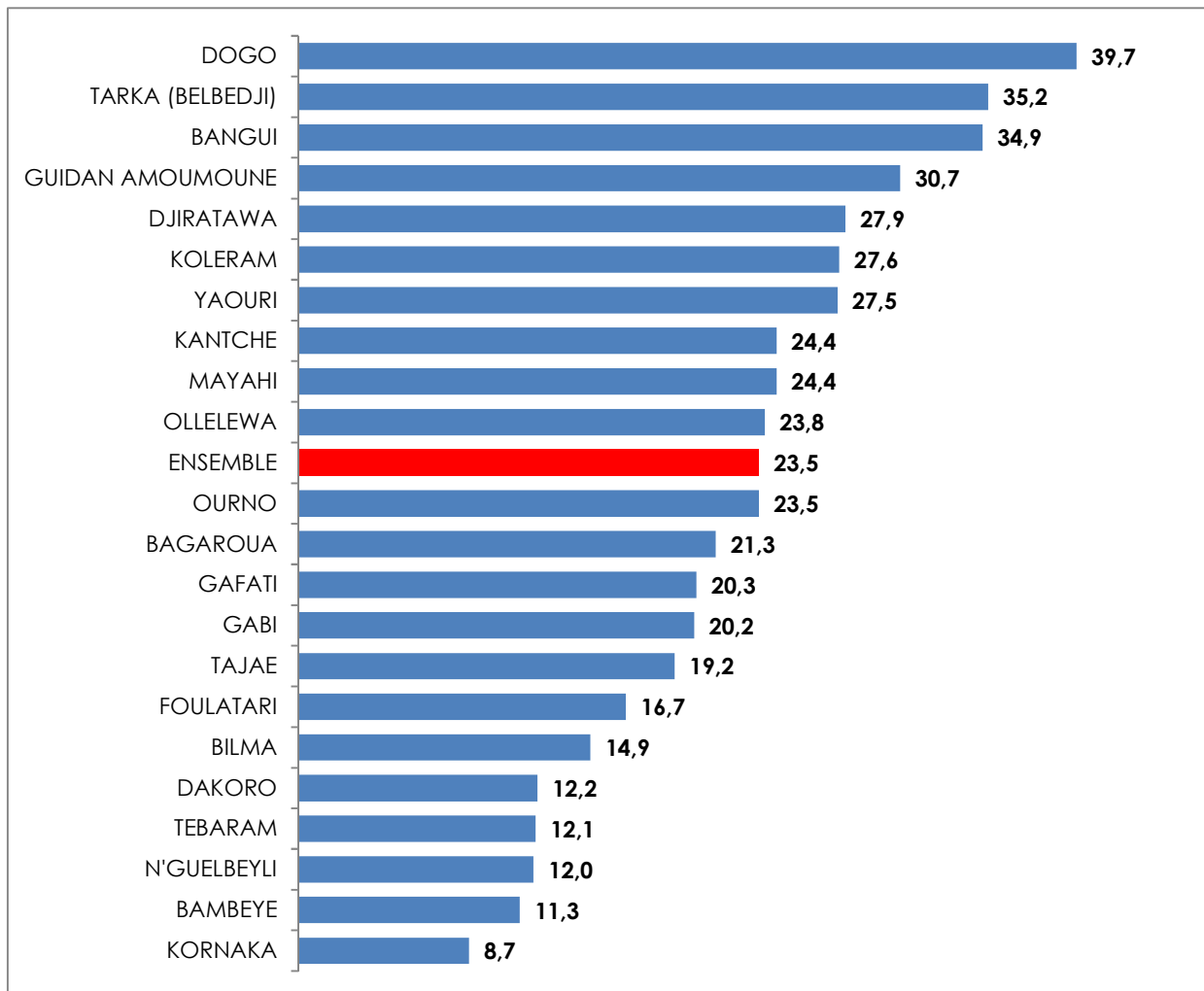
Les données collectées lors de cette enquête permettent de rendre compte des maladies les plus couramment observées chez les enfants de moins de cinq ans. Il s'agit de la diarrhée, de la toux et de la fièvre.

6.5.1. Prévalence et prise en charge de la diarrhée

6. 5.1 Au niveau des communes de convergence

La diarrhée est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité des enfants. L'analyse des données de l'enquête atteste qu'en moyenne près du quart des enfants ont souffert de diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête. La diarrhée s'avère plus fréquente dans les communes de Dogo, Tarka, Bangui et Guidan Amoumoune dans lesquelles plus du tiers des enfants en ont souffert. Les communes de Kornaka, Bambèye, N'Guelbeyli, Dakoro, Tebaram et Bilma présentent les taux de prévalence de la diarrhée les plus faibles (inférieur à 15%).

Graphique 9 : Taux de prévalence de la diarrhée parmi les enfants de moins de cinq ans au cours des 2 dernières semaines



En moyenne, plus du tiers (35%) des cas de diarrhée sont accompagnés du sang dans les selles. Les cas de diarrhées sanguinolentes s'avèrent plus fréquents à Ollelewa, Tajae, Djiratawa, et Bangui où au moins 45% des enfants en ont souffert. En revanche, les communes de Bilma, Gafati, N'Guelbeyli, Gabi, Koléram et Yaouri sont celles présentant les taux de prévalence de diarrhée sanguinolente les moins élevés (inférieur à 20%).

Tableau 78: Prévalence et caractéristique de la diarrhée par commune

COMMUNE	Prévalence la diarrhée dans les 2 semaines	% des enfants diarrhéiques ayant du sang dans les selles
BILMA	14,9	0,0
FOULATARI	16,7	34,2
N'GUELBEYLI	12,0	13,8
DAKORO	12,2	26,2
DJIRATAWA	27,9	49,5
GABI	20,2	15,0
GUIDAN AMOUMOUNE	30,7	41,6
KORNAKA	8,7	24,6
MAYAH	24,4	31,3
BAGAROUA	21,3	32,1
BAMBEYE	11,3	25,5
BANGUI	34,9	45,2
OURNO	23,5	41,8
TAJAE	19,2	49,9
TEBARAM	12,1	32,1
DOGO	39,7	26,5
GAFATI	20,3	11,0
KANTCHE	24,4	26,0
KOLERAM	27,6	18,4
OLLELEWA	23,8	63,5
TARKA (BELBEDJI)	35,2	27,7
YAOURI	27,5	15,9
ENSEMBLE	23,5	34,7

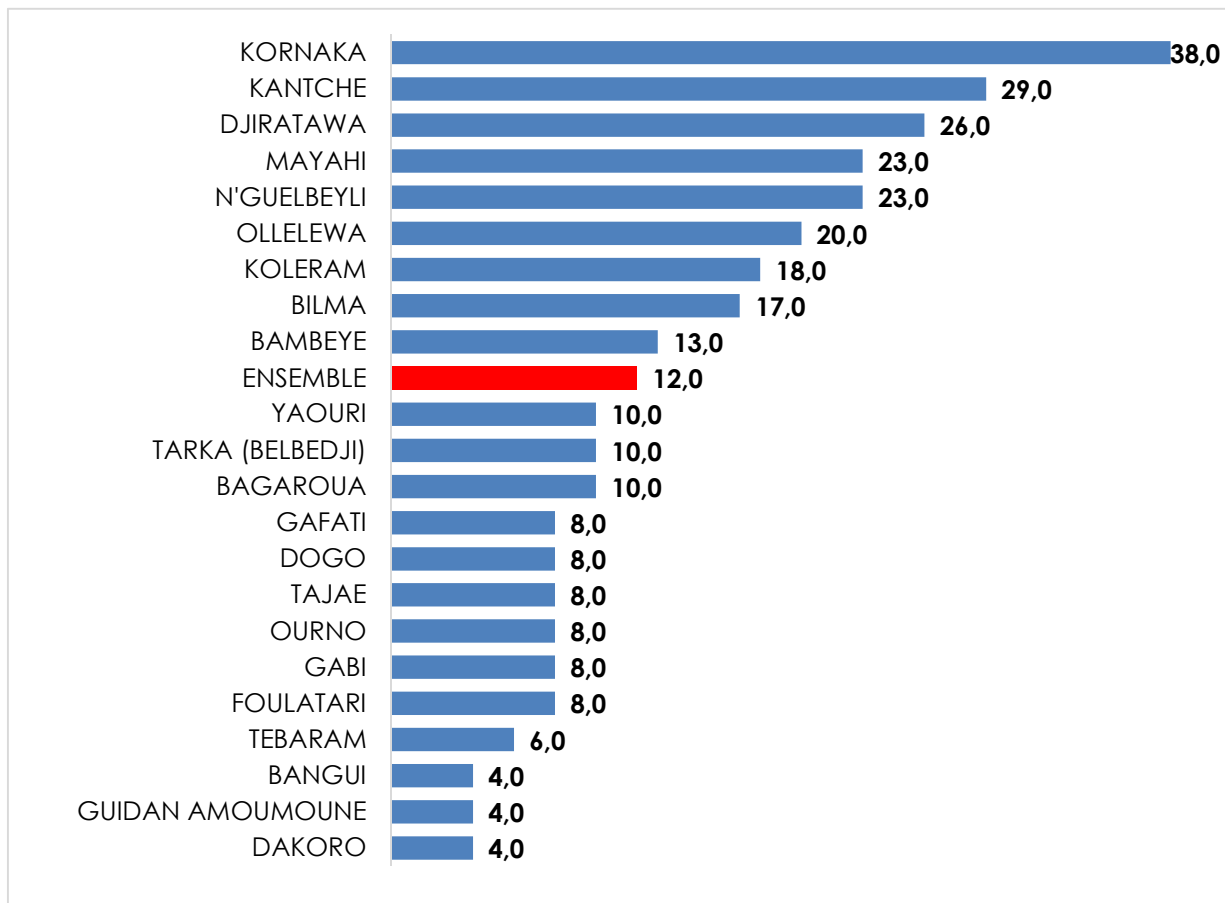
L'analyse des données de l'enquête de base révèle que dans les communes de convergence 50% des enfants âgés de moins de cinq ans ayant souffert de diarrhée ont pu bénéficier d'une thérapie de réhydratation par voie orale à travers les Sels de Réhydratation Orale (SRO) ou les solutions salées sucrées préparées. Cette pratique est plus fréquente à Bilma, Tajae, Ollelewa et Mayahi. Les communes de N'Guelbeyli, Foulatari, Gafati, Dogo et Yaouri enregistrent les taux de réhydratation par voie orale les plus faibles. Aussi, notons qu'en moyenne 29% des enfants ont reçu des antibiotiques et 15% ont bénéficié d'un déparasitage.

Tableau 79: Pourcentage des mères ayant recherché de soins pour leurs enfants atteints de diarrhée par type de traitement et par commune

COMMUNE	SRO	Zinc	Zinc+SRO	Eau salée sucrée	Antibiotique	Antiparasitaire	Comprimé ou sirop inconnu	Médicaments traditionnels	Rien
BILMA	76,7	16,7	16,7	50,0	28,3	11,7	11,7	11,7	11,7
FOULATARI	36,8	13,2	7,9	5,3	10,5	0,0	13,2	10,5	21,1
N'GUELBEYLI	40,8	22,7	22,7	0,0	0,0	22,7	18,5	0,0	0,0
DAKORO	46,6	3,7	3,7	21,1	5,0	5,8	13,7	14,7	0,4
DJIRATAWA	69,4	29,1	26,1	24,8	36,0	9,3	6,6	3,1	1,3
GABI	49,0	9,2	8,3	9,2	19,8	26,9	32,2	5,5	10,5
GUIDAN AMOUMOUNE	57,0	9,8	4,1	13,5	13,0	5,0	22,1	10,4	7,1
KORNAKA	50,6	37,5	37,5	14,1	10,3	6,3	23,2	12,9	4,6
MAYAH	65,2	23,6	22,8	34,8	31,8	2,3	18,6	11,7	0,5
BAGAROUA	54,7	10,7	9,9	6,0	34,1	8,5	28,8	6,9	0,3
BAMBEYE	41,1	13,7	13,4	4,4	31,6	11,4	11,2	5,7	20,3
BANGUI	53,6	5,4	4,1	28,2	18,3	16,6	21,0	15,5	8,5
OURNO	39,5	12,1	8,2	16,8	27,2	23,4	9,4	13,1	5,0
TAJAE	71,9	10,7	8,2	43,5	50,6	22,2	22,0	4,1	2,5
TEBARAM	38,4	6,9	5,7	9,1	19,2	5,3	26,2	9,7	4,0
DOGO	34,8	11,9	7,5	19,6	47,9	10,5	7,1	12,2	5,8
GAFATI	26,3	9,8	7,5	15,4	29,1	15,6	10,0	8,0	13,9
KANTCHE	54,6	33,6	29,4	12,6	12,6	4,3	12,2	8,1	2,3
KOLERAM	41,5	21,1	18,0	1,5	14,8	2,7	12,4	7,9	0,7
OLLELEWA	62,4	24,5	20,0	49,1	57,2	42,7	8,1	7,6	28,4
TARKA (BELBEDJI)	46,0	10,5	10,2	11,0	23,3	16,5	18,8	9,4	17,0
YAOURI	34,0	13,6	9,5	19,7	20,0	8,7	17,7	19,6	2,9
ENSEMBLE	49,9	14,5	12,1	20,7	28,8	14,6	16,2	10,3	8,4

L'application du traitement recommandé pour la prise en charge de la diarrhée chez les enfants à savoir la combinaison des SRO avec le Zinc reste relativement rare. Seuls 12% des enfants souffrant de diarrhée en ont bénéficié. C'est à Kornaka, Kantché, Djiratawa, N'Guelbeyli et Ollelewa que le recours aux SRO combinés au zinc est plus fréquent. Plus d'un enfant souffrant de diarrhée sur cinq y a accès. Les résultats révèlent en outre que 8% des enfants souffrant de diarrhée n'ont reçu aucun traitement. Le non recours aux soins pour le traitement de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans a été surtout noté au niveau des communes d'Ollelewa, Bambèye et Foulatari où plus d'un enfant sur cinq souffrant de diarrhée n'a reçu aucun traitement. Un cas de diarrhée sur dix est traité à partir des médicaments traditionnels.

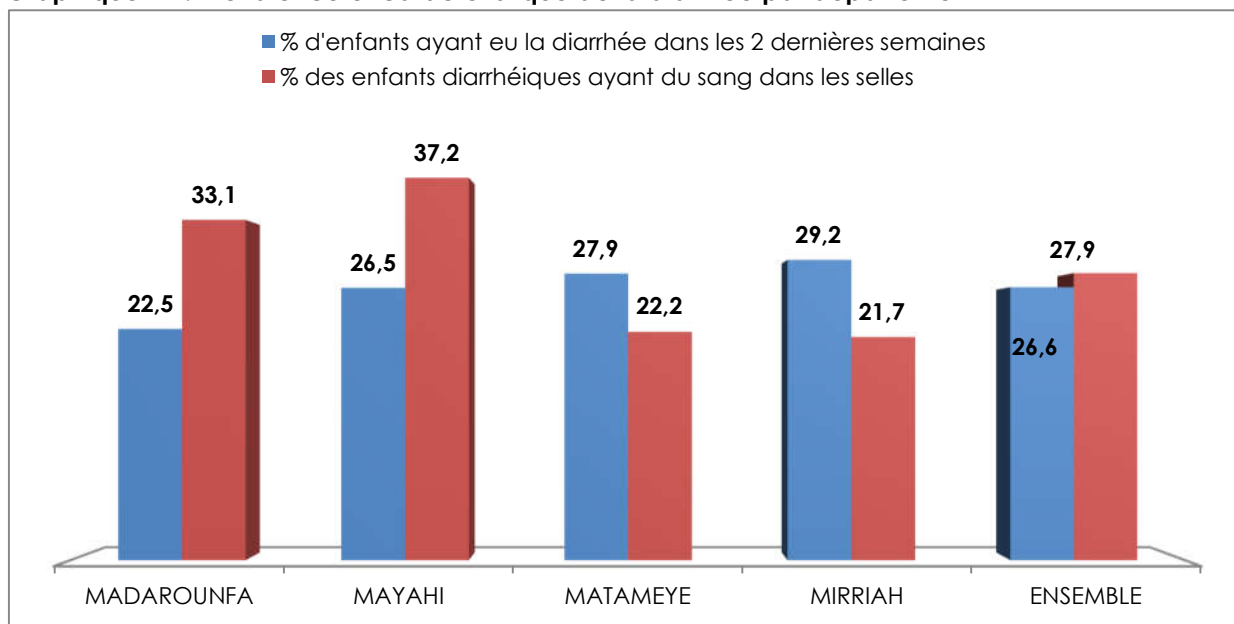
Graphique 10 : Pourcentage d'enfants souffrant de diarrhée bénéficiant de la combinaison SRO et Zinc



6. 5.2 Au niveau des quatre départements

Les départements de Madarounfa, Mayahi, Matamèye et Mirriah, zone d'intervention du programme de prévention et de prise en charge de la diarrhée et de la pneumonie financé par la coopération canadienne, présentent en moyenne un taux de prévalence de la diarrhée parmi les enfants de moins de cinq ans de 27%. Dans ces localités en moyenne 28% des enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée présentent du sang dans les selles. Avec 22,5% des enfants souffrant de diarrhée, le département de Madarounfa présente le taux de prévalence de la diarrhée le plus faible.

Graphique 11 : Prévalence et caractéristique de la diarrhée par département



Le tableau ci-dessous montre qu'au niveau départemental, plus de deux tiers des enfants souffrant de diarrhées bénéficient de thérapie de réhydratation par voie orale. Recommandée pour le traitement efficace des diarrhées chez les enfants, l'utilisation combinée des SRO/Zinc est garantie pour 15% des enfants souffrant de diarrhée. C'est à Matamèye que la proportion de mères et gardiennes d'enfants qui se conforment à cette recommandation pour le traitement de la diarrhée est plus élevée.

Tableau 80: Pourcentage des mères ayant recherché de soins pour leurs enfants atteints de diarrhée par type de traitement et par département

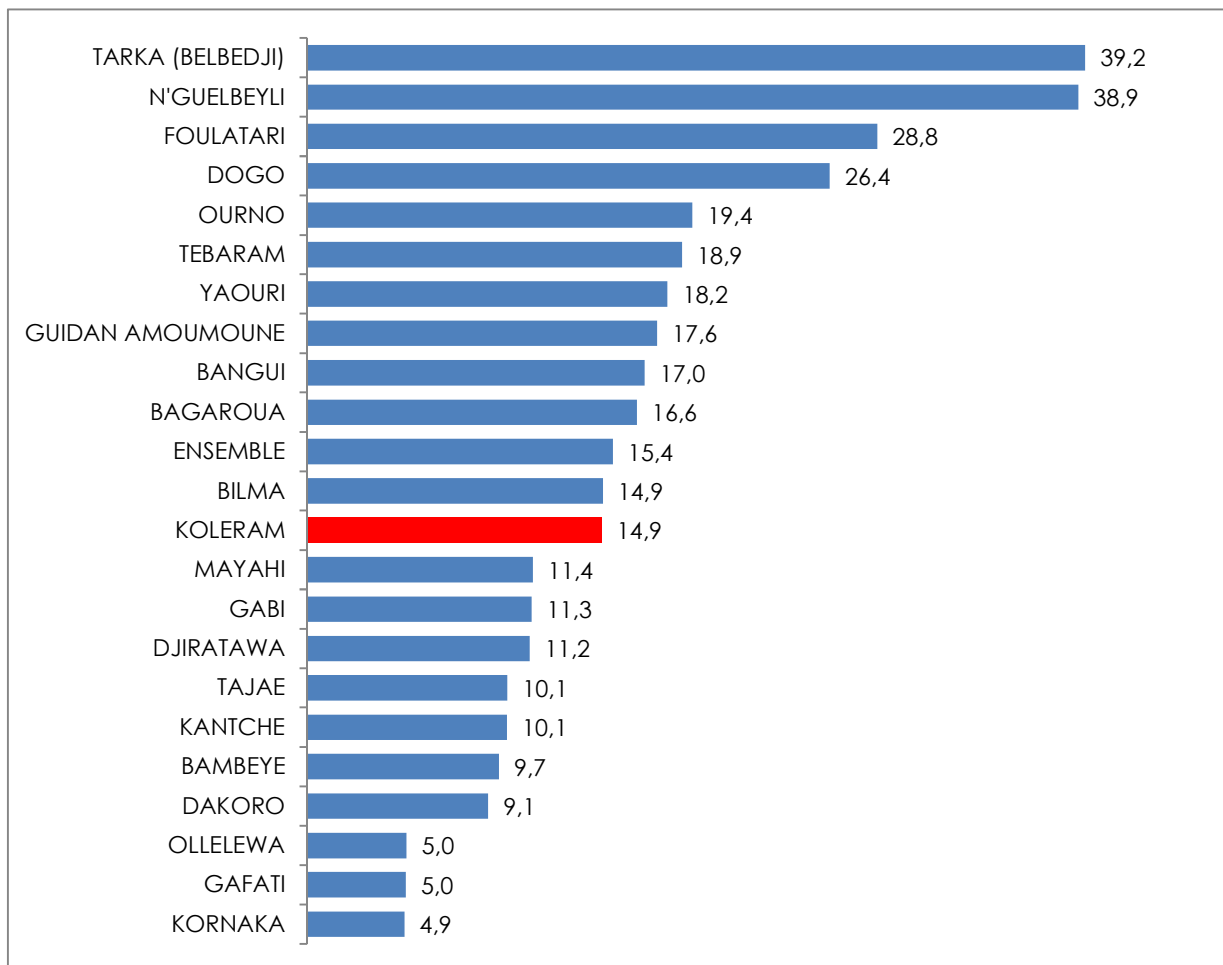
DEPARTEMENT	SRO	Zinc	Zinc+SRO	Eau salée sucrée	Antibiotique	Antiparasitaire	Comprimé ou sirop inconnu	Médicaments traditionnels	Rien
MADAROUNFA	58,1	16,5	14,9	18,5	25,1	13,1	20,5	5,8	3,9
MAYAH	58,6	16,5	14,4	24,2	30,2	7,8	23,3	12,3	4,5
MATAMEYE	47,3	26,8	22,0	17,6	16,6	11,0	18,2	12,7	3,3
MIRRIAH	36,9	14,0	10,9	12,7	31,5	8,1	11,8	9,9	4,8
ENSEMBLE	49,1	18,2	15,3	17,8	26,2	9,8	17,9	10,3	4,2

6.5.2. Prévalence et traitement de la toux

6. 5.2.1 Au niveau des communes de convergence

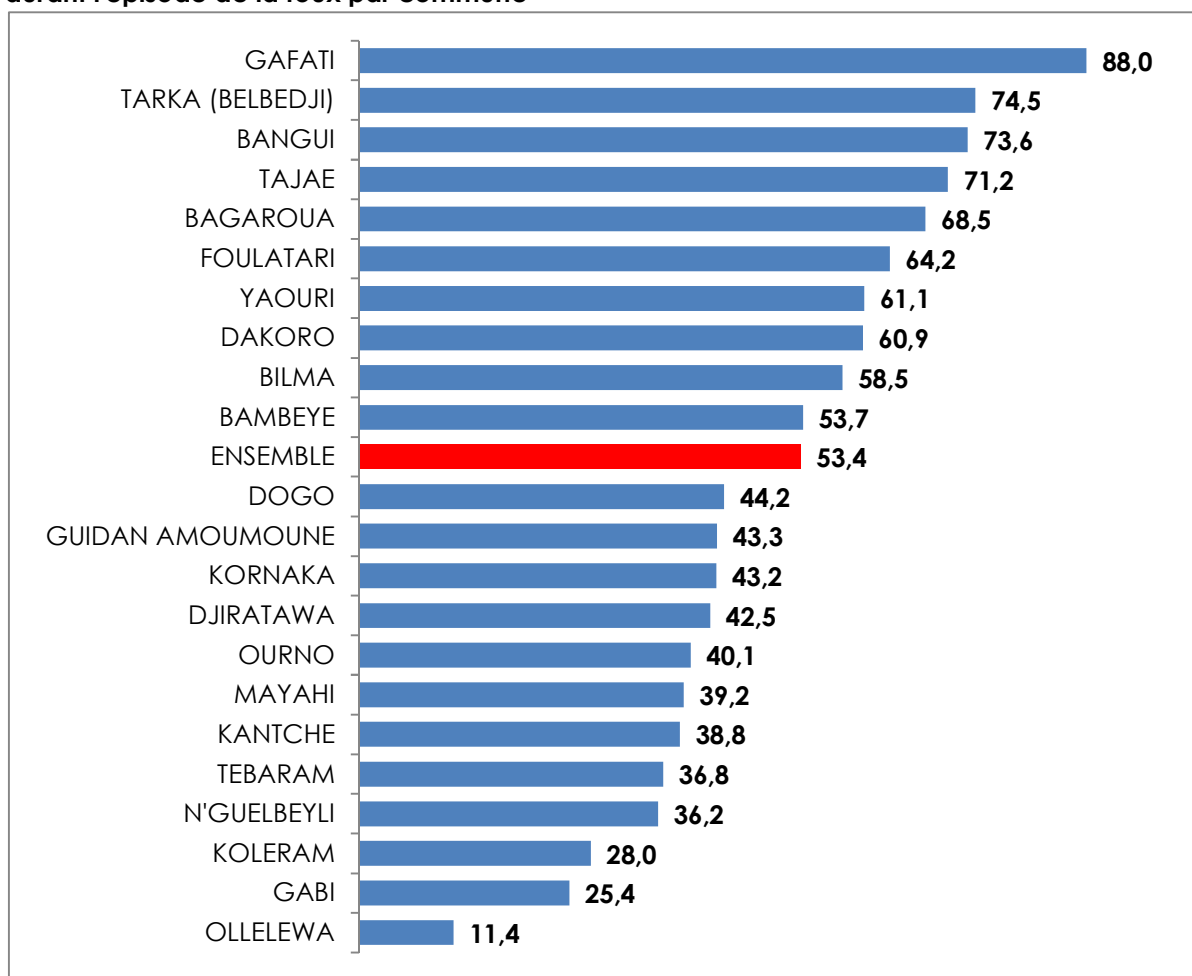
Dans les communes de convergence en moyenne 15% des enfants âgés de moins de cinq ans ont souffert de toux au cours des deux dernières semaines ayant précédé l'enquête. La prévalence de la toux parmi les enfants est plus fréquente à Tarka, N'Guelbeyli, Foulatari et Dogo où plus du quart des enfants en ont souffert.

Graphique 12 : Pourcentages des enfants de moins de cinq ans ayant souffert de la toux par commune



L'analyse atteste par ailleurs que plus de la moitié des cas de toux chez les enfants (53%) sont accompagnés de difficultés respiratoires. Les toux accompagnées de difficultés respiratoires sont plus fréquentes à Gafati, Tarka, Bangui, Tajae, Bagaroua et Foulatari. Dans ces communes plus de deux tiers des enfants souffrant de toux ont des difficultés respiratoires.

Graphique 13 : Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu des difficultés respiratoires durant l'épisode de la toux par commune



Pour assurer la prise en charge des enfants âgés de moins de 5 ans souffrant de toux, les mères ont davantage recours aux services de santé et dans une moindre mesure, aux médicaments de la rue. Près des trois quart des mères (74%) ont recours aux services de santé pour la recherche de conseils pour le traitement de la toux et 17% ont recours aux médicaments de la rue. Avec un taux de recherche de conseil auprès des structures sanitaires de plus de 90%, les communes de Tajae, Guidan Amoumoune, Djiratawa,

Kantché, N'Guelbeyli et Bambèye enregistrent les meilleures performances en matière de recours aux soins de santé. Le recours aux relais communautaires pour la prise en charge de la toux reste marginal (1,2%). La recherche de conseils auprès des guérisseurs traditionnels est relativement faible (4%) dans l'ensemble et s'avère plus fréquente à Bilma (19%), Kornaka (14%) et Tebaram (11%).

Tableau 81: Pourcentage des mères ayant recherché des conseils pour le traitement de la toux par commune et par type de prestataire

COMMUNE	Personnel de santé	Guérisseur traditionnel	Pharmacie par terre/vendeur ambulancier	Amis/membres de la famille	Relais communautaires
BILMA	64,9	18,9	54,1	18,9	18,9
FOULATARI	65,9	0,0	25,0	2,3	0,0
N'GUELBEYLI	91,9	0,0	6,4	1,6	0,0
DAKORO	85,1	3,6	5,3	2,7	3,3
DJIRATAWA	92,2	7,2	11,4	1,5	0,0
GABI	80,4	5,5	14,8	10,5	0,0
GUIDAN AMOUMOUNE	96,4	1,8	0,0	1,8	0,0
KORNAKA	63,6	13,9	17,2	2,9	5,8
MAYAH	79,9	0,6	17,1	1,6	1,6
BAGAROUA	74,5	1,2	27,2	0,5	0,5
BAMBEYE	90,7	0,0	2,3	0,0	0,0
BANGUI	84,1	6,8	11,2	0,9	0,0
OURNO	76,4	3,8	27,8	15,8	1,5
TAJAE	95,5	5,4	2,9	1,6	7,6
TEBARAM	77,6	11,3	15,2	4,6	0,0
DOGO	54,4	4,1	50,9	2,9	1,4
GAFATI	21,2	4,1	66,3	30,6	10,4
KANTCHE	93,7	0,0	6,3	0,0	0,0
KOLERAM	64,9	9,0	12,9	17,1	0,3
OLLELEWA	62,3	0,0	48,6	0,0	0,0
TARKA (BELBEDJI)	56,7	6,0	4,2	4,4	0,9
YAOURI	88,3	3,6	9,1	1,5	0,0
ENSEMBLE	74,3	4,6	17,4	4,4	1,2

Dans l'ensemble, parmi les enfants ayant bénéficié de recherche de soins au cours de l'épisode de toux et de fièvre, plus de neuf sur dix ont reçu des médicaments. Près d'un tiers (32%) des enfants souffrant de toux et de fièvre ont reçu un traitement antibiotique. Recommandé pour le traitement des infections respiratoires aiguës l'amoxicilline a été administré dans 21% des cas. Outre l'antibiotique, le paracétamol est le deuxième médicament qui a été le plus fréquemment administré aux enfants (31%). Un enfant souffrant de toux et de fièvre a reçu un médicament antipaludéen. Le coartem a été administré à 21% des enfants. La commune de Bilma présente les meilleurs indicateurs en ce qui concerne la prise en charge des cas de pneumonie accompagnée de fièvre chez

les enfants. Les taux d'administration de l'amoxicilline, du coartem et du paracétamol y sont beaucoup plus élevés que dans les autres communes.

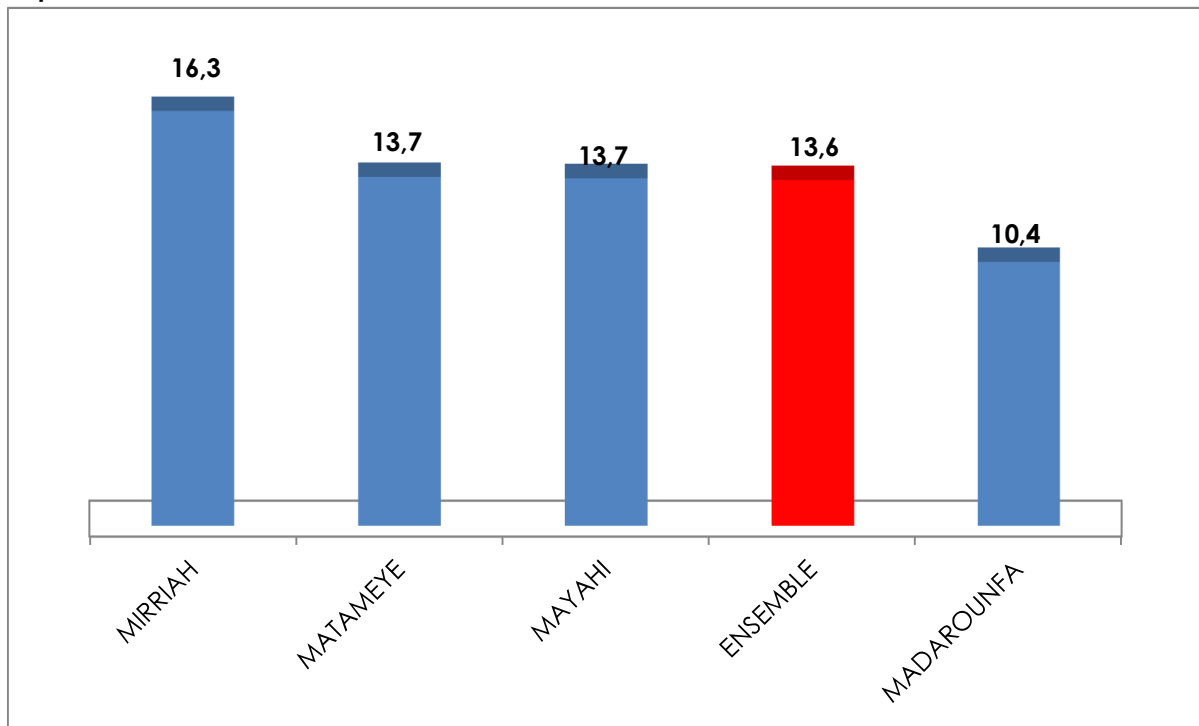
Tableau 82: Pourcentage des mères ayant recherché de traitement pour la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans par commune et par type de traitement

COMMUNE	Médicament antipaludéen	Autres antipaludéens	Antibiotiques	Autres antibiotiques	Autres médicaments	Paracétamol	Aucun médicament	NSP
BILMA	64,9	37,8	100,0	18,9	18,9	81,1	18,9	18,9
FOULATARI	15,9	2,3	27,3	9,1	12,2	55,1	2,0	12,2
N'GUELBEYLI	22,5	8,1	53,1	33,9	15,6	52,8	3,2	1,6
DAKORO	49,1	2,0	36,3	2,7	14,8	14,8	0,6	6,5
DJIRATAWA	58,1	10,1	51,0	5,4	13,5	28,7	6,1	18,1
GABI	26,5	2,4	53,5	19,1	22,0	35,5	2,4	3,4
GUIDAN AMOUMOUNE	24,8	12,0	48,2	11,5	12,0	18,8	0,0	2,3
KORNAKA	7,2	0,0	35,6	2,9	34,8	53,1	0,0	0,0
MAYAH	30,2	0,0	46,5	19,4	7,7	31,0	13,6	1,5
BAGAROUA	9,1	7,7	30,5	11,7	24,9	19,7	9,3	21,3
BAMBEYE	36,6	13,2	51,3	23,9	23,9	20,3	23,2	10,8
BANGUI	41,7	7,7	23,2	11,7	15,7	40,2	5,2	17,5
OURNO	55,0	13,5	45,3	5,4	13,2	13,4	7,6	0,0
TAJAE	64,7	14,7	53,1	21,3	18,3	27,9	5,5	0,4
TEBARAM	38,2	9,4	32,6	5,2	12,3	22,5	7,0	18,8
DOGO	38,7	18,1	51,8	6,0	12,7	33,1	4,0	5,3
GAFATI	23,8	57,0	70,5	51,3	61,7	35,5	7,5	3,7
KANTCHE	50,1	11,1	45,9	10,8	14,3	35,3	4,4	4,1
KOLERAM	27,0	0,0	55,9	4,2	24,6	25,4	0,3	1,3
OLLELEWA	21,0	0,0	37,7	0,0	0,0	54,5	0,0	0,0
TARKA (BELBEDJI)	20,0	4,3	56,0	23,3	21,9	38,4	2,2	4,1
YAOURI	44,9	10,0	38,6	16,6	23,4	13,9	7,2	3,5
ENSEMBLE	34,4	9,3	45,0	13,8	17,6	30,8	5,4	7,3

6.5.2.2 Au niveau des quatre départements

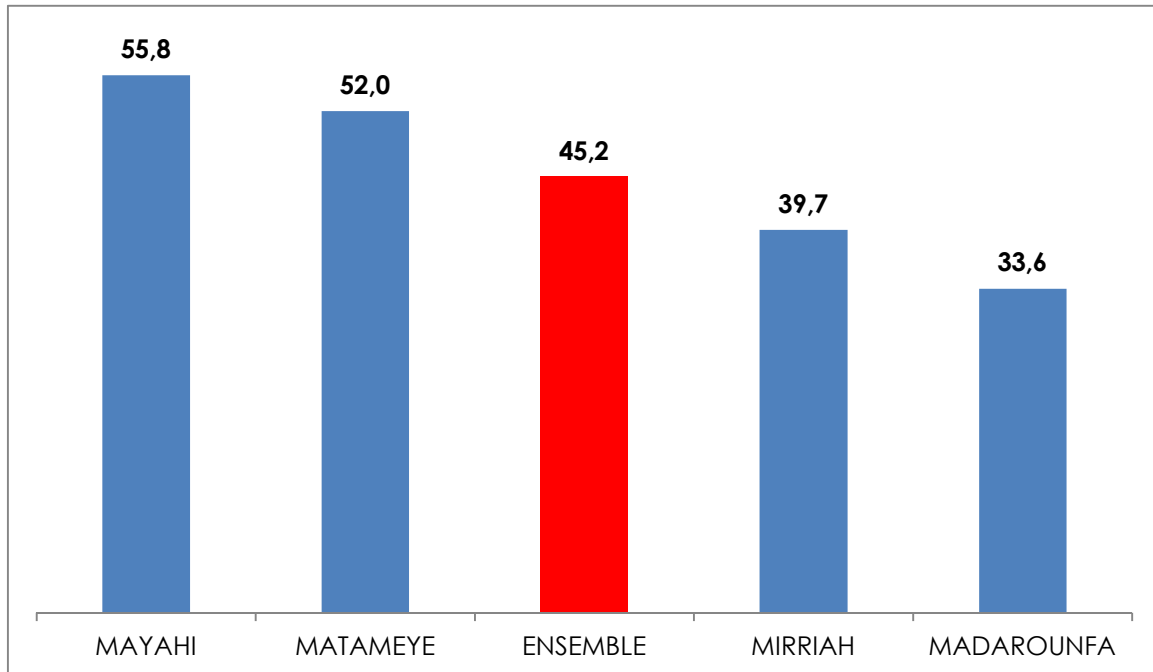
Dans les quatre départements, le taux de prévalence de la toux est en moyenne de 14% et varie de 10% à Madarounfa à 16% à Mirriah.

Graphique 14 : Pourcentages des enfants de moins de cinq ans ayant souffert de la toux par département



Le pourcentage d'enfants souffrant de toux accompagnée de difficultés respiratoires s'établit en moyenne à 45%. Il varie de 33,6% à Madarounfa à 55,8% à Mayahi.

Graphique 15 : Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu des difficultés respiratoires durant l'épisode de la toux par département



L'analyse des données au niveau départemental révèle que près de trois quart des mères ont eu recours aux services de santé pour la recherche de traitement pour les enfants souffrant de toux. Les taux de recherche de soins auprès des structures de santé varient de 56,3% à Mirriah à 87,3% à Madarounfa.

Tableau 83: Pourcentage des mères ayant recherché des conseils pour le traitement de la toux par département et par type de prestataire

DEPARTEMENT	Personnel de santé	Guérisseur traditionnel	Pharmacie par terre/vendeur ambulancier	Amis/membres de la famille	Relais communautaires
MADAROUNFA	87,3	6,2	10,4	4,5	0,0
MAYAH	79,3	2,7	13,8	6,7	1,6
MATAMEYE	85,0	3,7	9,5	5,8	1,3
MIRRIAH	56,3	5,4	37,5	8,8	1,6
ENSEMBLE	74,6	4,5	20,1	6,8	1,2

6.5.3. Connaissance des signes de danger

L'amélioration du niveau de connaissance des signes de danger associés aux maladies des enfants figure parmi les Pratiques Familiales Essentielles (PFE). Elle détermine en effet le recours ou non aux services de santé et l'itinéraire thérapeutique emprunté par les mères et les familles à la recherche d'une meilleure santé pour leurs enfants.

6.5.3.1 Au niveau des communes de convergence

Les données de l'enquête de base montrent que la fièvre est le symptôme le plus reconnu (82%) comme un signe de danger pour la santé de l'enfant. Viennent ensuite la diarrhée (58%), les vomissements (48%), l'aggravation de l'état de santé de l'enfant (46%), l'incapacité de boire ou de téter (40%), les difficultés de respirer (27%) et la léthargie ou l'inconscience de l'enfant (25%).

D'importantes disparités existent entre les communes en ce qui concerne la reconnaissance des signes de danger associés aux maladies des enfants. C'est au niveau des communes de Bilma, Dogo, Koléram et Yaouri qu'on retrouve les niveaux les plus élevés de connaissance des signes de danger liés aux maladies des enfants.

Tableau 84: Pourcentage des mères connaissant les signes de danger par type et par commune

COMMUNE	Incapable de boire ou de téter	Etat de l'enfant s'aggrave	Enfant devient fiévreux	Enfant respire rapidement	Enfant a des difficultés pour respirer	Enfant a du sang dans les selles	Enfant boit difficilement	Enfant fait la diarrhée	Enfant fait des vomissements	Enfant léthargique ou inconscient	Enfant fait des convulsions	Autre
BILMA	52,6	75,6	71,2	49,4	50,3	68,6	39,2	70,1	54,4	53,8	50,6	14,8
FOULATARI	50,6	78,5	82,0	63,4	56,4	26,2	29,1	41,3	43,0	32,0	32,6	5,2
N'GUELBEYLI	44,8	74,9	62,6	7,7	9,3	12,6	4,9	15,2	5,4	20,7	8,8	3,3
DAKORO	32,6	49,7	78,2	27,4	28,6	18,2	17,6	50,2	51,4	26,0	19,8	10,9
DJIRATAWA	33,3	41,6	85,7	9,8	8,6	8,5	13,6	56,7	40,5	9,5	15,1	8,0
GABI	13,7	38,3	93,9	12,3	7,4	5,3	5,1	63,7	40,4	7,8	6,1	11,5
GUIDAN AMOUMOUNE	29,4	33,3	75,2	13,6	18,4	25,8	21,0	64,5	45,4	20,5	16,0	8,3
KORNAKA	33,3	53,0	88,4	28,3	23,4	20,2	21,0	47,3	37,0	18,8	26,8	6,6
MAYAH	38,2	46,4	80,8	17,6	41,4	43,3	31,7	84,2	66,7	20,8	14,2	13,5
BAGAROUA	14,8	23,5	82,8	9,3	17,9	6,8	7,2	61,3	56,1	9,5	18,7	8,2
BAMBEYE	39,5	47,0	68,4	15,9	20,0	20,3	16,1	41,5	38,3	27,7	30,0	6,5
BANGUI	44,3	49,7	78,2	22,9	39,7	24,7	22,6	59,3	53,5	34,3	30,5	5,5
OURNO	42,3	39,3	84,0	22,2	22,3	21,3	18,2	50,0	38,1	17,5	12,7	4,8
TAJAE	42,2	47,7	84,2	37,8	42,1	37,5	37,2	57,7	54,0	44,0	36,4	11,0
TEBARAM	53,8	47,2	79,2	26,4	37,0	16,4	24,4	60,0	58,2	24,7	21,8	6,8
DOGO	62,0	70,0	88,8	25,9	31,2	44,4	36,5	68,9	53,6	34,1	24,6	5,2
GAFATI	37,8	43,0	74,0	36,9	40,8	38,4	36,9	61,8	50,4	31,8	27,1	7,5
KANTCHE	23,5	45,5	84,7	18,0	19,0	24,9	20,7	73,4	56,0	27,7	20,1	5,2
KOLERAM	75,2	57,9	68,5	52,3	54,4	44,2	50,7	59,1	54,8	48,1	43,4	7,5
OLLELEWA	39,6	28,1	83,4	18,0	18,7	20,7	29,2	63,6	50,8	18,0	14,3	9,8
TARKA (BELBEDJI)	47,1	33,7	74,3	21,2	26,2	15,8	25,8	57,4	40,4	33,1	24,4	27,8
YAOURI	58,9	60,9	87,1	38,3	39,7	39,7	42,3	61,1	62,2	48,7	33,1	20,6
ENSEMBLE	39,6	46,0	81,5	22,6	27,0	23,9	23,4	58,4	48,2	25,4	22,3	9,3

6.5.3.2 Au niveau des quatre départements

La situation au niveau des départements de Madarounfa, Mayahi, Matamèye et Mirriah est assez similaire à celle constatée dans les communes de convergence. Les signes de danger associés aux maladies des enfants les plus connus sont l'état fiévreux (83%), les vomissements (69%), la diarrhée (66%), l'aggravation de l'état de santé de l'enfant (49%), l'incapacité pour l'enfant de boire ou de téter (40%) et l'état léthargique ou l'inconscience (36%).

Tableau 85: Pourcentage des mères connaissant les signes de danger par type et par département

DEPARTEMENT	Incapable de boire ou de têter	Etat de l'enfant s'aggrave	Enfant devient fiévreux	Enfant respire rapidement	Enfant a des difficultés pour	Enfant a du sang dans les selles	Enfant boit difficilement	Enfant fait la diarrhée	Enfant fait des vomissements	Enfant léthargique ou inconscient	Enfant fait des convulsions	Autre
MADAROUNFA	25,5	38,4	89,9	15,8	9,2	7,9	8,6	55,2	42,1	10,0	11,8	9,7
MAYAHI	27,3	42,5	76,8	16,8	27,3	28,2	24,2	74,6	54,1	23,0	14,5	9,4
MATAMEYE	44,5	55,3	85,9	30,0	31,4	32,7	33,0	69,0	59,8	40,0	28,4	13,2
MIRRIAH	61,1	58,7	78,7	36,6	41,3	42,8	40,0	64,4	531,8	379,7	304,4	69,5
ENSEMBLE	39,7	48,6	82,8	24,8	27,1	27,7	26,2	65,5	68,5	36,0	27,9	12,7

6.6. Possession et utilisation de moustiquaires

Le paludisme constitue au Niger l'une des principales causes de morbidité et de mortalité plus particulièrement chez les groupes vulnérables (femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans). Au cours de l'enquête, des données sur la possession et l'utilisation des moustiquaires ont été collectées.

6.6.1. Possession de la moustiquaire

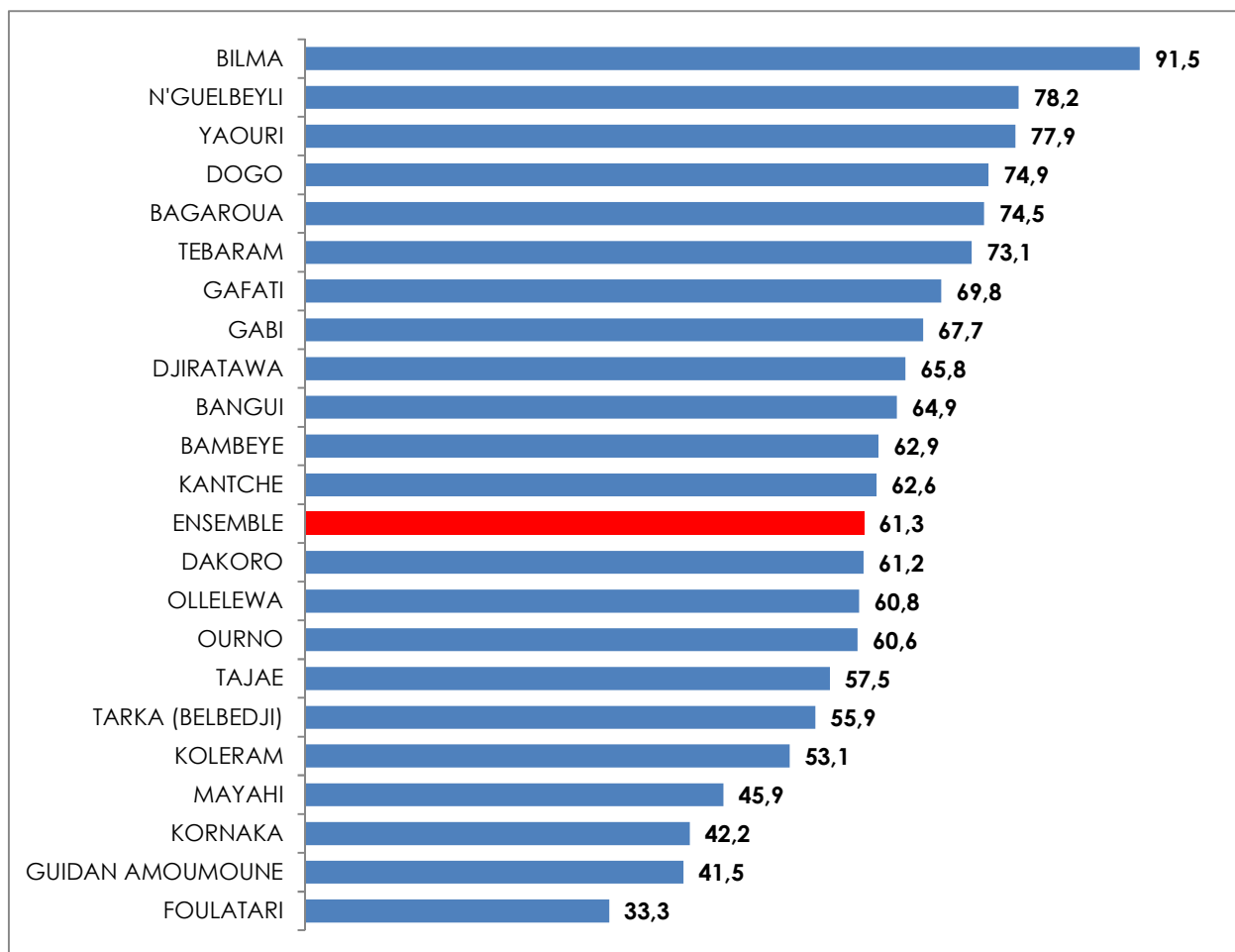
6.6.1.1 Au niveau des communes de convergence

Il ressort de l'examen du graphique ci-dessous que plus de trois ménages sur cinq possèdent au moins une moustiquaire. Les 22 communes peuvent être classées en trois grands groupes selon le pourcentage de ménages possédant la moustiquaire. Il s'agit :

- Des communes à faibles proportions (25% à 50%) de ménages possédant de moustiquaires telles que Foulatari, Guidan Amoumoune, Mayahi et Kornaka ;
- Des communes à proportions moyennes (50% à 75%) des ménages avec moustiquaires;
- Des communes à fortes proportions (plus de 75%) des ménages avec moustiquaires comme Bilma, N'Guelbeyli et Yaouri.

Des campagnes de distributions de moustiquaires peuvent être initiées dans les communes ayant un taux de possession relativement faible.

Graphique 16 : Pourcentages des ménages disposant de moustiquaire par commune



Dans l'ensemble des communes, les Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action (MILDA) sont les plus répandues. En effet, 59% des ménages ont des MILDA ; 11% déclarent détenir d'autres types de moustiquaires imprégnées et/ou des moustiquaires simples pour 31% des ménages.

Les ménages des communes de Foulatari, Bambèye, Bangui, Tebaram et Yaouri sont les plus défavorisés quant à la possession des MILDA.

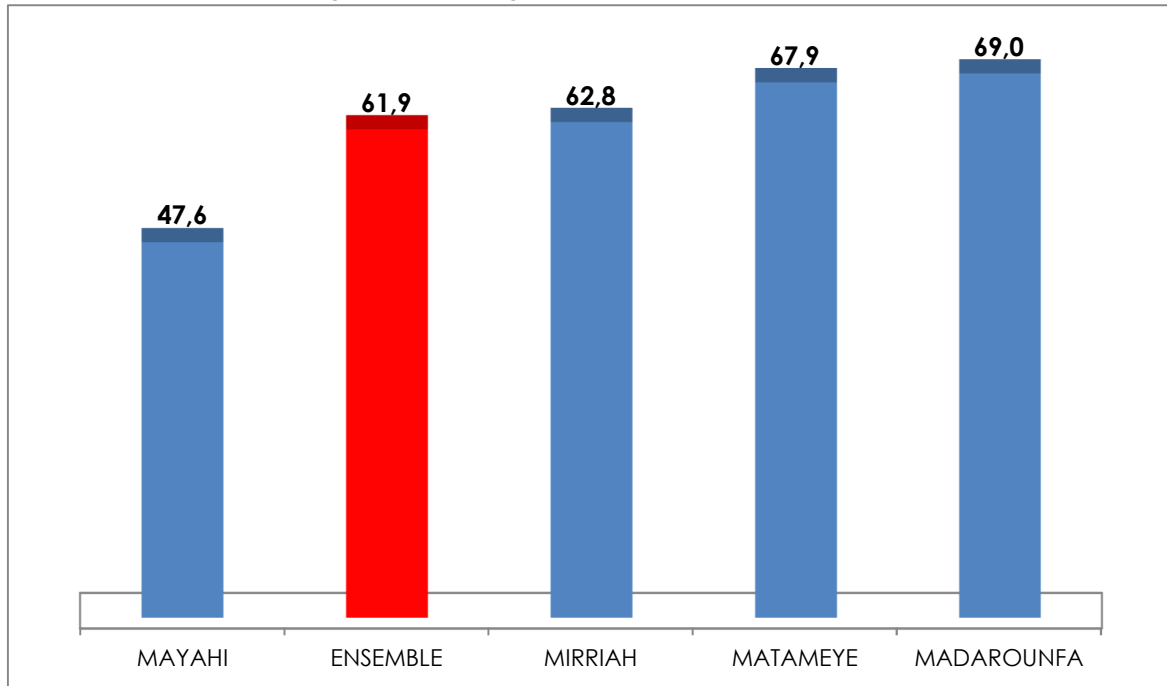
Tableau 86: Pourcentage des ménages possédant de moustiquaires par type et par commune

COMMUNE	Imprégnée longue durée	Autre type de moustiquaire imprégnée	Simple
BILMA	84,3	18,4	17,8
FOULATARI	48,9	4,4	31,1
N'GUELBEYLI	66,7	8,3	31,9
DAKORO	63,6	5,9	34,2
DJIRATAWA	68,2	5,7	26,4
GABI	56,7	30,8	11,1
GUIDAN AMOUMOUNE	66,8	3,2	30,3
KORNAKA	72,8	2,2	30,5
MAYAH	60,7	5,1	33,0
BAGAROUA	57,2	1,6	42,9
BAMBEYE	49,5	5,2	44,4
BANGUI	49,9	10,3	27,5
OURNO	51,2	23,8	26,9
TAJAE	67,7	23,4	12,5
TEBARAM	36,9	8,8	57,6
DOGO	58,6	7,2	38,2
GAFATI	60,3	23,3	33,9
KANTCHE	79,3	18,7	18,2
KOLERAM	46,9	16,8	34,6
OLLELEWA	65,4	10,3	27,0
TARKA (BELBEDJI)	72,8	4,4	28,9
YAOURI	48,8	15,4	34,3
ENSEMBLE	59,0	11,1	31,3

6.6.1.2 Au niveau des quatre départements

A l'exception du département de Mayahi où moins de la moitié des ménages possèdent de moustiquaires, dans les autres départements plus de 62% en disposent.

Graphique 17 : Pourcentages des ménages disposant de moustiquaire par département



La situation des quatre départements est semblable à celle des 22 communes de convergence avec une moindre proportion des ménages possédant des moustiquaires simples au profit de ceux possédant les autres types de moustiquaires imprégnées.

Tableau 87: Pourcentage des ménages possédant de moustiquaires par type et par département

DEPARTEMENT	Imprégnée longue durée	Autre type de moustiquaire imprégnée	Simple
MADAROUNFA	59,7	20,5	17,3
MAYAHI	66,0	21,0	28,8
MATAMEYE	60,2	14,9	31,2
MIRRIAH	52,6	12,6	39,4
ENSEMBLE	59,3	17,2	28,6

6.6.2. Utilisation des MILDA

6.6.2.1 Au niveau des communes de convergence

L'utilisation de la moustiquaire imprégnée à longue durée est essentielle pour préserver les jeunes enfants et les femmes enceintes du paludisme qui est l'une des causes majeures de morbidité et de mortalité pour ces cibles. Toutefois dans les communes de convergence, seuls 68% des enfants âgés de moins de cinq ans et 15% des femmes enceintes dorment sous une moustiquaire imprégnée à longue durée d'action. Des disparités importantes ont été relevées entre les communes de convergence. Les pourcentages les plus faibles d'enfants âgés de moins de cinq ans dormant sous moustiquaire imprégnée ont été relevés dans les communes de N'Guelbeyli ; Tarka ; Kantché et Yaouri. Avec moins de 15% des femmes enceintes dormant sous MILDA les communes de Foulatari, de N'Guelbeyli, de Mayahi, d'Ourno, de Gabi, de Dakoro, de Tajae, de Guidan Amoumoune, de Djiratawa, de Bambèye, de Dogo et de Tarka présentent les performances les plus faibles.

En revanche, avec plus de trois quart des enfants âgés de moins de cinq ans dormant sous MILDA les communes de Bilma, Ourno, Ollelewa, Dakoro, Mayahi, Gafati, Bangui, Tajae et Kornaka présentent les meilleures performances en matière d'utilisation des MILDA. Au regard du faible taux d'utilisation des MILDA parmi les femmes enceintes seules les communes de Bilma, Kornaka et Gafati présentent des taux d'utilisation supérieurs à 30% et Gafati présentent des taux d'utilisation supérieurs à 30%.

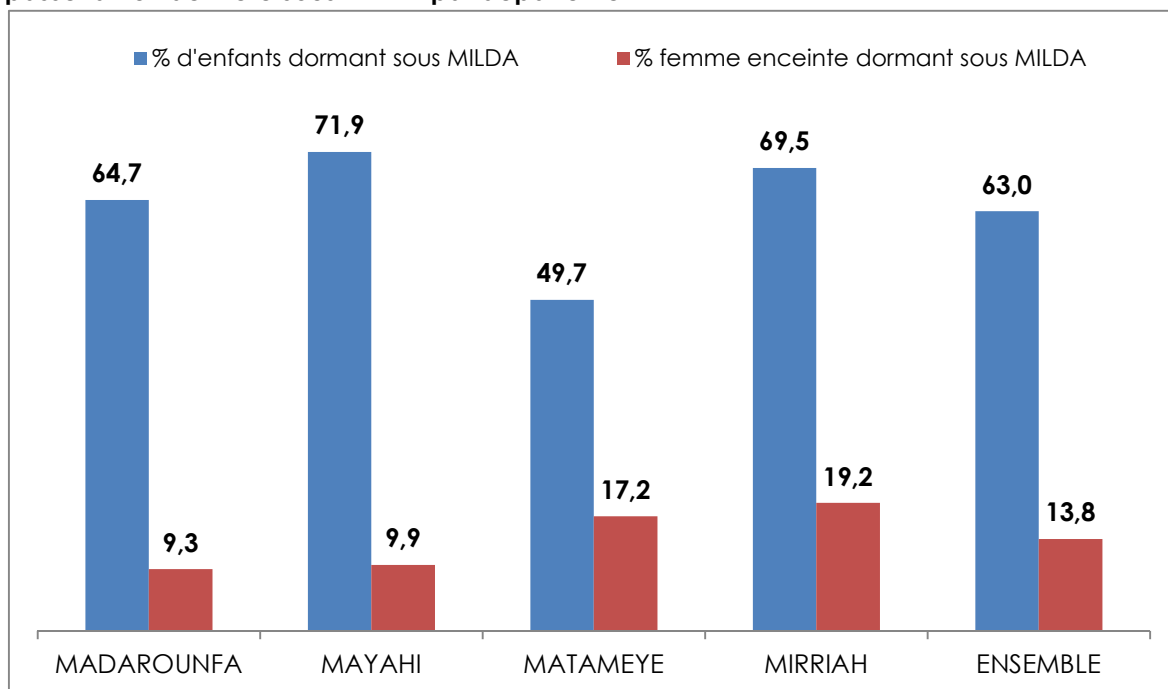
Tableau 88: Pourcentage des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes ayant passé la nuit dernière sous MILDA par commune

Commune	% d'enfants ayant dormi sous MILDA	% femme enceinte dormant sous MILDA
AGADEZ		
BILMA	73,6	34,8
DIFFA		
FOULATARI	57,1	0,0
N'GUELBEYLI	28,1	0,0
MARADI		
DAKORO	80,7	7,0
DJIRATAWA	68,9	12,0
GABI	64,7	6,2
GUIDAN AMOUMOUNE	51,5	10,7
KORNAKA	90,0	38,8
MAYAH	80,9	2,5
TAHOUA		
BAGAROUA	62,0	16,5
BAMBEYE	55,6	11,5
BANGUI	85,0	23,6
OURNO	74,6	4,3
TAJAE	85,5	7,2
TEBARAM	69,4	27,8
ZINDER		
DOGO	67,7	13,3
GAFATI	83,4	44,5
KANTCHE	43,0	16,0
KOLERAM	53,2	15,8
OLLELEWA	74,7	20,3
TARKA (BELBEDJI)	33,0	13,7
YAOURI	46,0	9,6
ENSEMBLE	67,9	15,2

6.6.2.2 Au niveau des quatre départements

On note que les départements de Matamèye et de Mirriah présentent les plus grandes proportions de ménages dans lesquels les femmes enceintes ont passé la nuit précédant le passage de l'agent enquêteur sous MILDA. Toutefois, s'agissant des enfants de moins de cinq ans qui ont dormi sous MILDA, Mayahi (72%) et Mirriah (69,5%) sont beaucoup plus performants.

Graphique 18 : Pourcentage des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes ayant passé la nuit dernière sous MILDA par département



6.6.3. Les barrières à l'utilisation des moustiquaires

Dans les communes de convergence, la grande partie des ménages (37,9%) n'utilise pas les moustiquaires tout simplement parce que cela n'est pas considéré comme nécessaire. D'aucuns (32,8%) soutiennent que cela est imputable à la négligence. Pour d'autres (13%) encore, c'est parce qu'il est inconfortable de passer la nuit sous moustiquaire.

Tableau 89: Raisons évoquées de la non-utilisation de la moustiquaire par commune

COMMUNE	Ne pense pas que c'est nécessaire	N'est pas à l'aise	Négligence	Ignorance	Autres
BILMA	28,7	5,6	65,7	0,0	0,0
FOULATARI	64,3	14,3	10,7	3,6	7,1
N'GUELBEYLI	48,8	16,7	21,2	2,4	10,8
DAKORO	52,0	6,0	38,3	0,6	3,0
DJIRATAWA	33,0	15,9	41,6	3,3	6,2
GABI	52,0	14,5	29,0	0,9	3,7
GUIDAN AMOUMOUNE	23,8	10,2	47,2	3,0	15,8
KORNAKA	11,6	13,4	31,4	11,3	32,2
MAYAH	39,5	6,9	44,3	0,0	9,3
BAGAROUA	25,1	13,8	26,1	2,4	32,6
BAMBEYE	43,7	20,2	34,0	1,1	1,1
BANGUI	30,3	8,4	52,1	4,6	4,5
OURNO	21,0	15,9	32,1	6,1	24,9
TAJAE	34,5	11,0	31,3	11,0	12,3
TEBARAM	17,0	7,8	52,8	17,8	4,6
DOGO	40,9	19,1	35,8	1,2	3,0
GAFATI	35,1	18,0	5,3	0,0	41,6
KANTCHE	30,5	12,6	18,5	1,0	37,3
KOLERAM	16,6	24,9	36,1	12,4	10,0
OLLELEWA	60,3	11,8	13,0	4,9	10,0
TARKA (BELBEDJI)	43,6	13,6	22,5	3,4	16,9
YAOURI	31,1	29,9	36,7	0,0	2,2
ENSEMBLE	37,9	13,0	32,8	4,0	12,3

6.7. Lavage des mains

Le lavage des mains au savon est l'une des pratiques familiales jugées indispensables pour la survie et le développement de l'enfant. La pratique est particulièrement recommandée au cours des cinq moments critiques suivants : avant de préparer à manger, avant de préparer à manger pour les enfants, avant de nourrir les enfants, après avoir mangé, après avoir été aux toilettes et après avoir nettoyé un enfant ayant déféqué.

6.7.1. Les moments du lavage des mains

6.7.1.1 Au niveau des communes de convergence

Dans les communes de convergences seules 38,7% des mères pratiquent le lavage des mains aux cinq moments critiques recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les communes dans lesquelles la pratique du lavage des mains aux cinq moments critiques s'avère moins fréquente sont celles de N'Guelbeyli, Bagaroua, Gabi, Tebaram, Ourno, Bangui et Ollelewa où moins d'une mère sur trois pratique le lavage des mains. De manière générale, les communes qui se distinguent par le faible engagement des acteurs locaux dans la promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) sont celles où la pratique du lavage des mains s'avère moins fréquente. Il s'agit des communes de Dakoro, Ourno, Kantché, Tebaram, N'Guelbeyli, Kornaka, Bangui, Guidan Amoumoune, Bambèye, Foulatari et Tarka.

Les résultats de l'enquête de base montrent également que dans les communes de convergence, la pratique du lavage des mains se fait plus fréquemment avant de préparer les repas (76%), après avoir été aux toilettes (65%), avant de nourrir les enfants (64%), après avoir nettoyé un enfant ayant déféqué (61%) et avant de préparer à manger pour les enfants (59%).

Tableau 90: Pratique de lavage des mains par commune selon le moment

COMMUNE	MOMENTS DU LAVAGE DES MAINS						Lavage des mains aux 5 moments critiques
	Avant de préparer à manger	Avant de préparer à manger pour les enfants	Avant de nourrir les enfants	Après avoir mangé	Après avoir été aux toilettes	Après avoir nettoyé un enfant qui a déféqué	
BILMA	71,7	68,9	73,0	91,4	78,5	74,7	47,2
FOULATARI	61,1	50,7	57,6	85,6	89,1	86,0	40,6
N'GUELBEYLI	67,7	31,7	30,0	73,7	20,1	13,1	2,7
DAKORO	89,8	74,4	80,7	80,5	87,7	85,7	68,3
DJIRATAWA	76,4	65,3	67,9	85,5	61,5	54,8	39,9
GABI	83,1	29,1	38,3	71,5	33,5	31,7	17,3
GUIDAN AMOUMOUNE	73,0	59,9	69,2	88,0	70,0	59,5	34,7
KORNAKA	82,8	70,8	73,0	83,2	66,0	55,0	50,0
MAYAH	75,0	67,6	78,2	92,2	89,5	87,7	58,0
BAGAROUA	80,5	44,8	51,2	93,1	49,6	51,8	15,1
BAMBEYE	77,7	58,7	59,7	85,5	70,7	65,2	42,6
BANGUI	49,5	49,0	59,2	80,3	82,8	75,4	26,3
OURNO	79,0	49,5	52,9	74,1	45,5	50,3	24,6
TAJAE	74,9	65,3	68,0	70,3	59,2	57,2	40,5
TEBARAM	83,6	55,9	52,2	75,3	51,9	35,3	23,1
DOGO	78,7	77,5	89,2	90,5	84,2	84,5	61,2
GAFATI	81,7	82,1	85,4	96,8	86,5	85,1	61,4
KANTCHE	73,7	49,1	56,9	78,6	50,8	45,9	40,0
KOLERAM	88,7	84,0	89,2	87,8	79,4	68,4	63,7
OLLELEWA	63,4	60,3	54,5	78,4	38,5	42,5	27,6
TARKA (BELBEDJI)	87,4	55,4	47,3	89,7	64,8	59,2	29,6
YAOURI	82,7	63,3	71,7	90,1	78,2	73,2	53,8
ENSEMBLE	75,9	59,3	63,5	83,0	65,2	61,3	38,7

6.7.1.2Au niveau des quatre départements

Au niveau des départements de Madarounfa, Mayahi, Matamèye et Mirriah une mère sur deux (50%) pratique le lavage des mains aux cinq moments critiques. La pratique s'avère plus fréquente à Madarounfa (65%) que dans les autres communes. Le département de Mayahi présente les performances les plus faibles avec 40% des mères pratiquant le lavage des mains au cours des cinq moments critiques.

Tableau 91: Pratique de lavage des mains par commune selon le moment

DEPARTEMENT	MOMENTS DU LAVAGE DES MAINS						Lavage des mains aux 5 moments critiques
	Avant de préparer à manger	Avant de préparer à manger pour les enfants	Avant de nourrir les enfants	Après avoir mangé	Après avoir été aux toilettes	Après avoir nettoyé un enfant qui a détrequé	
MADAROUNFA	81,9	54,0	58,3	80,3	51,6	48,4	64,8
MAYAHI	78,8	69,6	75,5	86,8	80,7	76,1	47,5
MATAMEYE	79,5	61,6	68,9	86,1	70,4	65,5	48,4
MIRRIAH	82,3	78,1	85,7	90,3	80,7	76,2	40,4
ENSEMBLE	80,7	66,2	72,5	86,0	70,9	66,7	50,1

6.7.2. Les produits utilisés pour le lavage des mains

6.7.2.1 Au niveau des communes de convergence

La pratique du lavage des mains est certes importante mais son efficacité dépend grandement du type de produits utilisés à cet effet. Près de la moitié des mères utilisent l'eau et le savon pour le lavage des mains. Notons en outre que près de deux mères sur cinq (39%) utilisent seulement de l'eau pour le lavage des mains ; ce qui n'est pas de nature à protéger les enfants contre les maladies infectieuses et parasitaires. L'eau, le sable et la cendre sont utilisés par 13% des mères.

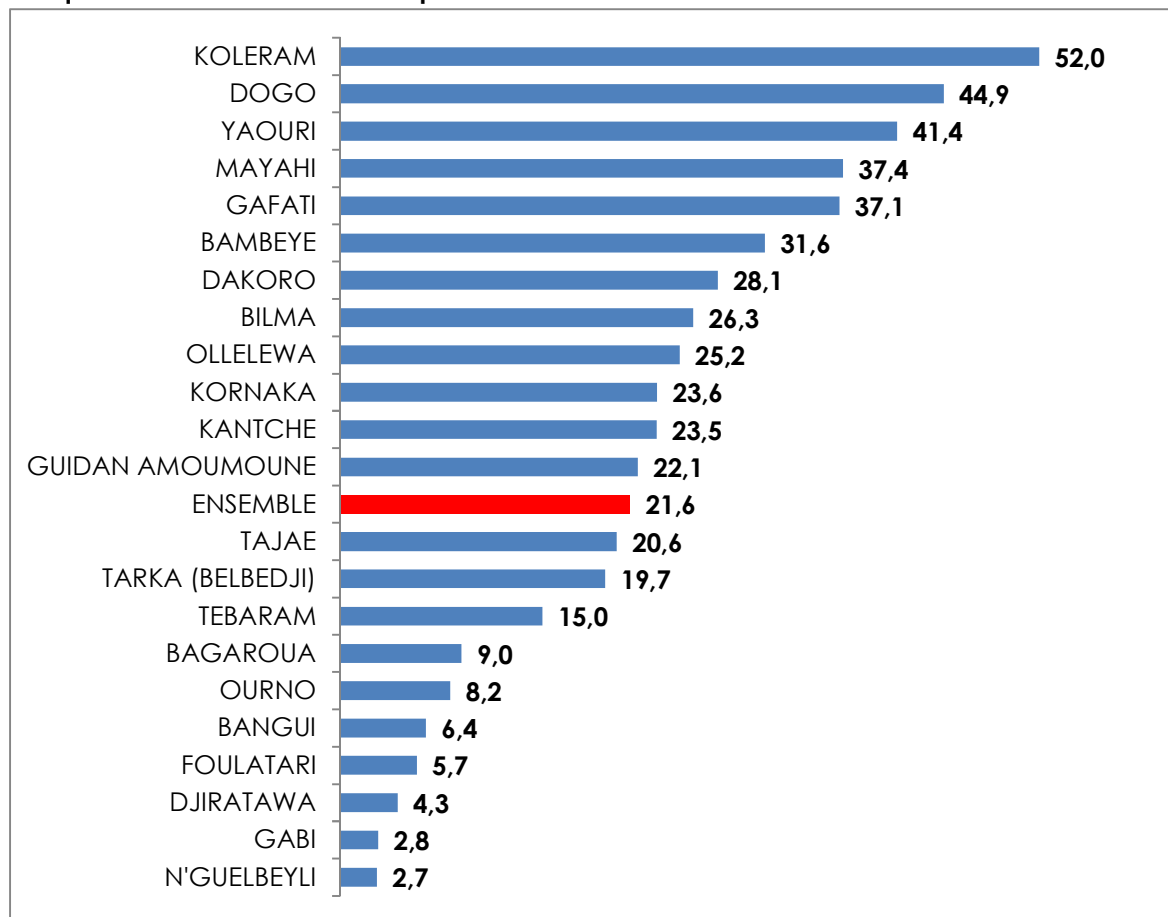
Les résultats de l'enquête de base révèlent en outre que la pratique du lavage des mains à l'eau et au savon s'avère plus fréquente dans les communes de Koléram, Dogo, Yaouri, Mayahi, Ollelewa et Guidan Amoumoune où plus de 60% des mères s'y adonnent. Les performances les plus faibles sont notées à Bangui, Foulatari, Djiratawa, Gabi, Ourno et Tajae où moins d'un tiers des mères ont recours à l'eau et au savon pour le lavage des mains.

Tableau 92: Type de produits utilisés pour le lavage de mains par commune

COMMUNE	Eau simple	Eau+sable+cendre	Eau+savon	Autres
BILMA	36,9	13,7	49,3	0,0
FOULATARI	73,4	6,6	19,7	0,4
N'GUELBEYLI	47,8	8,3	43,9	0,0
DAKORO	40,3	12,6	46,4	0,7
DJIRATAWA	59,7	8,1	32,2	0,1
GABI	58,4	9,9	31,6	0,1
GUIDAN AMOUMOUNE	30,8	7,6	61,6	0,0
KORNAKA	32,1	14,1	53,8	0,0
MAYAH	28,2	9,0	62,7	0,1
BAGAROUA	38,0	10,6	51,3	0,2
BAMBEYE	28,1	14,4	57,0	0,5
BANGUI	69,7	11,4	19,0	0,0
OURNO	44,1	21,5	32,9	1,5
TAJAE	42,2	25,2	32,6	0,0
TEBARAM	44,3	17,0	38,4	0,3
DOGO	18,9	13,2	68,0	0,0
GAFATI	30,9	15,1	54,1	0,0
KANTCHE	24,9	15,7	58,6	0,8
KOLERAM	12,8	12,8	74,5	0,0
OLLELEWA	26,5	11,8	61,6	0,1
TARKA (BELBEDJI)	35,4	8,8	55,6	0,2
YAOURI	16,3	18,5	65,3	0,0
ENSEMBLE	38,7	13,2	47,9	0,3

Ainsi, les résultats de l'enquête montrent que la pratique du lavage des mains à l'eau et au savon au cours des cinq moments critiques est dans l'ensemble appliquée par près d'une mère sur cinq (22%). Comme le montre le graphique ci-dessous, le niveau d'adoption de la pratique du lavage des mains à l'eau et au savon est très faible dans les communes de N'Guelbeyli, Gabi, Djiratawa, Bangui, Ourno et Bagaroua où moins de 10% des mères et gardiennes d'enfants y ont recours. Cette pratique semble en revanche assez bien intégrée dans les habitudes quotidiennes des mères et gardiennes d'enfants au niveau des communes de Koléram (52%), Dogo (45%) et Yaouri où plus de quatre mères sur dix ont recours au lavage des mains à l'eau et au savon au cours des cinq moments critiques.

Graphique 19 : Pourcentage des mères pratiquant le lavage des mains durant les cinq moments critiques avec l'eau et du savon par commune



6.7.2.2 Au niveau des quatre départements

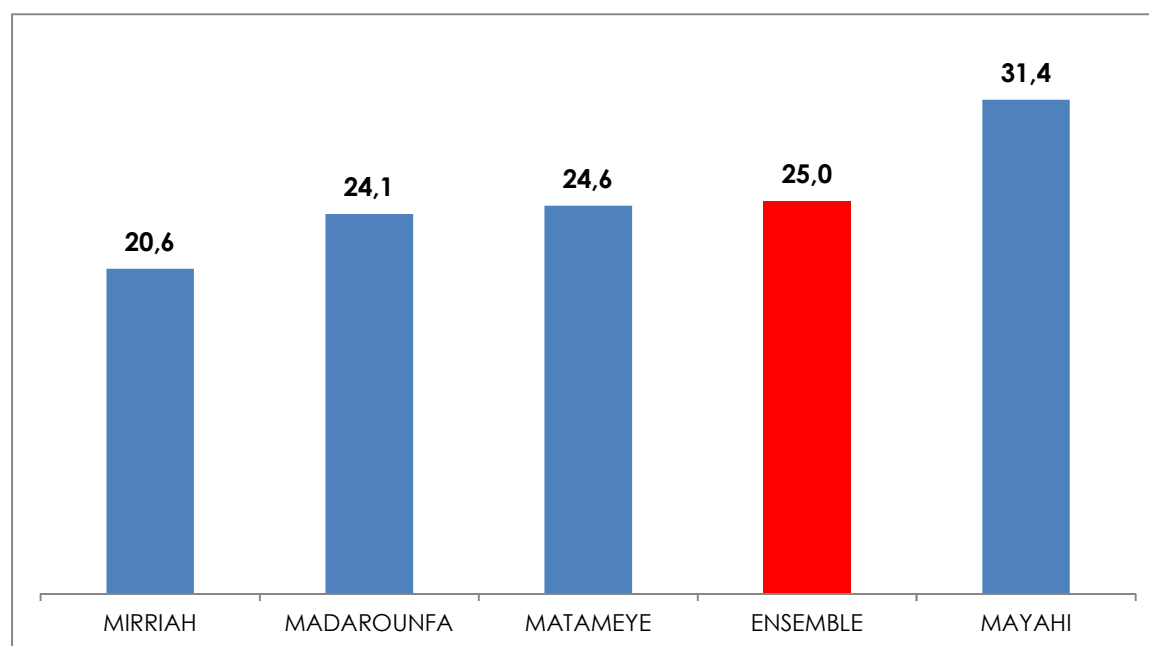
Tout comme la pratique du lavage des mains au cours des cinq moments critiques, l'utilisation de l'eau et du savon s'avère plus fréquente dans les quatre départements. Près de deux tiers des mères ont recours à l'eau et au savon pour le lavage de leurs mains dans les quatre départements. L'analyse des disparités montre que c'est à Mayahi et Mirriah que l'utilisation de l'eau et du savon pour le lavage des mains est plus fréquente. Dans ces deux départements près de deux tiers des mères ont recours à l'eau et au savon pour le lavage de leurs mains.

Tableau 93: Type de produits utilisés pour le lavage de mains par département

DEPARTEMENT	Eau simple	Eau+sable+cendre	Eau+savon	Autres
MADAROUNFA	57,3	9,2	33,4	0,1
MAYAH	20,5	14,3	65,0	0,2
MATAMEYE	25,0	14,5	60,3	0,3
MIRRIAH	20,6	14,6	64,9	0,0
ENSEMBLE	30,9	13,1	55,9	0,1

Le graphique ci-dessous montre qu'au niveau des départements ciblés dans le cadre de l'enquête de base, en moyenne une mère ou gardienne d'enfant de moins de cinq (5) ans sur quatre pratiquent le lavage des mains à l'eau et au savon au cours des cinq moments critiques. C'est à Mayahi que la pratique s'avère plus fréquent avec près d'une mère ou gardienne sur trois qui s'y adonne.

Graphique 20 : Pourcentage des mères pratiquant le lavage des mains durant les cinq moments critiques avec l'eau et du savon par département



6.7.3. Promotion des Pratiques Familiales Essentielles

La promotion des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) est une stratégie à base communautaire reposant sur la mobilisation des communautés à travers un réseau de relais et d'animateurs en vue de susciter leur engagement en faveur de l'adoption de comportements favorables à une meilleure prévention et une prise en charge de la

malnutrition et des maladies de l'enfant. Les pratiques familiales essentielles promues pour la survie et le développement de l'enfant sont :

- L'**Allaitement exclusif** pendant les premiers mois de la vie ;
- L'introduction des **aliments de complément de qualité** à partir du 6^{ème} mois pour compléter l'allaitement maternel
- **Le lavage des mains à l'eau et au savon** pour prévenir les maladies diarrhéiques et parasitaires
- L'utilisation de la **thérapie de réhydratation orale** en cas de diarrhée
- L'utilisation des **moustiquaires imprégnées**
- La reconnaissance des **signes de danger** relatives aux trois principales maladies de l'enfant (paludisme, diarrhée, pneumonie) et recherche des soins médicaux pour la prise en charge
- L'utilisation des **services préventifs** tels que la vaccination, le déparasitage et la supplémentation en vitamine A.

L'analyse des données montre que dans les communes de convergence, un village sur trois dispose d'acteurs impliqués dans la promotion des PFE. Les communes de Dakoro, Ourno, Kantché Tebaram, N'Guelbeyli, Kornaka et Bangui sont celles où l'engagement des communautés en faveur de la mise en œuvre des PFE paraît plus faible. En effet, dans ces communes moins de 15% des villages ont des acteurs impliqués dans la promotion des PFE. Par contre, les communes de Bilma, Ollelewa, Gafati, Mayahi, Djiratawa et Koléram présentent les meilleures performances avec plus de deux tiers des villages mettant en œuvre des interventions pour la promotion des pratiques familiales essentielles.

A Bilma, tous les villages mettent en œuvre les PFE avec la mobilisation et l'engagement de tous les acteurs locaux communautaires : relais communautaires, groupements féminins, leaders traditionnels et religieux, matrones, enseignants, Associations Sportives et Culturelles (ASC) et animateurs de radios communautaires. Cette forte mobilisation des acteurs communautaires semble induire des comportements préventifs et curatifs plus adéquats à Bilma comparé aux autres communes de convergence.

Tableau 94: Acteurs impliqués dans la promotion de la PFE

COMMUNE	Acteurs impliqués la promotion PFE	Type d'acteurs						
		Relais communautaire	Groupements féminins	Leaders traditionnels et religieux	Matrones	Enseignants	ASC	Animateur radio communautaire
BILMA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
FOULATARI	18,8	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
N'GUELBEYLI	12,5	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
DAKORO	7,7	100,0	33,3	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0
DJIRATAWA	70,0	53,6	39,3	25,0	39,3	21,4	25,0	7,1
GABI	31,7	46,2	61,5	46,2	30,8	0,0	7,7	0,0
GUIDAN AMOUMOUNE	17,1	42,9	42,9	14,3	14,3	14,3	0,0	14,3
KORNAKA	13,2	100,0	100,0	60,0	40,0	40,0	100,0	66,7
MAYAH	70,7	93,1	58,6	10,3	10,3	10,3	27,6	13,8
BAGAROUA	57,5	82,6	8,7	4,3	56,5	4,3	26,1	17,4
BAMBEYE	17,5	57,1	42,9	0,0	28,6	0,0	0,0	0,0
BANGUI	12,8	60,0	0,0	40,0	20,0	20,0	40,0	40,0
OURNO	7,7	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7	66,7	33,3
TAJAE	30,8	91,7	16,7	58,3	25,0	8,3	8,3	0,0
TEBARAM	10,5	50,0	50,0	0,0	50,0	50,0	25,0	0,0
DOGO	69,7	91,3	73,9	17,4	8,7	8,7	4,3	4,5
GAFATI	72,7	75,0	4,2	4,2	4,2	0,0	4,2	0,0
KANTCHE	10,3	100,0	66,7	66,7	66,7	66,7	100,0	100,0
KOLERAM	66,7	71,4	64,3	35,7	14,3	14,3	7,1	0,0
OLLELEWA	28,1	77,8	0,0	11,1	0,0	11,1	11,1	0,0
TARKA (BELBEDJI)	20,7	66,7	50,0	33,3	33,3	16,7	33,3	33,3
YAOURI	60,6	70,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15,0	15,0
ENSEMBLE	34,0	74,5	36,8	20,6	22,7	11,7	19,4	11,7

Les résultats de l'enquête confirment que la mise en œuvre des PFE repose essentiellement sur la disponibilité des relais au niveau communautaire. En effet, près des trois quart des acteurs engagés dans la promotion des PFE dans les communes de convergence sont des relais communautaires. Ensuite, viennent les groupements féminins (37%), les matrones (23%), les leaders religieux et traditionnels (21%), les agents de santé communautaire (19%) et les radios communautaires (12%).

Tableau 95: Acteurs mobilisés dans l'exécution de la promotion de la PFE

COMMUNE	% villages disposant d'ONG/associations mobilisant les acteurs pour exécuter les activités de la promotion PFE	Type d'acteurs						
		Relais communautaire	Groupements féminins	Leaders traditionnels et religieux	Matrones	Enseignants	ASC	Animateur radio communautaire
BILMA	50,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
FOULATARI	6,3	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
N'GUELBEYLI	12,5	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
DAKORO	0,0	-	-	-	-	-	-	-
DJIRATAWA	25,0	80,0	63,6	45,5	27,3	27,3	18,2	9,1
GABI	26,8	72,7	45,5	36,4	9,1	9,1	27,3	0,0
GUIDAN AMOUMOUNE	9,8	50,0	75,0	50,0	25,0	75,0	50,0	50,0
KORNAKA	13,5	100,0	100,0	40,0	20,0	20,0	60,0	40,0
MAYAH	32,5	76,9	76,9	7,7	15,4	0,0	15,4	0,0
BAGAROUA	62,5	72,0	4,0	0,0	28,0	0,0	32,0	12,0
BAMBEYE	32,5	61,5	33,3	16,7	25,0	0,0	8,3	8,3
BANGUI	23,1	77,8	11,1	33,3	0,0	0,0	33,3	0,0
OURNO	10,3	25,0	50,0	50,0	50,0	25,0	50,0	0,0
TAJAE	18,9	85,7	85,7	0,0	85,7	0,0	0,0	0,0
TEBARAM	36,8	50,0	14,3	0,0	7,7	7,7	7,7	0,0
DOGO	69,7	82,6	65,2	21,7	13,0	8,7	8,7	4,3
GAFATI	54,5	94,4	11,1	5,6	0,0	0,0	0,0	0,0
KANTCHE	17,2	80,0	80,0	60,0	40,0	80,0	80,0	60,0
KOLERAM	52,4	63,6	54,5	18,2	0,0	27,3	9,1	0,0
OLLELEWA	30,0	88,9	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1	0,0
TARKA (BELBEDJI)	10,7	100,0	0,0	0,0	33,3	33,3	0,0	33,3
YAOURI	63,6	66,7	0,0	4,8	0,0	0,0	14,3	9,5
ENSEMBLE	29,1	74,2	34,9	16,7	16,3	9,6	18,2	7,7

Le tableau ci-dessous atteste que près de deux villages sur cinq (38%) dans les communes de convergence ont bénéficié de visites des relais communautaires au cours des trois derniers mois.

La fréquence des visites des relais est plus élevée à Gafati, Koléram, Ollelewa, Tarka, Djiratawa et Bagaroua. Les communes de Dakoro, Kornaka, Guidan Amoumoune, Gabi, Tajae, Tebaram et Kantché enregistrent les plus faibles performances en matière d'implication de relais communautaires dans la promotion des PFE.

Le nombre moyen de visites des relais communautaires au cours des trois derniers mois est de 4,3 dans les 22 communes de convergence. C'est à Djiratawa (8,5), N'Guelbeyli (7,5) et Bilma (6) que les visites des relais communautaires s'avèrent plus fréquentes.

Tableau 96: Villages visités par un relais communautaire au cours des trois derniers mois par commune et par nombre moyen de visites

COMMUNE	% des villages visités par un relais communautaire au cours des trois derniers mois	Nombre moyen de visites
BILMA	50,0	6,0
FOULATARI	40,6	2,3
N'GUELBEYLI	25,0	7,5
DAKORO	0,0	-
DJIRATAWA	55,3	8,5
GABI	17,1	5,1
GUIDAN AMOUMOUNE	12,2	2,4
KORNAKA	7,9	7,0
MAYAHI	47,5	3,2
BAGAROUA	52,5	4,4
BAMBEYE	42,5	3,1
BANGUI	30,8	1,8
OURNO	25,6	3,0
TAJAE	23,1	5,6
TEBARAM	23,7	5,0
DOGO	65,6	4,7
GAFATI	75,8	4,3
KANTCHE	24,1	1,9
KOLERAM	75,0	4,1
OLLELEWA	67,7	3,7
TARKA (BELBEDJI)	66,7	2,1
YAOURI	57,6	4,6
ENSEMBLE	38,2	4,3

7. Éducation

Cette section s'intéresse au volet éducation de l'étude. On y aborde notamment les questions d'offre de service scolaire et de qualité à travers l'existence d'un certain nombre d'infrastructures. La fréquentation des établissements scolaires en l'occurrence le primaire et le collège est également abordée.

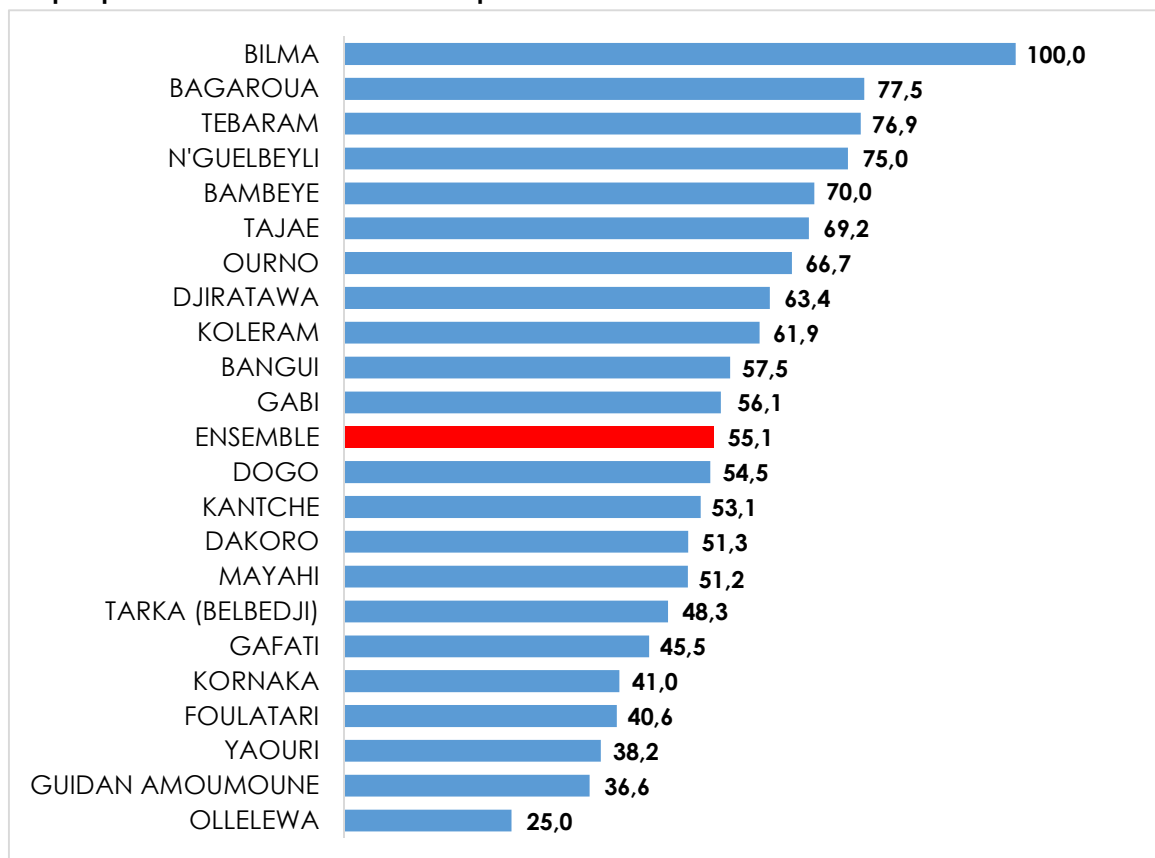
7.1. Accès à une école primaire

7.1.1. Existence d'une école primaire

7.1.1.1 Au niveau des communes de convergence

Le graphique suivant représente les proportions de villages disposant d'une école primaire par commune. L'analyse de ce graphique montre que dans l'ensemble, 55,1% des villages disposent d'une école primaire. C'est dans la commune d'Ollelewa que moins de villages disposent d'une école primaire; seulement 25% en comptent alors qu'à Bilma chaque village dispose d'une école primaire.

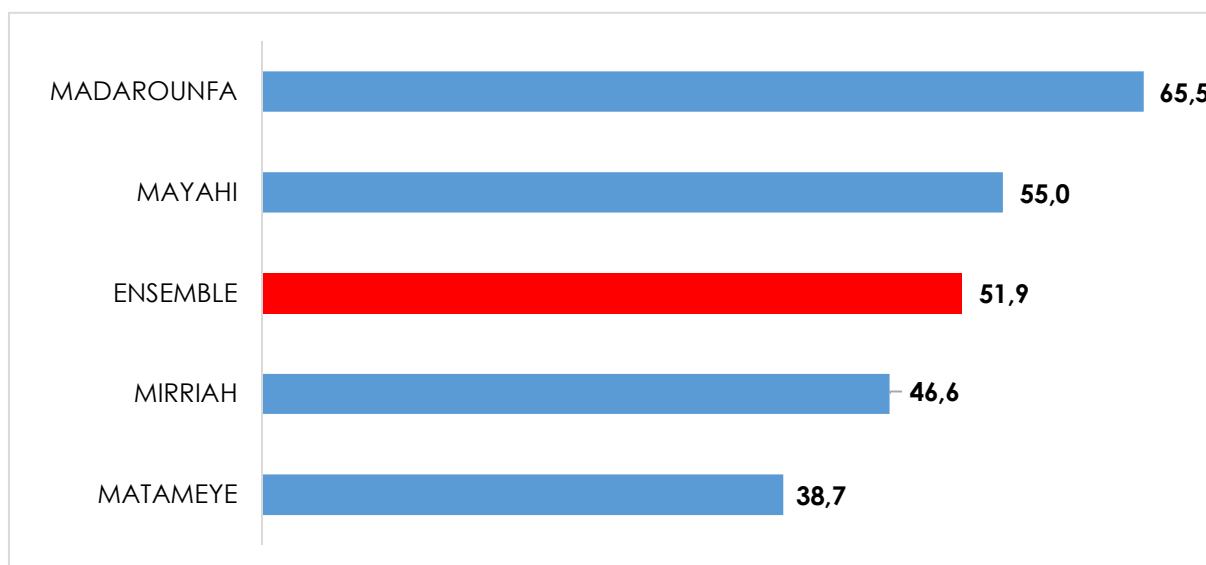
Graphique 21: Existence d'une école primaire dans commune



7.1.2 Au niveau des quatre départements

S'agissant des départements, dans l'ensemble, 51,9% des villages disposent d'une école primaire avec des disparités. Environ deux villages sur trois disposent d'une école primaire à Madarounfa (65,5%) alors qu'à Matamèye, la proportion est de 38,7%.

Graphique 22: Existence d'une école primaire par département



7.1.2. Infrastructures dans les écoles primaires

7.1.2.1 Au niveau des communes de convergence

Il ressort de l'analyse des données que dans 23,3% des villages, l'école primaire dispose de latrines séparées filles/garçons et dans environ 20% des villages, l'école primaire est munie de latrines communes. Un dispositif de lavage de main et un point d'eau fonctionnel existent respectivement dans 9,8% et 8,6% des écoles primaires dans les communes de convergence. Une absence de latrines a été notée dans les écoles primaires de Bilma et de Foulatari. De même à Ollelewa et Tebaram, on note une absence de points d'eau fonctionnels dans les écoles primaires. Les données du tableau ci-dessous montrent également que près d'une école primaire sur trois (32%) n'est pas dotée de dispositif de lavage des mains indispensables pour l'hygiène et la qualité de l'environnement scolaire. Il s'agit notamment des écoles primaires des communes de Bilma, N'Guelbeyli, Dakoro, Gabi, Guidan Amoumoune et Ollelewa.

Tableau 97 : Infrastructures dans les écoles primaires par communes

COMMUNE	Latrines communes	Latrines séparées F/G	Dispositif de lavage de main	Point d'eau fonctionnel
BILMA	0,0	0,0	0,0	100,0
FOULATARI	0,0	0,0	7,7	15,4
N'GUELBEYLI	16,7	0,0	0,0	33,3
DAKORO	21,1	15,8	0,0	5,3
DJIRATAWA	40,0	29,2	4,0	12,0
GABI	8,7	34,8	0,0	4,3
GUIDANAMOUMOUNE	6,7	0,0	0,0	0,0
KORNAKA	12,5	12,5	6,3	6,3
MAYAHI	18,2	0,0	0,0	4,8
BAGAROUA	23,3	16,7	10,0	6,7
BAMBEYE	21,4	14,3	3,6	10,7
BANGUI	17,4	13,0	8,7	8,7
OURNO	3,8	7,7	3,8	7,7
TAJAE	55,6	70,4	22,2	7,4
TEBARAM	3,3	6,7	3,3	0,0
DOGO	27,8	22,2	11,1	11,1
GAFATI	31,3	37,5	37,5	6,3
KANTCHE	22,2	44,4	33,3	22,2
KOLERAM	14,3	42,9	35,7	7,1
OLLELEWA	0,0	25,0	0,0	0,0
TARKA (BELBEDJI)	14,3	28,6	21,4	7,1
YAOURI	29,4	58,8	5,9	11,8
ENSEMBLE	19,8	23,3	9,8	8,6

7.1.2.2 Au niveau des quatre départements

Le tableau ci-après présente les résultats obtenus par département. Dans l'ensemble, 27,5% des villages disposent de latrines séparées filles/garçons dans leurs écoles primaires. Dans 23,5% des villages, l'école primaire dispose de latrines communes. En outre, respectivement 12,7% et 11% des villages ont des écoles primaires dotées d'un dispositif de lavage de main et un point d'eau fonctionnel.

Tableau 98: Infrastructures dans les écoles primaires par département

DEPARTEMENT	Latrines communes	Latrines séparées F/G	Dispositif de lavage de main	Point d'eau fonctionnel
MADAROUNFA	28,8	26,4	4,1	11,0
MAYAHI	14,9	12,1	6,1	10,6
MATAMEYE	24,4	48,8	22,0	14,6
MIRRIAH	26,3	31,6	24,6	8,8
ENSEMBLE	23,5	27,5	12,7	11,0

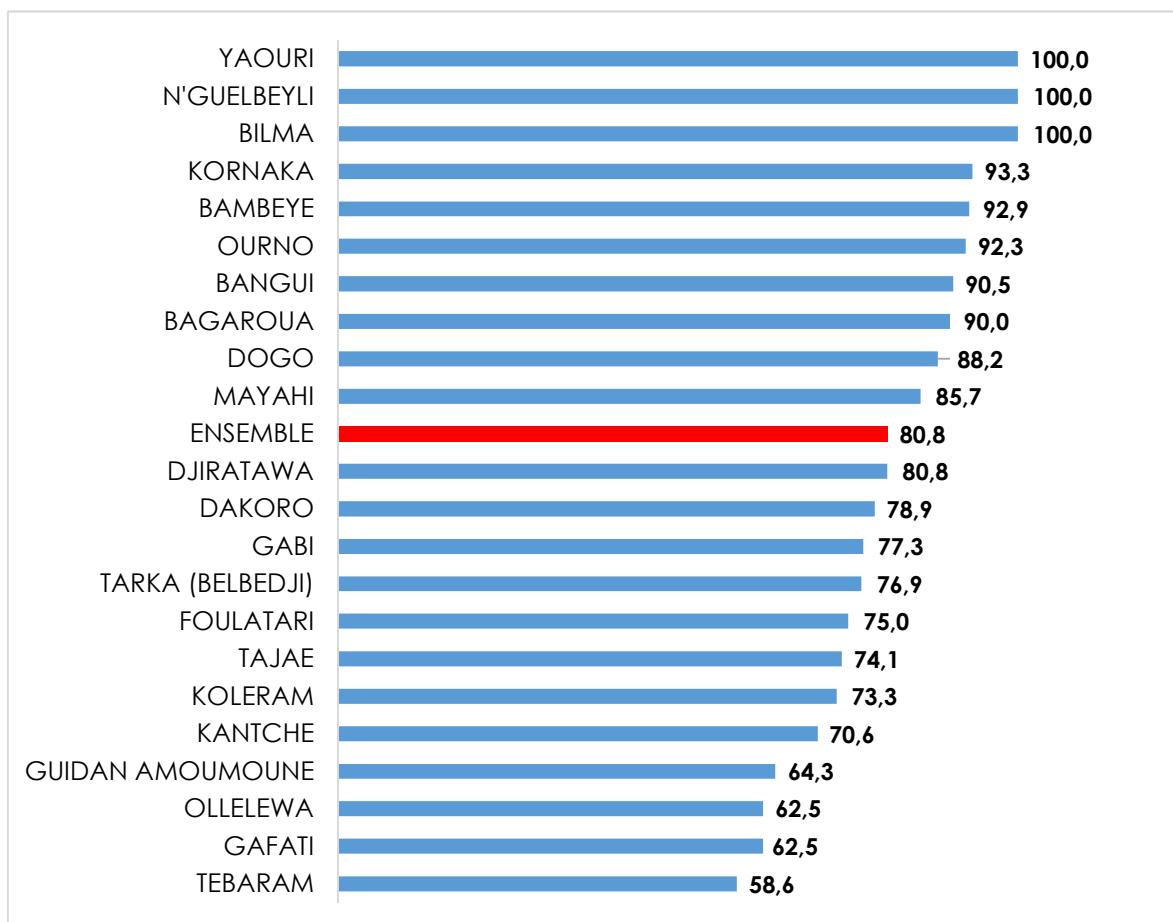
7.1.3. Existence d'un comité fonctionnel de gestion décentralisé de l'école

7.1.3.1 Au niveau des communes de convergence

Pour l'ensemble des communes, 80,8% des villages comptent un comité fonctionnel de gestion décentralisé de l'école primaire. Aussi, quelle que soit la commune considérée, au moins la moitié des villages dispose d'un comité de gestion décentralisé fonctionnel de l'école primaire.

Dans les communes de Yaouri, N'Guelbeyli et Bilma, quasiment tous les villages ont un comité de gestion de leurs écoles primaires. Les proportions les plus faibles en termes de villages disposant d'un comité de gestion de l'école primaire sont observées dans les communes de Tébaram (58,6%), Gafati (62,5%) et Ollelewa (62,5%).

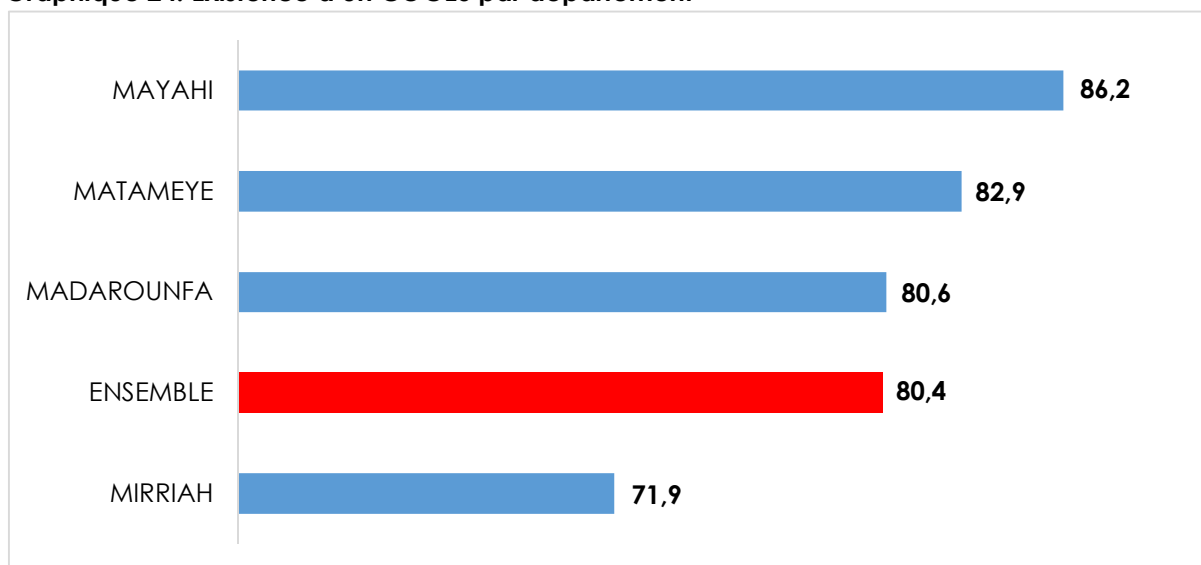
Graphique 23: Existence d'un COGES par commune



7.1.3.2 Au niveau des quatre départements

Pour l'ensemble des départements, il ressort du graphique suivant que huit villages sur dix comptent un comité fonctionnel de gestion décentralisé de l'école primaire. Cette proportion varie de 71,9% à Mirriah à 86,2% à Mayahi.

Graphique 24: Existence d'un COGES par département



7.1.4. Accessibilité géographique à une école primaire

Pour les villages ne disposant pas d'école primaire, on s'est intéressé à la distance qui les sépare de l'école primaire la plus proche. Les tableaux suivant présentent les résultats obtenus.

7.1.4.1 Au niveau des communes de convergence

Dans l'ensemble, 61% des villages ne disposant pas d'une école primaire sont à moins de 3 km d'une école primaire. Environ 25% des villages se situent entre 3 et 5 km et 14,3% à plus de 5 km de l'école primaire la plus proche.

C'est dans la commune de N'Guelbeyli que l'on compte le plus de villages éloignés d'une école primaire. En effet, 50% des villages ne disposant pas d'école primaire sont situés à plus de 5 km de l'école primaire la plus proche.

Tableau 99: Proximité à une école primaire par commune

COMMUNE	Moins de 3 km	3 à 5 km	Plus de 5 km
BILMA	-	-	-
FOULATARI	57,9	10,5	31,6
N'GUELBEYLI	0,0	50,0	50,0
DAKORO	68,4	26,3	5,3
DJIRATAWA	86,7	13,3	0,0
GABI	50,0	44,4	5,6
GUIDANAMOUMOUNE	76,9	15,4	7,7
KORNAKA	30,4	43,5	26,1
MAYAH	84,2	10,5	5,3
BAGAROUA	55,6	11,1	33,3
BAMBEYE	25,0	58,3	16,7
BANGUI	47,1	29,4	23,5
OURNO	69,2	23,1	7,7
TAJAE	91,7	8,3	0,0
TEBARAM	0,0	55,6	44,4
DOGO	73,3	20,0	6,7
GAFATI	82,4	11,8	5,9
KANTCHE	86,7	6,7	6,7
KOLERAM	75,0	25,0	0,0
OLLELEWA	54,2	25,0	20,8
TARKA (BELBEDJI)	40,0	33,3	26,7
YAOURI	57,1	28,6	14,3
ENSEMBLE	61,0	24,7	14,3

7.1.4.2 Au niveau des quatre départements

S'agissant des départements, comme le montre le tableau suivant, 71,9% des villages dépourvus d'une école primaire sont à moins de 3 km d'une école primaire. Respectivement 20,5% et 7,6% sont entre 3 et 5 km et à plus de 5 km de leur plus proche école primaire.

Tableau 100: Proximité à une école primaire par département

DEPARTEMENT	Moins de 3 km	3 à 5 km	Plus de 5 km
MADAROUNFA	71,1	26,3	2,6
MAYAH	79,2	13,2	7,5
MATAMEYE	71,9	21,1	7,0
MIRRIAH	66,1	22,6	11,3
ENSEMBLE	71,9	20,5	7,6

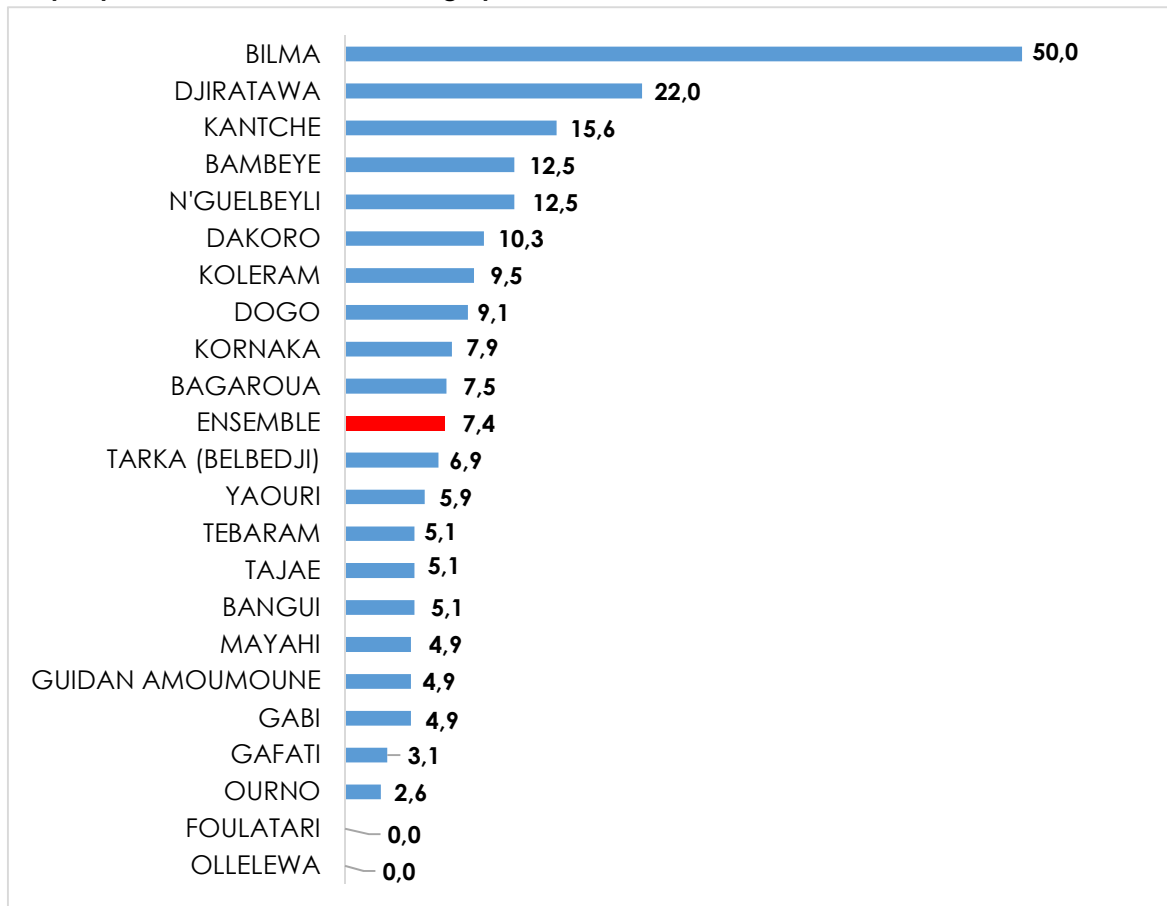
7.2. Accessibilité à un collège

7.2.1. Existence d'un collège

7.2.1.1 Au niveau des communes de convergence

Dans l'ensemble des communes, seulement 7,4% des villages disposent d'un collège. C'est dans la commune de Bilma que le pourcentage des villages disposant d'un collège est le plus élevé (50%). À l'inverse, dans les communes de Foulatari et Ollelewa, quasiment aucun village ne dispose d'un collège.

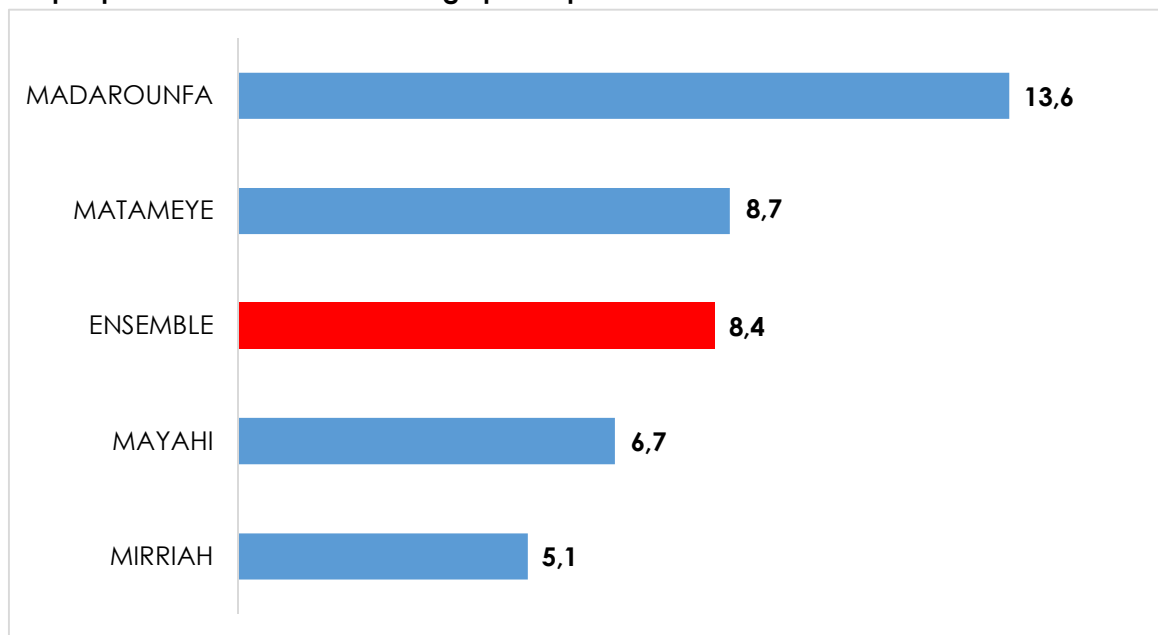
Graphique 25: Existence d'un collège par commune



7.2.1.2 Au niveau des quatre départements

S'agissant des départements, le graphique suivant indique que seulement 8,4% des villages disposent d'un collège. La proportion varie de 5,1% à Mirriah à 13,6% à Madarounfa.

Graphique 26: Existence d'un collège par département



7.2.2. Infrastructures dans les collèges

7.2.2.1 Au niveau des communes de convergence

Dans l'ensemble des communes, un tiers des villages disposent de latrines communes dans le collège. Dans 21,6% des villages, il existe de latrines séparées filles/garçons dans le collège. Aussi, 12,2% des villages ont des collèges dotés d'un dispositif de lavage de mains et 26,5% de point d'eau fonctionnel. Les données du tableau ci-dessous font également ressortir que 64% des collèges ne sont pas équipés de latrines séparées pour les filles et les garçons, 73% d'entre eux n'ont pas de dispositif de lavage des mains et 45% ne sont pas dotés de point d'eau fonctionnel. Cette situation n'est pas de nature à encourager le maintien des enfants et particulièrement des filles à l'école. Pour faire de l'école un environnement protecteur pour les enfants et les filles en particulier il importe d'améliorer la qualité de l'environnement scolaire.

Tableau 101: Infrastructures dans les collèges par commune

COMMUNE	Latrines communes	Latrines séparées F/G	Dispositif de lavage de main	Point d'eau fonctionnel
BILMA	100,0	0,0	0,0	100,0
N'GUELBEYLI	0,0	0,0	0,0	0,0
DAKORO	0,0	0,0	0,0	0,0
DJIRATAWA	50,0	25,0	0,0	12,5
GABI	0,0	0,0	0,0	0,0
GUIDANAMOUMOUNE	0,0	0,0	0,0	0,0
KORNAKA	33,3	0,0	0,0	33,3
MAYAH	0,0	0,0	0,0	0,0
BAGAROUA	33,3	0,0	0,0	0,0
BAMBEYE	20,0	0,0	0,0	0,0
BANGUI	0,0	0,0	0,0	50,0
OURNO	100,0	0,0	0,0	0,0
TAJAE	0,0	50,0	0,0	50,0
TEBARAM	0,0	0,0	100,0	100,0
DOGO	66,7	0,0	0,0	33,3
GAFATI	0,0	100,0	0,0	0,0
KANTCHE	80,0	100,0	60,0	80,0
KOLERAM	50,0	0,0	50,0	0,0
TARKA (BELBEDJI)	50,0	50,0	0,0	50,0
YAOURI	0,0	50,0	50,0	50,0
ENSEMBLE	33,3	21,6	12,2	26,5

7.2.2.2 Au niveau des quatre départements

Pour ce qui est des départements, dans l'ensemble, on note que dans la moitié des villages, les collèges disposent de latrines communes. Aussi, 34,6% des villages ont de collèges ayant des latrines séparées filles/garçons. En outre, 25,5% et 13,7% des villages ont des collèges dotés respectivement d'un point d'eau fonctionnel et d'un dispositif de lavage des mains.

Tableau 102: Infrastructures dans les collèges par département

DEPARTEMENT	Latrines communes	Latrines séparées F/G	Dispositif de lavage de main	Point d'eau fonctionnel
MADAROUNFA	60,9	34,8	4,3	17,4
MAYAH	20,0	20,0	10,0	30,0
MATAMEYE	57,1	53,8	30,8	38,5
MIRRIAH	50,0	16,7	20,0	20,0
ENSEMBLE	50,9	34,6	13,7	25,5

7.2.3. Accessibilité géographique à un collège

7.2.3.1 Au niveau des communes de convergence

Les villages ne disposant pas de collège sont répartis dans les tableaux suivants en fonction de la distance qui les sépare du collège le plus proche.

Dans l'ensemble, environ un village sur deux (48,9%) se situe entre 3 et 5 km du collège le plus proche. Pour 28,4% des villages, le collège le plus proche est à plus de 5 km et pour 22,7%, il est à moins de 3 km.

Tableau 103: Proximité à un collège par commune

COMMUNE	Moins de 3 km	3 à 5 km	Plus de 5 km
BILMA	0,0	100,0	0,0
FOULATARI	9,4	34,4	56,3
N'GUELBEYLI	0,0	42,9	57,1
DAKORO	29,4	58,8	11,8
DJIRATAWA	50,0	50,0	0,0
GABI	41,0	46,2	12,8
GUIDANAMOUMOUNE	43,6	38,5	17,9
KORNAKA	5,7	60,0	34,3
MAYAH	30,8	56,4	12,8
BAGAROUA	5,4	40,5	54,1
BAMBEYE	14,7	58,8	26,5
BANGUI	10,5	44,7	44,7
OURNO	10,8	56,8	32,4
TAJAE	37,8	45,9	16,2
TEBARAM	2,7	35,1	62,2
DOGO	30,0	53,3	16,7
GAFATI	25,0	62,5	12,5
KANTCHE	29,6	55,6	14,8
KOLERAM	61,1	33,3	5,6
OLLELEWA	6,3	43,8	50,0
TARKA (BELBEDJI)	7,4	37,0	55,6
YAOURI	24,2	60,6	15,2
ENSEMBLE	22,7	48,9	28,4

7.2.3.2 Au niveau des quatre départements

S'agissant des départements, le tableau ci-après montre que plus de la moitié des villages (52,5%) se situent entre 3 et 5 km du collège le plus proche. Dans 15,1% des villages, il faut parcourir plus de 5 km pour accéder à un collège et dans 32,4% des villages, un collège est accessible à moins de 3 km.

Tableau 104: Proximité à un collège par département

DEPARTEMENT	Moins de 3 km	3 à 5 km	Plus de 5 km
MADAROUNFA	41,7	50,0	8,3
MAYAH	32,1	50,0	17,9
MATAMEYE	24,7	62,4	12,9
MIRRIAH	30,6	49,5	19,8
ENSEMBLE	32,4	52,5	15,1

7.3. Dernière classe fréquentée

Le tableau n° 129 (en annexe) suivant donne la répartition des enfants de 5 à 12 ans suivant la dernière classe fréquentée et par sexe.

7.3. 1 Au niveau des communes de convergence

Dans l'ensemble, plus de la moitié des enfants de 5 à 12 ans (53,7%) n'ont jamais fréquenté l'école avec une forte disparité entre les communes puisque la proportion varie de 5,2% à Bilma à 64,3% à Kornaka. On note également une disparité suivant le sexe puisque 49,4% des garçons n'ont jamais fréquenté l'école alors que pour les filles, la proportion est de 58,4%.

Environ 12% de l'ensemble des enfants a eu à fréquenter la classe de CI ; seulement 3,3% ont fréquenté la classe de CM2 et moins de 1% ont atteint le collège. En matière de disparité suivant le sexe, on note qu'à tous les niveaux scolaires, les proportions pour les garçons sont légèrement meilleures que pour les filles.

S'agissant des départements, le tableau ci-dessous indique que dans chacun des départements, au moins un enfant sur deux n'a jamais fréquenté l'école. Dans l'ensemble, la proportion est de 55,2%. Environ 12% des enfants ont pour dernière classe fréquentée le CI, 3% le CM2 et 1% le collège.

7.3. 2 Au niveau des quatre départements

Par ailleurs, pour tous les départements et à tous les niveaux, des disparités existent en faveur des garçons. Ainsi, 50,2% des garçons n'ont jamais fréquenté l'école dans l'ensemble alors que cette proportion est de 10 points plus élevée pour les filles. Quant aux niveaux scolaires, les écarts selon le sexe sont globalement peu élevés.

Tableau 105: Dernière classe fréquentée par département

DEPARTEMENT	Sexe	Aucune	Préscolaire	CI	CP	CE1	CE2	CM1	CM2	Collège
MADAROUNFA	Masculin	44,0	4,0	13,8	11,3	8,1	6,6	5,0	5,7	1,4
	Féminin	57,4	2,8	9,9	8,5	6,7	5,4	4,5	3,9	1,0
	Ensemble	50,5	3,4	11,9	9,9	7,4	6,0	4,8	4,8	1,2
MAYAH	Masculin	48,2	4,2	14,2	11,2	9,3	4,4	5,8	2,3	0,4
	Féminin	62,9	2,9	10,7	7,8	6,6	4,3	2,3	2,3	0,1
	Ensemble	55,5	3,6	12,5	9,6	8,0	4,3	4,1	2,3	0,3
MATAMEYE	Masculin	54,4	5,2	11,0	9,8	7,1	4,7	3,6	3,4	0,8
	Féminin	60,4	4,7	10,0	8,5	6,2	3,4	4,0	1,8	1,1
	Ensemble	57,3	4,9	10,5	9,1	6,7	4,1	3,8	2,7	0,9
MIRRIAH	Masculin	55,3	3,9	12,3	8,3	8,5	3,3	3,4	3,0	2,1
	Féminin	59,5	4,1	13,0	8,0	5,7	3,2	3,3	1,9	1,3
	Ensemble	57,4	4,0	12,6	8,1	7,1	3,3	3,3	2,4	1,7
Ensemble	Masculin	50,5	4,3	12,9	10,1	8,4	4,7	4,5	3,5	1,2
	Féminin	60,2	3,6	11,0	8,2	6,3	4,1	3,4	2,4	0,8
	Ensemble	55,2	3,9	12,0	9,2	7,4	4,4	4,0	3,0	1,0

7.4. Fréquentation scolaire en cours

Dans le tableau n° 130 (en annexe), il y a d'une part les taux de fréquentation scolaire des enfants de 5 à 12 ans par commune et par sexe. D'autre part, on a les Taux Nets de Fréquentation Scolaire (TNFS) des enfants de 7 à 12 ans par commune et par sexe. Ce taux est calculé en rapportant le nombre d'enfants de 7 à 12 ans qui fréquentent actuellement l'école au nombre total d'enfants de 7-12 ans.

7.4. 1 Au niveau des communes de convergence

Dans l'ensemble des communes, 43,6% des enfants de 5 à 12 ans fréquentent actuellement l'école avec des disparités entre le sexe (47,9% pour les garçons et 29% pour les filles) et les communes. En effet, dans la commune de Bilma, la quasi-totalité des enfants de 5 à 12 ans (94,9%) fréquentent actuellement l'école avec une tendance légèrement en faveur des filles. À l'inverse, la proportion est faible dans la commune de Kornaka où seulement un enfant sur trois (36,3% pour les garçons et 30,2% pour les filles) fréquente actuellement l'école. Les données du tableau montrent également que dans l'ensemble des communes de convergence, 46% des filles et 56% des garçons âgés de 7 à 12 ans sont effectivement scolarisés. De tels indicateurs mettent en évidence l'ampleur des efforts à fournir pour assurer l'accès universel de tous les garçons et les filles à une éducation de base de qualité. Ils attestent que dans les communes de convergence, 54% des filles et 44% des garçons scolarisables au primaire sont privés de leur droit à l'éducation. Ces données mettent également en évidence les inégalités entre garçons et filles en matière de scolarisation. En effet, un écart de 10 points de pourcentage existe entre les taux de scolarisation des garçons et des filles âgés de 7 à 12 ans. Les communes présentant les disparités les plus marquées entre filles et garçons en matière de scolarisation sont celles Bambèye, Tebaram, Gabi, Guidan Amoumoune, Bagaroua, Tajae et N'Guelbeyli où les écarts entre les taux de scolarisation des garçons et des filles âgés de 7 à 12 ans varient de 24 à 17 points de pourcentage. Il importe en outre de noter que les communes de N'Guelbeyli, Ollelewa, Yaouri et Foulatari se distinguent par des taux de scolarisation plus faibles pour les garçons comparativement aux filles. Par contre, dans 82% des communes de convergence, l'écart entre les taux de scolarisation est en défaveur des filles.

Le TNFS est de 51,7% dans l'ensemble avec 56,4% pour les garçons de 7 à 12 ans contre 46,4% pour les filles. Le taux net de fréquentation scolaire le plus élevé est observé dans la commune de Bilma avec 98,4% (99,3% pour les garçons et 97,3% pour les filles) et le plus faible dans la commune de Kornaka avec 40,9% (43,6% pour les garçons et 38,2% pour les filles).

7.4. 2 Au niveau des quatre départements

Pour les départements, le tableau ci-dessous donne les résultats obtenus. Ainsi, dans l'ensemble des départements, 42,1% (46,8% pour les garçons et 37,1% pour les filles) des enfants âgés de 5 à 12 ans fréquentent actuellement l'école, avec des proportions variant de 39,4% à Mirriah (41,9% pour les garçons et 36,8% pour les filles) à 46,5% à Madarounfa (52,6% pour les garçons et 40% pour les filles).

Le TNFS dans l'ensemble des départements est de 49,6% (55,1% pour les garçons et 43,8% pour les filles). Il est de 49,9% pour le département de Mirriah (50% pour les garçons et 41,6% pour les filles) et de 54,9% pour celui de Madarounfa (61,6% pour les garçons et 47,8% pour les filles).

Tableau 106: Fréquentation scolaire en cours par département

DEPARTEMENT	Sexe de l'enfant	Fréquentation scolaire des 5-12 ans	TNFS des 7-12 ans
MADAROUNFA	Masculin	52,6	61,6
	Féminin	40,0	47,8
	Ensemble	46,5	54,9
MAYAH	Masculin	49,5	58,6
	Féminin	34,7	42,4
	Ensemble	42,1	50,4
MATAMEYE	Masculin	43,3	49,2
	Féminin	37,9	44,0
	Ensemble	40,7	46,7
MIRRIAH	Masculin	41,9	50,0
	Féminin	36,8	41,6
	Ensemble	39,4	45,9
ENSEMBLE	Masculin	46,8	55,1
	Féminin	37,1	43,8
	Ensemble	42,1	49,6

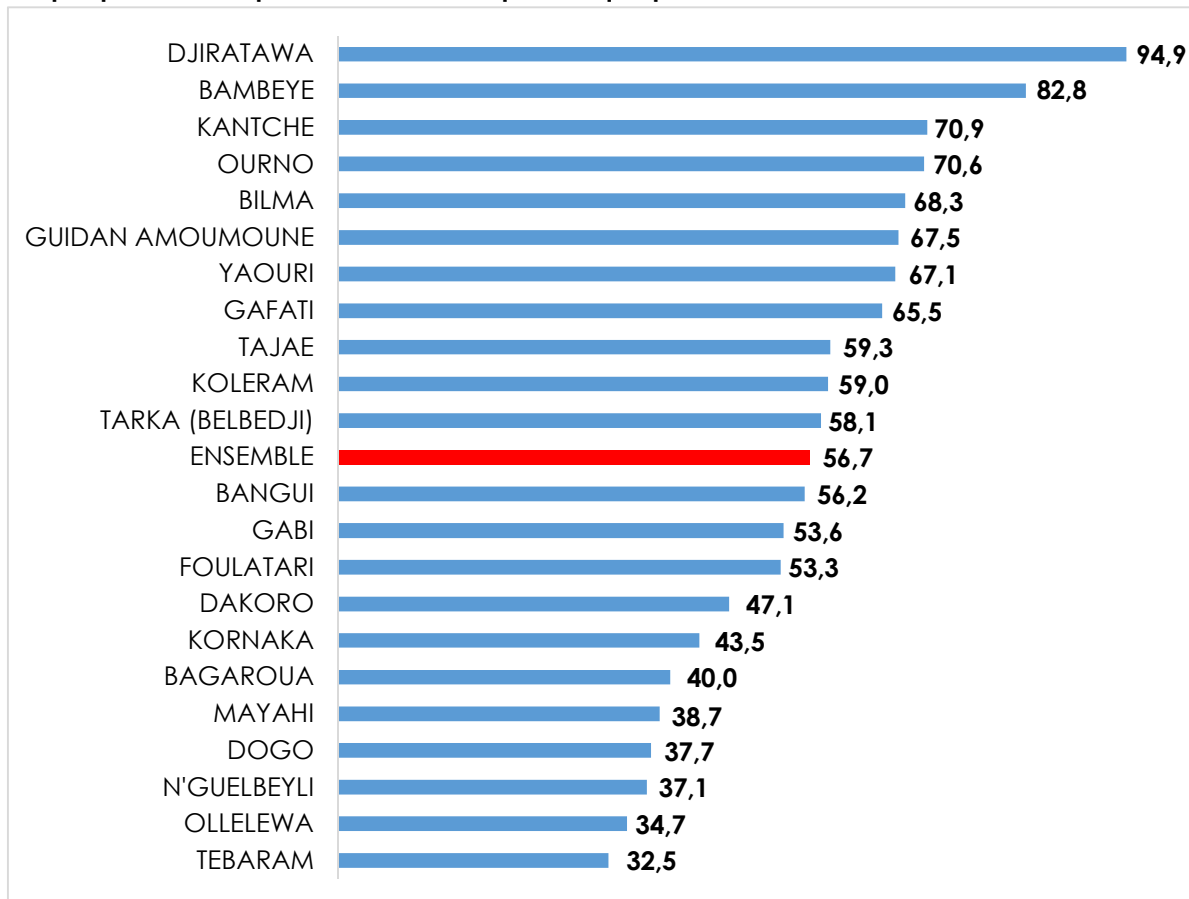
7.5. Réception d'un manuel quelconque

Pour les enfants qui fréquentent actuellement l'école, les graphiques suivants renseignent sur les proportions de ceux qui ont reçu un manuel quelconque au cours de l'année scolaire.

7.5. 1 Au niveau des communes de convergence

Dans l'ensemble des communes, 56,7% des enfants ont bénéficié d'un manuel quelconque au cours de l'année scolaire en cours. Les proportions extrêmes sont de 32,5% et 94,9% observées respectivement dans les communes de Tébaram et de Djiratawa.

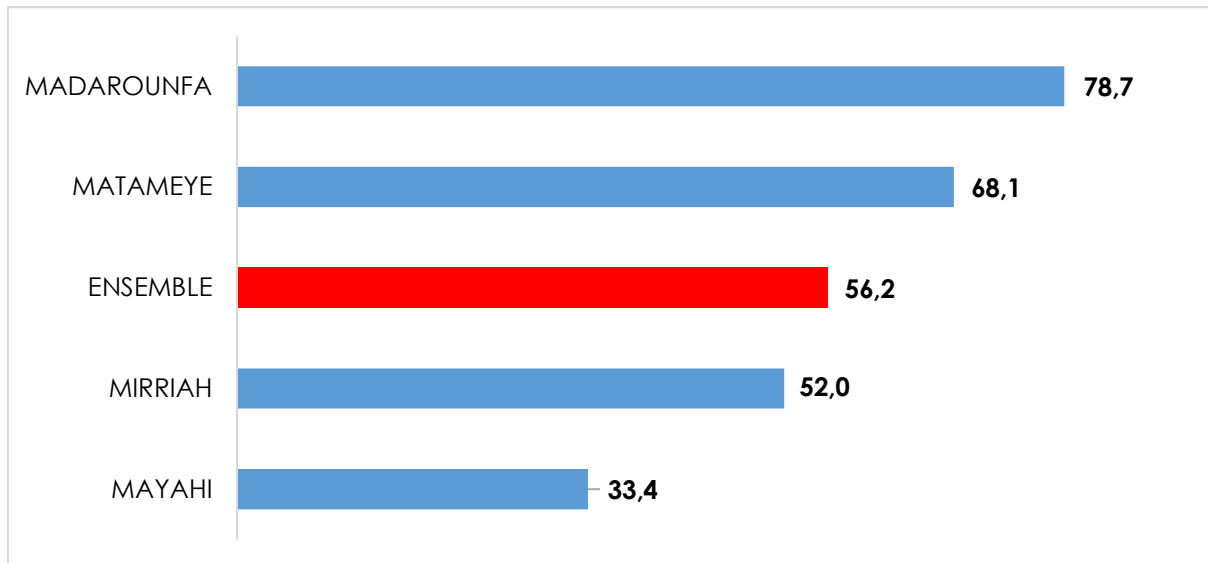
Graphique 27: Réception d'un manuel quelconque par commune



7.5. 2 Au niveau des quatre départements

Par rapport aux départements, d'après le graphique suivant, 56,2% des enfants actuellement à l'école ont reçu un manuel quelconque. La proportion est de 78,7% à Madarounfa et de 33,4% à Mayahi.

Graphique 28: Réception d'un manuel quelconque par département



7.6. Barrières à la fréquentation scolaire

Les motifs de non fréquentation scolaire sont détaillés dans les tableaux suivants.

7.6. 1 Au niveau des communes de convergence

Ainsi au niveau des communes, la préférence pour l'école coranique constitue le motif le plus évoqué par les ménages pour expliquer la non-fréquentation scolaire de leurs enfants, 25,6% des enfants sont concernés. Pour environ 18% des enfants qui ne fréquentent pas l'école, la raison est le manque d'intérêt pour l'école et pour autant d'enfants c'est plutôt parce qu'ils n'ont pas atteint l'âge d'être scolarisés. Respectivement 13,3% et 11,5% des enfants ne fréquentent pas l'école en raison de l'éloignement de l'école et du besoin de main d'œuvre des ménages.

Tableau 107: Motifs de non fréquentation scolaire par commune

COMMUNE	Éloignement de l'école	Frais de scolarité	Préférence pour l'école coranique	Travail des enfants/besoins de main d'œuvre	Manque d'intérêt pour l'école	N'a pas atteint l'âge	Non inscrit	Négligence
BILMA	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	66,7	0,0	0,0
FOULATARI	28,5	0,0	14,4	35,5	5,3	15,2	1,1	0,0
N'GUELBEYLI	12,4	0,6	12,4	3,4	22,9	35,1	3,4	9,9
DAKORO	7,1	0,5	17,0	31,9	14,8	19,4	9,3	0,0
DJIRATAWA	4,1	1,5	40,6	7,1	7,3	25,4	14,1	0,0
GABI	9,2	0,7	24,0	16,6	7,6	18,0	23,7	0,0
GUIDANAMOUMOUNE	13,3	0,3	33,7	5,7	8,1	18,2	2,0	18,6
KORNAKA	13,5	0,4	28,9	18,9	7,7	15,9	14,6	0,0
MAYAH	6,4	0,2	8,8	24,4	24,5	23,3	12,4	0,0
BAGAROUA	1,7	3,0	7,8	9,2	14,2	42,4	0,0	21,8
BAMBEYE	6,8	3,2	24,2	9,7	27,3	20,1	0,0	8,8
BANGUI	5,4	2,6	51,4	2,3	22,6	10,9	0,0	4,8
OURNO	6,2	5,7	37,2	3,2	10,8	26,7	0,0	10,2
TAJAE	7,2	1,2	19,9	11,3	30,0	19,1	0,0	11,2
TEBARAM	4,4	2,2	17,8	13,2	34,6	19,2	0,0	8,6
DOGO	36,1	1,3	21,9	5,7	19,3	10,1	0,0	5,6
GAFATI	8,7	0,5	31,9	4,8	24,3	22,2	0,0	7,7
KANTCHE	7,0	1,0	21,6	10,2	32,0	17,5	0,0	10,6
KOLERAM	10,3	1,4	42,6	15,3	10,1	14,2	0,0	6,1
OLLELEWA	24,4	0,2	8,9	1,2	28,7	17,1	0,0	19,5
TARKA (BELBEDJI)	22,7	1,4	13,0	18,7	18,8	14,8	0,0	10,7
YAOURI	24,3	0,6	36,4	5,9	15,9	11,3	0,0	5,6
ENSEMBLE	13,4	1,5	25,6	11,5	18,1	18,1	4,7	7,2

7.6.2 Au niveau des quatre départements

Pour ce qui est des départements, le tableau N°112 montre que dans l'ensemble, 31,6% des enfants de 5 à 12 mois ne fréquentent pas l'école parce que leurs parents ont une préférence pour l'école coranique. Pour environ 17% des enfants qui ne fréquentent pas l'école, la raison est le manque d'intérêt pour l'école et pour 13,2% d'entre eux, l'explication se trouve dans l'éloignement de l'école.

Tableau 108: Motifs de non fréquentation scolaire par département

DEPARTEMENT	Éloignement de l'école	Frais de scolarité	Préférence pour l'école coranique	Travail des enfants/besoin de main d'œuvre	Manque d'intérêt pour l'école	N'a pas atteint l'âge	Non inscrit	Négligence
MADAROUNFA	7,4	2,4	32,5	13,0	8,6	19,1	16,9	0,0
MAYAH	7,0	0,2	28,5	8,9	21,5	19,7	9,8	4,3
MATAMEYE	17,9	0,6	32,1	6,9	21,2	13,1	0,6	7,6
MIRRIAH	19,8	1,1	33,6	8,9	16,7	13,6	0,0	6,3
ENSEMBLE	13,2	1,0	31,6	9,3	17,4	16,4	6,4	4,7

7.7. Les barrières à l'utilisation des services d'éducation

7.7. 1 Au niveau des communes de convergence

Le tableau suivant donne les résultats obtenus à l'issue des entretiens avec les communautés par rapport à ce qu'ils considèrent comme barrières à l'utilisation des services d'éducation dans leurs villages.

L'offre de service scolaire constitue le principal goulot d'étranglement en matière d'éducation dans les communes de convergence. En effet, comme barrière à l'accès à l'éducation dans le village, 34% des communautés évoquent l'éloignement de l'école et 32,9% son indisponibilité. Par ailleurs, on peut noter que 28,7% des villages ont également évoqué l'ignorance des populations et 21,1% la faible qualité des services scolaires.

Tableau 109: Barrières à l'utilisation des services d'éducation par commune

COMMUNE	Indisponibilité du service	Éloignement du service	Mauvais accueil dans le service	Faible qualité du service	Coût de transport	Frais de scolarité	Préférence pour l'école coranique	Travail des enfants/besoin de mains d'œuvre	Manque d'intérêt pour l'école	Ignorance
BILMA	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
FOULATARI	28,1	40,6	12,5	25,0	3,1	3,1	15,6	21,9	15,6	28,1
N'GUELBEYLI	25,0	37,5	62,5	75,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	50,0
DAKORO	36,1	25,0	2,8	16,7	0,0	31,4	0,0	37,1	5,7	11,8
DJIRATAWA	14,6	17,1	9,8	24,4	7,3	4,9	2,4	2,4	2,4	0,0
GABI	50,0	40,0	7,5	39,0	5,0	9,8	19,5	29,3	31,7	39,0
GUIDAN AMOUMOUNE	31,7	51,2	7,3	4,9	2,4	2,4	0,0	4,9	19,5	43,9
KORNAKA	48,6	45,9	5,4	35,1	16,2	18,9	5,6	5,4	5,4	43,2
MAYAH	14,6	34,1	4,9	2,4	0,0	4,9	4,9	17,1	14,6	12,2
BAGAROUA	25,0	30,0	10,0	25,0	10,0	5,0	0,0	15,0	20,0	22,5
BAMBEYE	22,5	20,0	2,5	15,0	7,5	20,0	5,0	15,0	10,0	25,0
BANGUI	67,5	57,5	25,0	40,0	32,5	22,5	20,0	10,0	12,5	52,5
OURNO	33,3	25,6	7,7	28,2	7,7	2,6	15,4	25,6	15,4	30,8
TAJAE	35,9	23,1	5,1	43,6	10,3	7,7	5,1	7,7	2,6	7,7
TEBARAM	25,6	30,8	10,3	7,7	5,1	15,4	10,3	35,9	12,8	53,8
DOGO	45,5	42,4	3,0	3,0	3,0	12,1	12,1	0,0	3,0	51,5
GAFATI	24,2	21,2	0,0	9,1	0,0	0,0	12,1	6,1	3,0	15,6
KANTCHE	56,3	18,8	6,3	3,1	0,0	3,1	0,0	3,1	34,4	31,3
KOLERAM	5,6	22,2	0,0	0,0	11,1	5,6	11,1	22,2	5,6	11,1
OLLELEWA	22,6	61,3	6,5	16,1	6,5	0,0	6,5	12,9	9,7	29,0
TARKA (BELBEDJI)	46,4	42,9	25,0	60,7	14,3	17,9	3,6	3,6	17,9	46,4
YAOURI	18,2	33,3	3,0	0,0	0,0	3,0	11,8	12,1	3,0	8,8
ENSEMBLE	32,9	34,2	8,4	21,1	7,1	9,5	7,9	14,2	12,4	28,7

7.7. 2 Au niveau des quatre départements

Comme pour les communes, l'offre d'éducation constitue la principale barrière à l'accès à l'éducation dans les quatre départements. C'est le motif évoqué par environ un tiers des villages. En outre, 24% des communautés ont évoqué leur ignorance comme barrière à l'utilisation des services scolaires et 13% leur manque d'intérêt pour l'école.

Tableau 110: Barrières à l'utilisation des services d'éducation par département

DEPARTEMENT	Indisponibilité du service	Éloignement du service	Mauvais accueil dans le service	Faible qualité du service	Coût de transport	Frais de scolarité	Préférence pour l'école coranique	Travail des enfants/besoin de main d'œuvre	Manque d'intérêt pour l'école	Ignorance
MADAROUNFA	25,7	25,7	10,1	26,4	5,5	9,1	12,7	22,7	20,0	20,9
MAYAHI	25,0	39,2	5,0	5,0	1,7	5,0	3,3	7,5	14,2	25,0
MATAMEYE	42,4	30,4	6,5	6,5	1,1	2,2	6,5	5,4	16,3	20,4
MIRRIAH	32,2	33,0	2,6	7,0	6,1	7,8	11,3	9,6	2,6	28,9
ENSEMBLE	30,7	32,3	6,0	11,2	3,7	6,2	8,4	11,4	13,0	24,0

8. Enregistrement des naissances

L'enregistrement de la naissance d'un enfant à l'état civil lui donne non seulement le droit d'être protégé par l'État mais aussi le rend légalement membre d'une famille, d'une nation, lui confère une nationalité. Il lui permet d'être inscrit à l'école, de disposer d'une carte d'identité, d'un passeport pour voyager, d'exercer plus tard ses devoirs de citoyens et de faire valoir ses droits, notamment à l'héritage. L'enregistrement des enfants à l'état civil constitue également une source fiable de statistiques sociodémographiques.

Au cours de l'enquête des questions ont été posées sur l'existence des centres de déclaration d'actes d'état civil dans les villages, sur leur fonctionnalité et si la naissance des enfants de moins de cinq ans avait été déclarée à l'état civil.

8.1. Système d'enregistrement des naissances

8.1. 1 Au niveau des communes de convergence

Les résultats du tableau ci-dessous montrent qu'un peu plus du tiers des villages des communes de convergence disposent d'un centre de déclaration des naissances. On constate que la proportion des villages disposant des centres de déclaration des naissances varie de 12,5% à Ollelewa à 75% à Koléram.

Il ressort de ce tableau que le montant moyen payé par déclaration dans les communes de convergence est de 355 FCFA. Ce montant varie de 89 F.CFA à Bilma à 1010 FCFA à N'Guelbeyli.

Tableau 111: Pourcentage des villages disposant d'un centre de déclaration et le montant moyen payé par déclaration par commune

COMMUNE	% de villages	Montant moyen payé en FCFA
BILMA	50,0	89
FOULATARI	21,9	373
N'GUELBEYLI	50,0	1010
DAKORO	28,2	415
DJIRATAWA	53,7	315
GABI	39,0	192
GUIDAN AMOUMOUNE	17,1	333
KORNAKA	23,1	238
MAYAH	46,3	195
BAGAROUA	56,4	341
BAMBEYE	35,0	329
BANGUI	17,5	704
OURNO	28,2	479
TAJAE	36,1	271
TEBARAM	52,6	353
DOGO	27,3	232
GAFATI	30,3	293
KANTCHE	22,6	454
KOLERAM	75,0	185
OLLELEWA	12,5	413
TARKA (BELBEDJI)	20,7	341
YAOURI	35,3	206
ENSEMBLE	33,8	355

8.1. 2 Au niveau des quatre départements

Dans les départements, la proportion des villages disposant d'un centre de déclaration des naissances est de 40,6%. Chaque déclaration coûte en moyenne 257 FCFA.

On constate que Mayahi enregistre la proportion de villages disposant d'un centre de déclaration des naissances la plus élevée (51,3%).

Tableau 112 : Pourcentage des villages disposant d'un centre de déclaration et le montant payé par déclaration par département

DEPARTEMENT	% de villages	Montant moyen payé en FCFA
MADAROUNFA	48,2	306
MAYAH	51,3	232
MATAMEYE	23,9	335
MIRRIAH	35,9	206
ENSEMBLE	40,6	257

8.2. Enregistrement des naissances

Pour apprécier les pratiques en matière de déclaration des naissances, des questions ont été posées au cours de l'enquête pour vérifier si ces villages ont bénéficié d'audience foraine pour enregistrer les naissances n'ayant pas été déclarées à l'état civil. Des questions ont également posées à la population sur la disponibilité d'un comité de protection fonctionnel de l'enfant.

8.2. 1 Au niveau des communes de convergence

Il ressort des données du tableau ci-dessous que dans l'ensemble des communes de convergence, 16% des villages ont bénéficié d'audiences foraines pour l'enregistrement des naissances. Les communes de Kornaka, Kantché, Ollelewa et Bagaroua présentent le pourcentage le plus élevé de villages ayant bénéficié d'audiences au cours des douze derniers mois alors qu'à Bilma, N'Guelbeyli, Dogo, Guidan Amoumoune, Gabi, Ourno et Foulatari moins de 10% des villages ont pu bénéficier d'audiences foraines au cours de la même période.

L'enregistrement des naissances à l'état civil

Au Niger, le délai réglementaire pour déclarer une naissance est de trois jours lorsque celle-ci intervient dans une formation sanitaire ; d'une semaine quand c'est à domicile et de 30 jours au plus dans les campagnes. Le délai d'enregistrement varie aussi du type de centre de déclaration des naissances (primaire ou secondaire).

Dans le cadre de cette étude, tout enfant déclaré aux services d'état civil dans un délai d'un mois après sa naissance est considéré comme une naissance enregistrée dans les délais.

L'analyse des données du tableau montre que dans les communes de convergence une naissance d'enfants âgés de moins de cinq ans sur deux (50%) a été déclarée à l'état civil. Avec plus de huit naissances sur dix déclarées, les communes de Bilma, Koléram Tajaé et Bambeye présentent les meilleures performances en matière d'enregistrement des naissances. Par contre, les taux de déclaration des naissances les plus faibles ont été enregistrés par les communes de Foulatari, Bangui, Gabi, Tarka (Belbedji) et Kornaka où moins d'une naissance sur trois est enregistrée.

Pour assurer une meilleure protection de l'enfant, des comités de protection de l'enfant ont été mis en place au niveau communautaire. Ces comités de protection de l'enfant ambitionnent de contribuer au renforcement des capacités des communautés à prévenir, détecter et faciliter la prise en charge des enfants victimes d'abus, violences et exploitation à travers des interventions à base communautaire. Dans l'ensemble, les données du tableau ci-dessous montrent que seuls 12% des villages disposent d'un comité de protection fonctionnel de l'enfant dans les communes de convergence. La disponibilité de comités fonctionnels de protection de l'enfant s'avère plus fréquente dans les communes de Bilma (50%), Mayahi (34%), Guidan Amoumoune (28%), Ollelewa (28%) et Bagaroua (28%). Les communes de Djiratawa, Bangui, Ourno et Tarka (Belbedji), où moins de 5% des villages sont dotés de comités fonctionnels de protection de l'enfant.

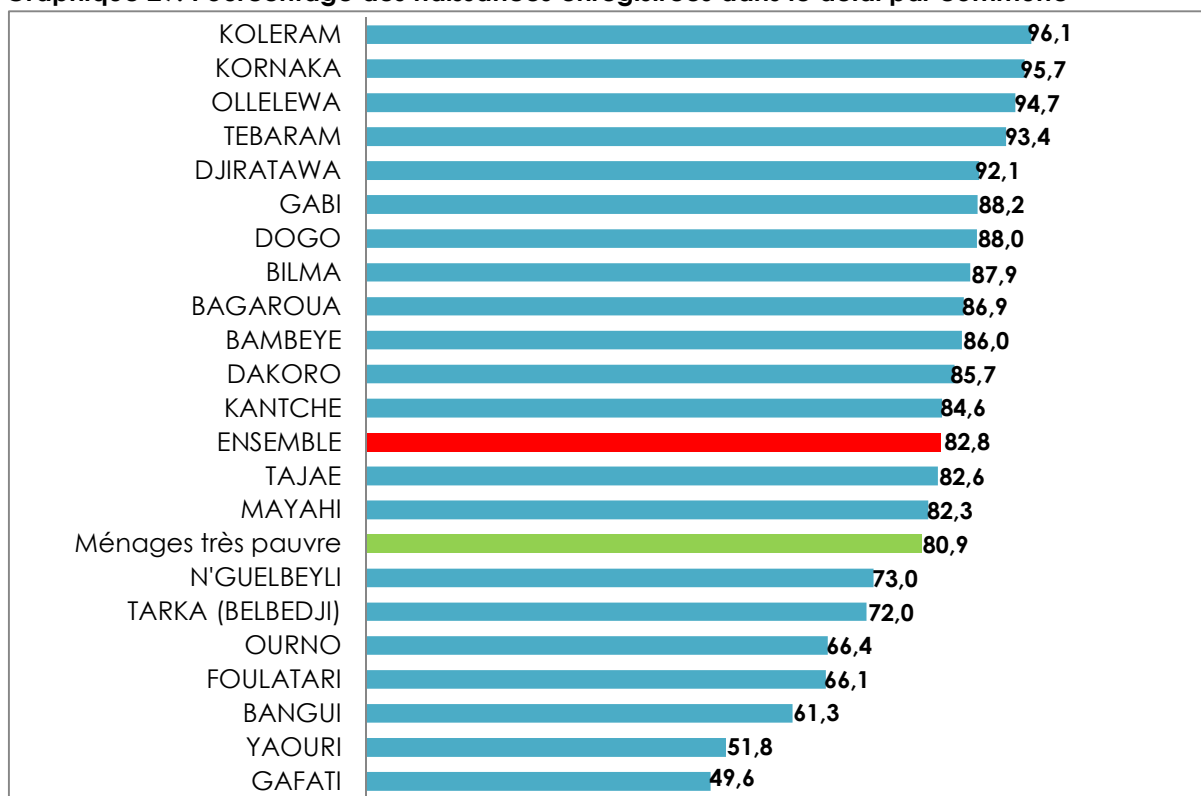
Tableau 113 : Enregistrement des naissances par commune

Commune	% de villages ayant bénéficié d'audience foraine pour l'enregistrement des naissances	% de naissances déclarées	% de villages disposant d'un comité de protection de l'enfant fonctionnel
BILMA	0,0	93,6	50,0
FOULATARI	9,4	13,1	9,4
N'GUELBEYLI	0,0	58,9	12,5
DAKORO	12,8	47,9	10,3
DJIRATAWA	14,6	58,9	2,4
GABI	5,0	27,4	7,3
GUIDAN AMOUMOUNE	4,9	61,7	28,2
KORNAKA	51,3	30,6	5,3
MAYAH	19,5	57,1	34,1
BAGAROUA	27,5	62,1	27,5
BAMBEYE	5,0	80,2	10,3
BANGUI	10,0	24,5	2,5
OURNO	5,4	72,8	2,6
TAJAE	13,2	85,9	15,4
TEBARAM	10,3	75,0	5,1
DOGO	3,0	34,3	6,1
GAFATI	24,2	39,3	9,1
KANTCHE	31,3	51,5	9,4
KOLERAM	30,0	89,0	5,0
OLLELEWA	15,6	64,3	28,1
TARKA (BELBEDJI)	27,6	28,3	3,4
YAOURI	14,7	38,9	8,8
ENSEMBLE	16,0	50,4	11,9

Commune	% de villages ayant bénéficié d'audience foraine pour l'enregistrement des naissances	% de naissances déclarées	% de villages disposant d'un comité de protection de l'enfant fonctionnel
Ménages très pauvre		54,7	

Le graphique ci-dessous présente les pourcentages des naissances déclarées dans les délais au sein des communes de convergence. Ainsi, 82,8% des naissances ont été déclarées dans les délais. Cette proportion varie de 49,6% à Gafati à 96,1% à Koléram.

Graphique 29: Pourcentage des naissances enregistrées dans le délai par commune



8.2. 2 Au niveau des quatre départements

Le tableau ci-dessous montre que 52% des naissances ont été déclarées dans les départements. C'est Mayahi (59,2%) et Mirriah (59%) qui enregistrent les proportions des naissances déclarées les plus élevées.

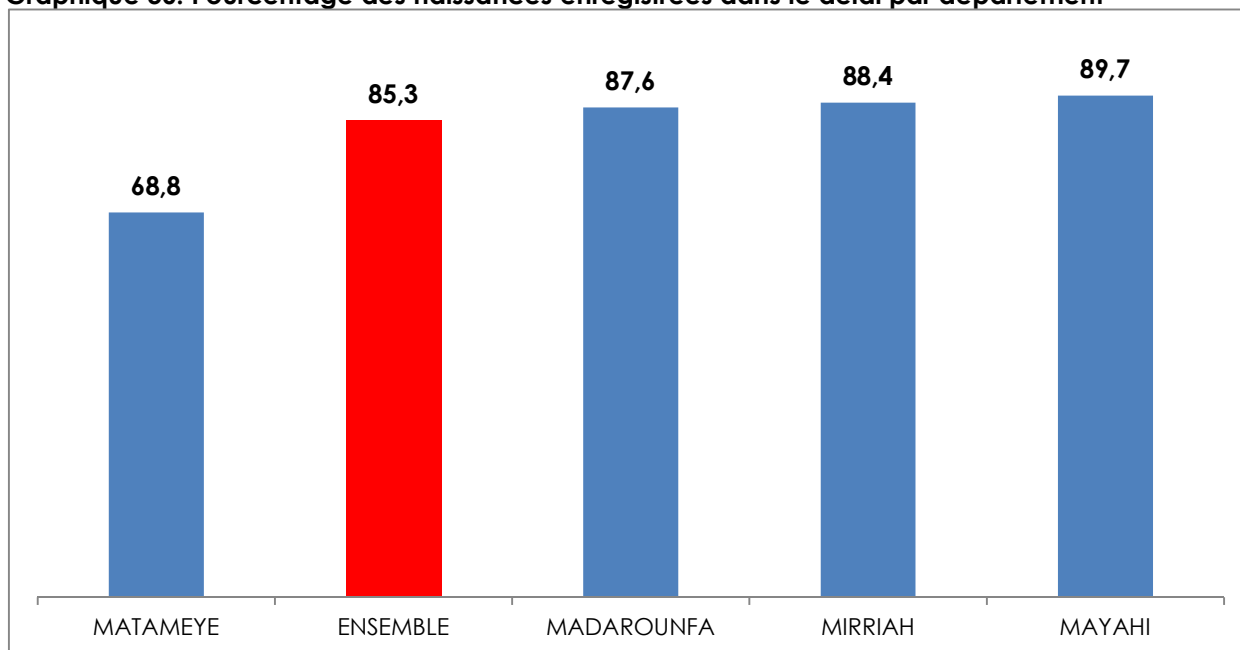
Par ailleurs, 18,7% des villages ont bénéficié d'audiences foraines pour l'enregistrement des naissances et environ 14% disposent d'un comité fonctionnel de protection de l'enfant.

Tableau 114 : l'enregistrement des naissances par département

DÉPARTEMENT	% de villages ayant bénéficié d'audience foraine pour l'enregistrement des naissances	% de naissances déclarées	% de villages disposant d'un comité de protection fonctionnel de l'enfant
MADAROUNFA	11,0	42,4	10,9
MAYAH	27,5	59,2	28,0
MATAMEYE	19,4	44,8	8,6
MIRRIAH	16,2	59,0	6,8
ENSEMBLE	18,7	52,0	13,9

Les résultats de l'enquête dans les départements montrent que le niveau d'enregistrement des naissances dans le délai est de 85,3%. Il varie de 68,8% Matamèye à 89,7% à Mayahi.

Graphique 30: Pourcentage des naissances enregistrées dans le délai par département



8.3. Les barrières à l'enregistrement des naissances

8.3. 1 Au niveau des communes de convergence

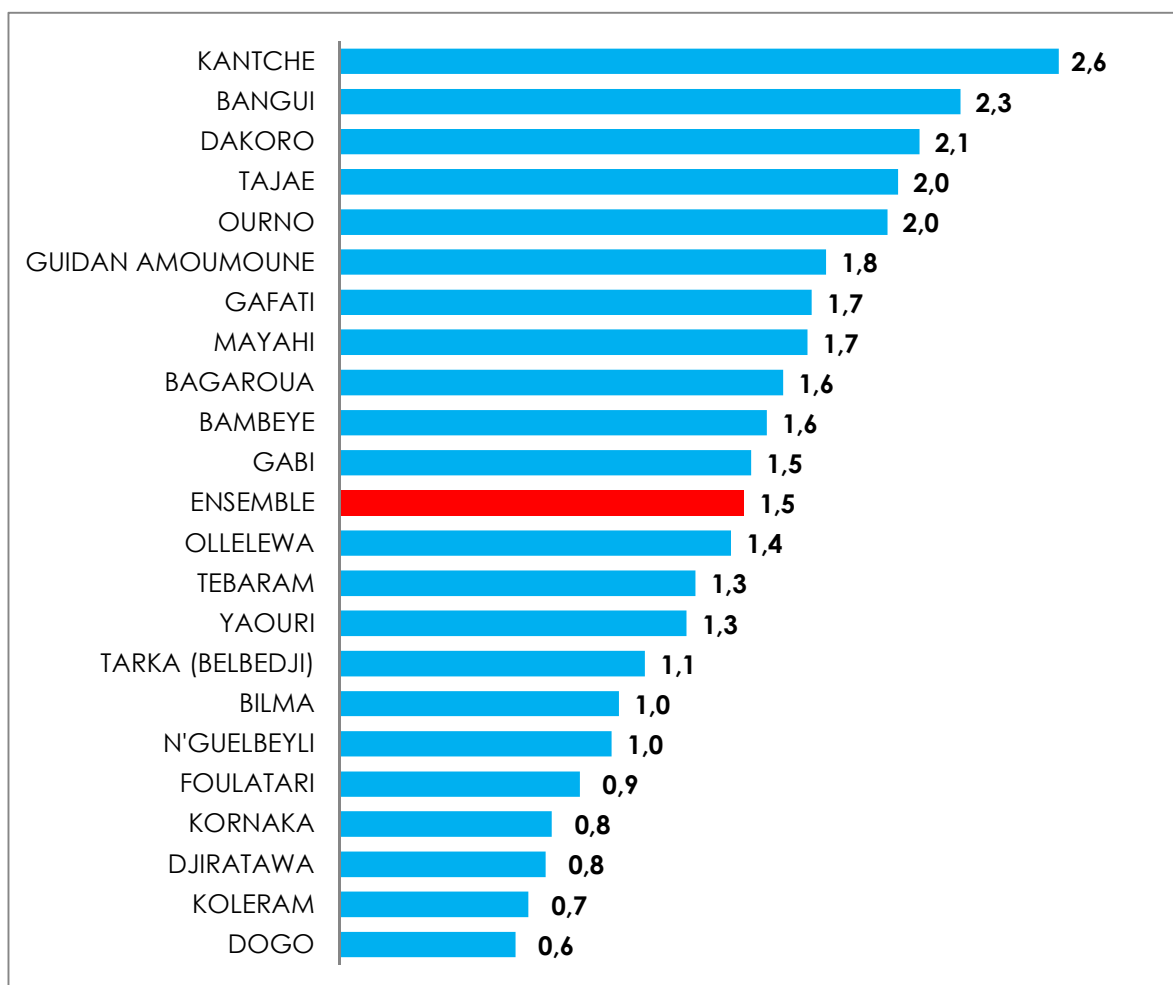
Au cours de l'enquête, des questions sur les obstacles à l'enregistrement des naissances ont été posées. Le tableau ci-dessous présente les résultats obtenus. Dans l'ensemble des communes, 19,6% des femmes déclarent que l'éloignement du service est le principal obstacle à l'enregistrement des naissances. Cet obstacle est surtout plus prononcé à Tébaram (40%) et à Tarka (37,2%). La seconde barrière la plus citée est la négligence (19,0%).

Tableau 115 : les barrières à l'enregistrement des naissances par commune

COMMUNE	Indisponibilité du service	Eloignement du service	Ne sait pas qu'il faut déclarer	Faible qualité du service	Cout du transport	Ne veulent pas payer d'amende	Ne sait pas où enregistrer les naissances	Ne sait pas comment registrer	Négligence
BILMA	-	33	-	-	-	-	-	17	50
FOULATARI	20,4	34,2	8,2	2,8	0,3	1,8	0,8	23,7	7,9
N'GUELBEYLI	1,3	22,4	5,0	0,0	0,0	0,0	3,8	24,3	43,1
DAKORO	13,3	16,8	12,5	3,4	0,3	0,1	7,3	10,7	35,5
DJIRATAWA	8,1	10,4	5,4	9,2	2,0	10,6	2,2	13,8	38,4
GABI	7,9	17,2	12,7	0,0	0,2	1,8	1,6	33,5	25,1
GUIDAN AMOUMOUNE	12,5	9,3	28,5	1,3	2,7	1,7	10,3	20,4	13,3
KORNAKA	10,2	20,3	13,4	2,3	0,7	1,4	2,1	6,5	43,3
MAYAH	30,4	15,0	8,2	5,8	0,0	5,7	5,2	11,2	18,5
BAGAROUA	8,3	23,6	1,1	12,7	0,5	6,8	1,2	1,5	44,1
BAMBEYE	19,3	26,3	16,6	4,3	0,8	11,2	4,7	15,2	1,5
BANGUI	26,9	16,1	5,7	4,3	1,6	3,1	6,4	15,5	20,4
OURNO	20,6	20,5	26,3	15,3	4,0	0,3	0,7	8,9	3,4
TAJAE	13,4	24,9	3,9	3,8	7,4	7,6	2,0	4,5	32,5
TEBARAM	14,1	40,0	19,7	12,3	0,0	5,8	1,0	6,0	1,1
DOGO	12,1	12,9	29,2	0,5	1,9	1,4	14,1	23,3	4,5
GAFATI	15,8	17,0	30,4	3,9	0,0	5,2	1,3	20,3	6,1
KANTCHE	39,2	16,0	20,6	2,0	0,0	2,3	0,5	7,3	12,0
KOLERAM	10,7	7,4	44,4	0,9	0,0	0,0	6,8	29,8	0,0
OLLELEWA	13,9	25,6	46,0	4,6	0,7	0,2	0,4	8,6	0,0
TARKA (BELBEDJI)	21,5	37,2	21,7	6,4	0,4	0,8	1,4	9,4	1,4
YAOURI	20,7	11,4	19,8	7,3	0,1	0,2	1,7	17,6	21,1
ENSEMBLE	17,0	19,6	16,9	4,3	1,0	2,7	4,3	15,3	19,0
Ménages très pauvres	21,3	18,5	12,6	7,1	1,6	3,0	6,0	17,2	12,7

Au Niger, la loi portant sur le régime de l'état civil n'a pas prévu un délai pour le retrait de l'acte de naissance. Mais un indicateur temps moyen mis pour le retrait des actes est calculé par commune et par département. Au niveau communal, le temps moyen de retrait d'acte de naissance est d'un mois et demi. Ce délai varie de moins d'un mois à Dogo à près de trois mois à Kantché.

Graphique 31: Temps moyen (en mois) de retrait de l'acte de naissance par commune



8.3. 2 Au niveau des quatre départements

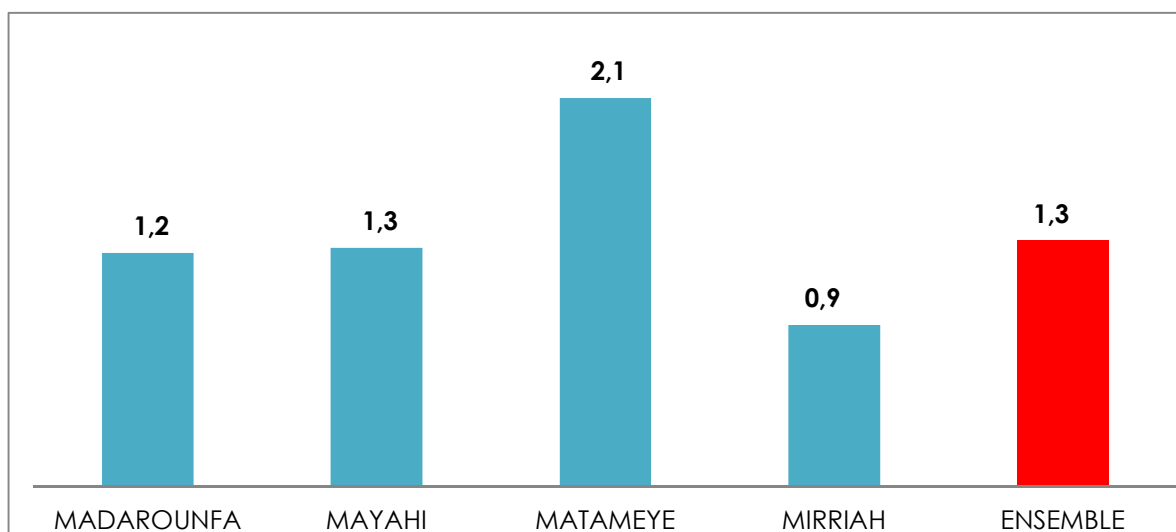
Dans l'ensemble des départements, 19,4% des femmes affirment que l'indisponibilité du service est la principale barrière à l'enregistrement des naissances des enfants de 0 à 4 ans. Ce pourcentage est de 28,6% à Matamèye et de 11% à Madarounfa.

Tableau 116 : les raisons du non déclaration des naissances par département

DEPARTEMENT	Raison de non déclaration							
	Indisponibilité du service	Eloignement du service	Ne sait pas qu'il faut déclarer	Faible qualité du service	Cout du transport	Ne veulent pas payer d'amende	Ne sait pas où enregistrer les naissances	Ne sait pas comment enregistrer
MADAROUNFA	11,0	20,3	14,1	3,3	0,6	3,4	1,8	21,9
MAYAH	25,4	13,6	10,9	2,6	1,7	2,6	5,1	12,4
MATAMEYE	28,6	14,9	16,2	6,0	0,0	0,8	1,8	13,1
MIRRIAH	15,1	18,9	32,1	1,4	0,8	1,7	7,0	19,6
ENSEMBLE	19,4	17,2	18,8	3,3	0,7	2,1	3,9	17,1

Au niveau des départements, l'enquête a relevé aussi que les populations attendent en moyenne plus d'un mois avant de retirer l'extrait d'acte de naissance dans les centres de l'état civil. Ce temps est relativement plus élevé à Matamèye (2,1 mois).

Graphique 32: Temps moyen (en mois) de retrait de l'acte de naissance par département



9. Prévalence contraceptive et VIH/SIDA

9.1. Connaissance, Attitude et Pratiques sur le VIH/SIDA

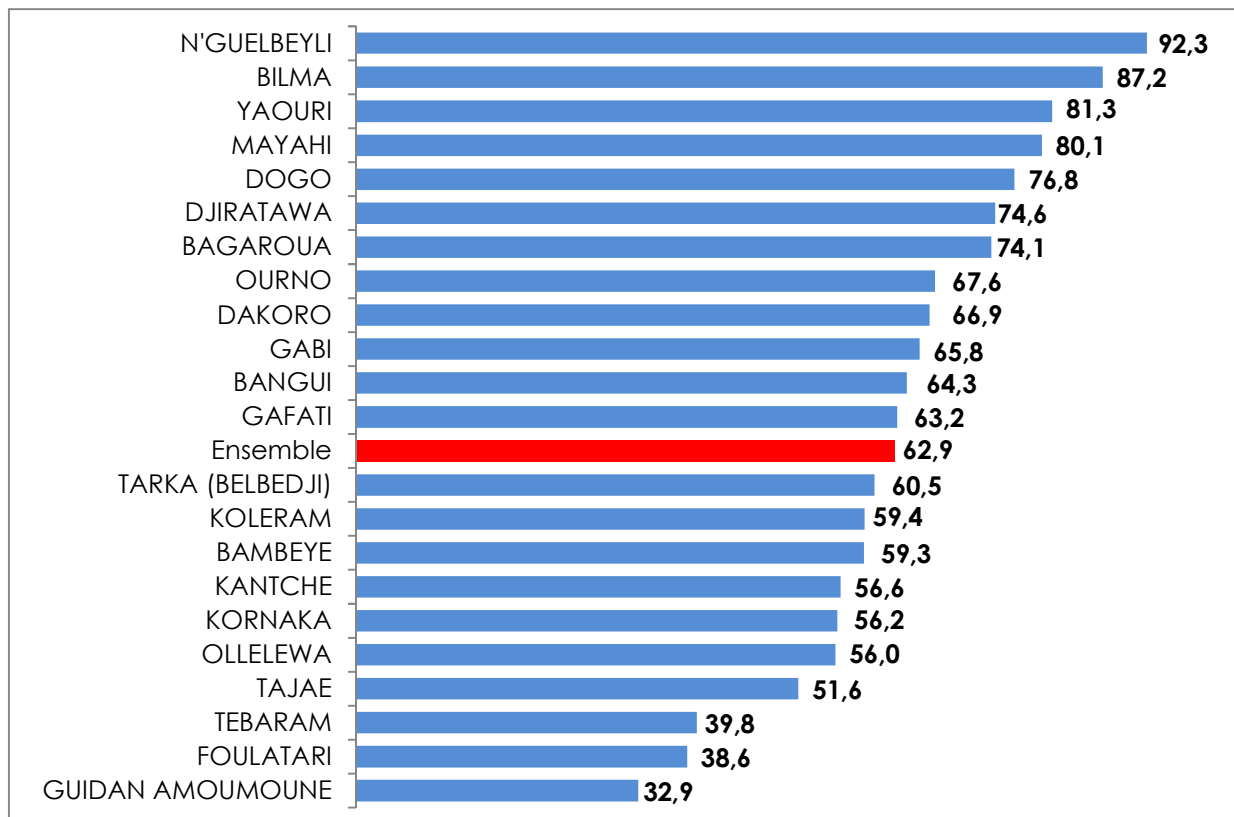
9.1.1. Connaissance du VIH/SIDA

9.1.1.1 Au niveau des communes de convergence

Bien que le VIH/SIDA soit l'une des maladies les plus médiatisées ces dernières années, l'examen des résultats de l'enquête tels que présentés sur le graphique ci-après, révèle que, le niveau de connaissance des femmes de cette maladie dans les 22 communes reste encore très moyen avec un peu plus de six femmes sur dix, soit 62,9% des femmes qui ont entendu parler du VIH/SIDA.

L'examen des résultats par commune montre une forte disparité. Le taux varie de 92,3% à N'Guelbeyli à 32,9% à Guidan Amoumoune qui enregistre le plus bas taux avec Foulatari (38,6%) et Tebaram (39,8%).

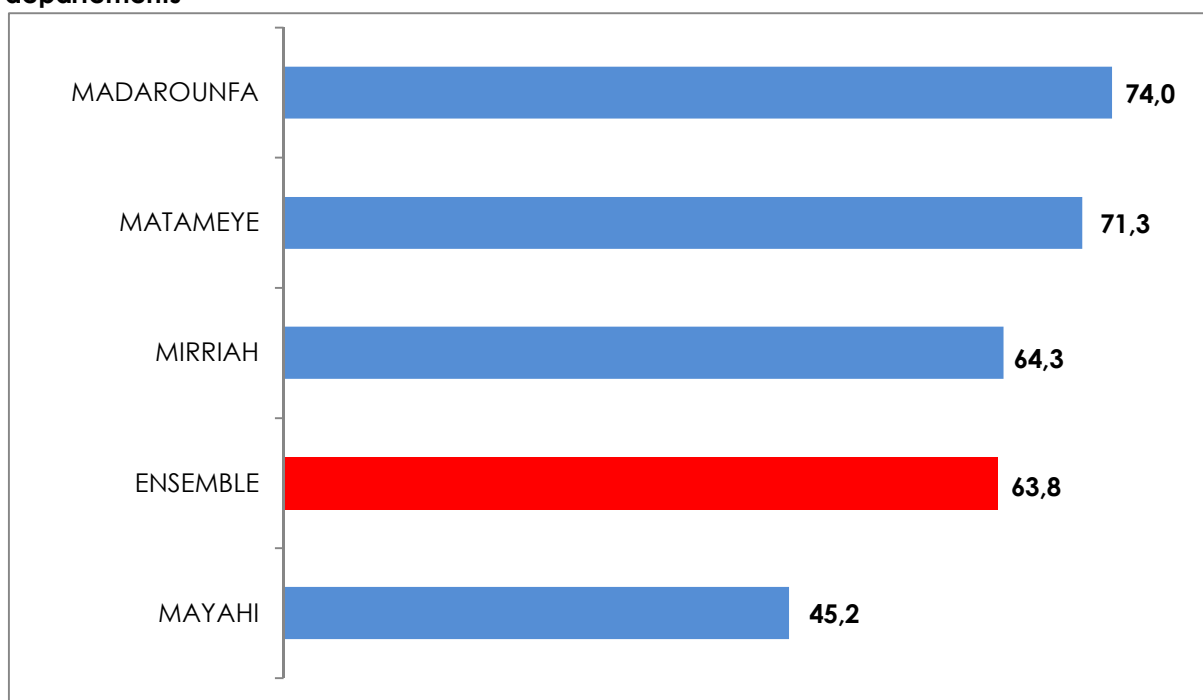
Graphique 33 : Répartition en pourcentage des femmes ayant entendu parler du VIH/SIDA selon les communes



9.1.1.2 Au niveau des quatre départements

L'observation des résultats par département (graphique ci-dessous) montre que Madarounfa, avec 74% des femmes qui ont entendu parler du VIH/SIDA enregistre le plus fort taux suivi des départements de Matamèye (71,3%) et Mirriah (64,3%). La situation reste cependant préoccupante à Mayahi où moins de la moitié des femmes (45,2%) déclarent avoir entendu parler du VIH/SIDA.

Graphique 34 : Pourcentage des femmes ayant entendu parler du VIH/SIDA selon les départements



9.1.2. Source d'information sur le VIH/SIDA

9.1.2.1 Au niveau des communes de convergence

A celles qui ont entendu parler du VIH/SIDA, il leur a été demandé par quel canal ou par qui elles ont entendu parler de la pandémie. Les réponses à cette question révèlent que, dans l'ensemble des 22 communes de convergence, les principales sources d'information sur le VIH/SIDA citées par les femmes sont : les médias (radio, télévision, journaux) et les formations sanitaires avec respectivement 64,1% et 51,2%.

On remarque par contre que les lieux de culte à savoir, les mosquées et les églises ne constituent pas les lieux d'échange sur le VIH/SIDA dans ces communes. En effet, rare sont les femmes (1,8%) qui ont entendu parler du VIH/SIDA à ces niveaux

Les résultats par commune présentent presque la même tendance dans la majorité des communes où les médias et les formations sanitaires apparaissent comme les plus citées. On note toutefois, des taux très élevés des femmes ayant entendu parler du VIH/SIDA auprès des amis/familles et voisins dans les communes de Bilma (66,3%) et Tarka (50,4%).

Tableau 117: Répartition en pourcentage des femmes selon leur source d'information sur le VIH/SIDA

COMMUNE	Médias	Brochures sur les IST et le SIDA	Affiches/panneaux publicitaires	Formations sanitaires	ONG	Secouriste/matronne	Comité de ville/village	Écoles	Mosquées/Églises	Marché	Vendeurs ambulants de médicaments	Amis/famille/voisins	Conversations dans la rue	Autre (préciser)
BILMA	66,8	17,4	36,8	62,1	35,5	17,9	23,9	36,6	16,3	17,4	18,2	66,3	49,5	5,5
FOULATARI	36,7	2,2	6,7	51,1	18,9	2,2	11,1	1,1	2,2	7,8	6,7	43,3	35,6	4,4
N'GUELBEYLI	11,1		2,9	78,3		3,5	10,5		2,4	2,4	3,6	23,4	15,9	7,0
DAKORO	89,3	7,7	12,4	46,5	2,3	4,1	17,0	3,7	1,4	0,6	2,4	20,9	8,6	0,8
DJIRATAWA	85,9	3,4	4,5	66,0	6,5	2,6	2,1			0,4	0,7	6,2	2,4	0,4
GABI	78,5	0,5	1,9	50,1	3,4	8,6	7,8	0,8	0,3	2,8	1,7	33,9	25,4	0,9
GUIDAN AMOUMOUNE	60,6	2,1	1,2	55,2	3,9	3,8	7,5	0,2	1,0	5,5	0,2	13,6	6,9	0,2
KORNAKA	79,2	1,6	1,6	64,2	4,5	1,2	3,1	2,9	0,8	1,9	2,0	6,8	6,8	1,9
MAYAH	88,6	5,5	4,5	32,9	8,5	4,9	19,2	2,9	3,2	11,2	11,0	32,4	24,9	1,3
BAGAROUA	52,0	0,7	1,8	45,6	4,3	5,7	3,1	0,9	0,2	0,3	0,4	14,8	26,3	2,3
BAMBEYE	52,8	6,6	9,6	72,0	20,7	7,7	13,0	0,5	1,9	0,5	1,2	21,3	7,3	0,9
BANGUI	49,8	1,8	4,2	52,6	7,0	3,4	6,4	0,9	1,5	1,7	2,4	21,5	19,1	6,8
OURNO	62,9	6,2	4,6	41,9	9,9	8,4	10,1	3,6	1,3	6,3	3,9	38,6	21,8	2,2

COMMUNE	Médias	Brochures sur les IST et le SIDA	Affiches/panneaux publicitaires	Formations sanitaires	ONG	Secouriste/matronne	Comité de ville/village	Écoles	Mosquées/Églises	Marché	Vendeurs ambulants de médicaments	Amis/famille/voisins	Conversations dans la rue	Autre (préciser)
TAJAE	22,2	2,4	5,0	70,8	15,6	27,6	9,2	3,4	2,8	2,1	3,5	9,2	16,6	2,4
TEBARAM	72,7	1,9	4,1	33,0	26,4	11,9	7,4	4,0	0,1	0,5	2,2	22,4	21,3	4,3
DOGO	65,7	7,7	11,0	38,6	10,4	6,4	19,4	2,6	1,7	4,5	6,3	30,3	17,4	2,6
GAFATI	82,2	3,7	16,8	39,4	3,3	4,3	8,1	1,9	1,7	6,3	16,7	42,8	33,8	3,7
KANTCHE	57,5	8,4	2,5	71,7	5,6	7,9	4,4	1,8	0,7	1,6	1,4	9,3	15,9	2,0
KOLERAM	80,1	23,4	29,6	50,7	23,9	18,6	17,7	11,7	10,1	9,0	13,9	19,8	20,6	0,6
OLLELEWA	49,2	3,1	5,8	58,5	13,6	9,9	14,0	2,1	3,6	20,0	14,1	35,3	35,5	3,5
TARKA (BELBEDJI)	56,9	0,6	1,5	37,7	5,4	9,4	6,1	2,2	1,1	11,1	10,6	50,4	37,1	3,6
YAOURI	75,9	7,9	5,4	35,1	10,2	6,2	6,2	6,2	4,1	5,2	7,8	23,8	28,5	4,7
ENSEMBLE	64,1	4,3	5,9	51,2	9,2	7,1	9,9	2,4	1,8	4,9	5,0	25,1	19,8	2,7

9.1.1.2 Au niveau des quatre départements

Les résultats selon les quatre départements présentés dans le tableau ci-dessous montrent que, les médias et les formations sanitaires apparaissent également comme étant les plus cités. En effet, dans l'ensemble des départements, 73,8% et 46,6% des femmes ont déclaré avoir entendu parler du VIH/SIDA respectivement auprès des médias et des formations sanitaires. Cette tendance est la même quel que soit le département avec toutefois des taux relativement élevés à Madarounfa et Mayahi où on a enregistré respectivement 79,5% et 76,4% des femmes qui ont cité les médias comme leur source d'information.

Tableau 118: Répartition en pourcentage des femmes selon leur source d'information sur le VIH/SIDA par département

DEPARTEMENT	Médias	Brochures sur les IST et le SIDA	Affiches/panneaux publicitaires	Formations sanitaires	ONG	Secouriste/matronne	Comité de ville/village	Écoles	Mosquées/Églises	Marché	Vendeurs ambulants de médicaments	Amis/famille/voisins	Conversations dans la rue	Autres
MADAROUNFA	79,5	1,9	4,9	54,2	9,3	5,8	7,3	0,4	0,3	3,1	2,7	22,1	20,5	2,7
MAYAH	76,4	5	4,2	40,7	7,6	6,4	15,4	2,0	2,2	7,7	7,2	26,2	20,4	3,5
MATAMEYE	69,1	5,9	3,9	48,1	6,8	6,8	5,7	3,3	2,4	3,8	4,5	19,3	25,8	3,1
MIRRIAH	70,8	12,2	17,7	40,9	13,8	10	14,8	5,6	4,8	6,7	10,2	30,4	22,2	2,5
ENSEMBLE	73,8	6,3	8,1	46,6	9,6	7,1	10,3	2,9	2,4	5,1	6	24,4	22,3	2,9

9.1.2. Connaissance des canaux de transmission du VIH/SIDA

9.1.2.1 Au niveau des communes de convergence

Le tableau ci-après montre que, les rapports sexuels non protégés (59,2%), la prostitution/vagabondage sexuel (60,2%) apparaissent comme les canaux de transmission du VIH/SIDA les plus connus par les femmes. L'utilisation des ciseaux et rasoirs souillés comme mode de transmission du VIH/SIDA a été également citée par une proportion relativement importante (28,7%).

On constate malheureusement que certains faux canaux de transmission continuent à être véhiculés par certaines femmes : Il s'agit notamment des baisers cités par 2,4% des femmes, les piqûres de moustiques citées par 3,5% des femmes et des plaies citées par 5,9% des femmes. Cette situation est surtout perceptible dans la commune de Tajaé où 19,0%, 11,8% et 11,3% des femmes affirment respectivement que les plaies, les piqûres des moustiques et les baisers sont des canaux de transmission du VIH/SIDA. Dans la commune de Guidan Amoumoune, la situation sur la connaissance des canaux de transmission semble aussi être critique. En effet, dans cette commune, on constate que, quel que soit le mode de transmission, moins de la moitié des femmes l'ont cité.

Tableau 119: Répartition en pourcentage des femmes selon les canaux de transmission du VIH/SIDA qu'elles connaissent

COMMUNE	Rapports sexuels non protégés	Prostitution, vagabondage sexuel	Transfusion sanguine	Transmission mère enfant	Homosexualité	Injections avec une même aiguille	Ciseaux/Rasoirs	Plaies	Baisers	Piqûres de moustiques	Autre (préciser)
BILMA	87,9	53,9	48,7	67,4	31,1	44,2	51,8	53,2	14,5	5,5	12,9
FOULATARI	72,2	72,2	8,9	25,6	4,4	18,9	42,2	2,2	2,2	4,4	5,6
N'GUELBEYLI	65,4	65,9	15,9	11,1	2,4	23,4	32,6	4,1		1,2	1,2
DAKORO	74,7	52,3	10,3	9,4	5,2	8,1	13,6	3,4	1,5	0,4	2,3
DJIRATAWA	63,4	53,9	10,7	12,8	4,5	27,7	29,3	4,7	0,3	0,8	1,4
GABI	60,5	62,6	16,0	14,6	1,3	20,2	40,1	5,7	0,4	3,1	2,9
GUIDAN AMOUMOUNE	40,5	24,3	19,5	7,3	2,4	7,7	11,3	1,9	2,5	2,6	1,8
KORNAKA	83,6	49,1	37,8	36,0	12,2	26,9	19,0	2,1	0,1	1,4	1,8
MAYAHI	69,9	59,5	17,6	29,1	4,4	17,7	20,1	2,7	1,5	1,7	5,2
BAGAROUA	26,1	59,1	4,9	4,0	4,9	17,3	18,7	2,3	0,1	1,2	8,8
BAMBEYE	64,7	75,2	36,0	31,5	4,7	20,2	27,6	7,4	3,5	0,4	-
BANGUI	54,7	53,6	17,8	14,9	3,7	19,9	35,5	6,3	2,7	7,8	11,8
OURNO	37,7	53,2	9,1	3,7	1,1	7,7	17,2	2,5	0,4	2,0	2,4
TAJAE	54,8	56,1	25,4	22,6	12,2	33,4	27,2	19,0	11,3	11,8	10,9
TEBARAM	46,4	37,9	10,1	10,6	4,0	20,2	49,8	3,9	1,3	2,9	2,5
DOGO	77,8	63,6	32,7	27,8	10,5	20,5	40,1	6,2	2,8	1,5	1,3
GAFATI	85,0	56,4	30,2	35,2	12,9	30,0	37,0	1,4	0,6	0,6	2,7
KANTCHE	61,2	71,9	29,0	17,6	12,5	22,8	31,5	10,9	9,9	9,4	6,2
KOLERAM	66,6	63,9	38,9	38,1	18,6	20,0	27,9	7,5	8,3	3,9	4,2
OLLELEWA	54,8	78,3	28,2	33,4	11,2	45,9	32,5	10,7	3,1	8,3	6,7
TARKA (BELBEDJI)	35,6	65,4	24,9	19,5	7,7	26,0	26,5	1,2		4,1	14,4
YAOURI	56,2	75,6	19,6	21,3	12,8	34,0	35,5	13,6	5,7	5,7	6,2
ENSEMBLE	59,2	60,2	21,7	20,5	7,0	22,4	28,7	5,9	2,4	3,5	5,1

9.1.2.2 Au niveau des quatre départements

A l'image des 22 communes, les rapports sexuels non protégés, la prostitution/vagabondage sexuel apparaissent également comme les canaux les plus connus par les femmes dans l'ensemble des quatre départements.

Les faux canaux de transmission à savoir les plaies (14,2%), les piqûres des moustiques (9,5%) et les baisers (9,5%) ont été surtout cités dans le département de Matamèye.

Tableau 120: Répartition en pourcentage des femmes selon les canaux de transmission du VIH/SIDA qu'elles connaissent selon les départements

DEPARTEMENT	Rapports sexuels non protégés	Prostitution, vagabondage sexuel	Transfusion sanguine	Transmission mère enfant	Objets souillés	Homosexualité	Injections avec une même aiguille	Ciseaux/Rasoirs	Plaies	Baisers	Piqûres de moustiques	Autres
MADAROUNFA	68,3	58,1	17,2	17,6	25,2	4,1	18,3	25	3,8	0,5	2,6	2,3
MAYAH	65,5	52	21,2	28,4	21,9	5,6	20,4	22,3	5	2,1	1,7	4,2
MATAMEYE	58,3	73	23,4	20,3	22,4	13,4	27,1	32,4	14,2	9,5	9,4	8,8
MIRRIAH	72,9	62,5	31,5	29,9	36,4	13,4	20,4	33,6	5,6	4,3	2,8	2,7
ENSEMBLE	66,6	62,2	23,5	23,6	27,1	9,4	21,5	28,9	7,2	4,2	4,3	4,4

9.1.3. Moyen de prévention du VIH/SIDA

9.1.3.1 Au niveau des communes de convergence

Les résultats du tableau ci-dessous présentent les données relatives aux réponses recueillies auprès des femmes sur leurs connaissances des différentes méthodes de prévention du VIH/SIDA.

Dans l'ensemble des 22 communes, l'abstinence (65,3%) et la fidélité (57,4%) apparaissent comme étant les moyens de prévention les plus connus par les femmes.

D'autre part, bien que le préservatif soit beaucoup médiatisé comme étant un bon moyen de se protéger contre le VIH/SIDA, on constate que moins d'un tiers (29,6%) des femmes seulement l'ont cité.

Tableau 121: Répartition en pourcentage des femmes selon les principaux moyens de prévention contre le VIH/SIDA qu'elles connaissent

COMMUNE	Abstinence	Fidélité	Préservatifs	Éviter les objets souillés	Éviter les prostituées	Éviter les homosexuels	Éviter la transfusion sanguine	Éviter les aiguilles déjà utilisées	Éviter les piqûres de moustiques	Recours aux guérisseurs traditionnels	Autres
BILMA	56,6	65,5	76,3	74,7	52,9	29,5	21,6	55,8	4,5	7,1	5,3
FOULATARI	52,2	82,2	41,1	56,7	51,1	3,3	5,6	37,8	2,2	1,1	1,1
N'GUELBEYLI	61,3	53,1	18,2	30,4	36,1	1,2	17,5	23,9	1,7		2,3
DAKORO	58,5	75,0	23,6	26,0	25,5	6,2	7,4	8,3	1,0		2,0
DJIRATAWA	70,2	78,8	14,2	11,9	48,9	12,3	5,8	30,5	3,5	3,0	4,2
GABI	70,6	76,1	16,1	26,5	33,8	1,5	6,3	23,9	2,9	0,4	3,3
GUIDAN AMOUMOUNE	30,0	30,5	17,6	21,6	19,5	0,7	3,4	10,1	0,9		3,2

COMMUNE	Abstinence	Fidélité	Préservatifs	Éviter les objets souillés	Éviter les prostituées	Éviter les homosexuels	Éviter la transfusion sanguine	Éviter les aiguilles déjà utilisées	Éviter les piqûres de moustiques	Recours aux guérisseurs traditionnels	Autres
KORNAKA	80,4	67,6	39,8	49,1	28,9	15,4	15,5	23,5	3,3	11,7	7,4
MAYAH	34,9	66,7	50,4	12,0	31,8	7,3	10,7	13,4	1,3	0,2	4,3
BAGAROUA	12,7	62,4	9,8	22,6	33,9		1,2	7,6	0,4	2,0	6,5
BAMBEYE	63,9	62,3	58,8	49,4	42,0	11,0	4,3	17,0	2,9	0,2	2,3
BANGUI	68,2	41,7	19,7	28,2	25,0	4,9	7,5	20,5	9,1	9,0	12,2
OURNO	34,0	43,5	5,5	14,3	35,6	3,9	4,8	8,3	1,8	1,8	3,8
TAJAE	54,5	57,9	34,1	31,2	51,1	14,3	17,7	31,5	13,9	6,4	7,5
TEBARAM	61,5	32,9	9,7	21,3	49,2	7,4	9,8	29,0	6,7	2,5	2,4
DOGO	82,0	84,1	37,1	36,8	43,6	13,0	13,9	18,8	2,7	2,7	1,5
GAFATI	80,8	74,9	44,5	35,4	48,1	10,4	16,5	32,7	5,0	1,0	1,2
KANTCHE	60,0	83,4	37,3	17,0	52,7	12,5	12,4	31,4	13,6	7,2	7,7
KOLERAM	66,1	85,3	55,4	47,7	32,3	4,5	3,4	13,8	1,7	0,8	1,4
OLLELEWA	43,6	88,7	36,6	60,3	61,8	10,4	21,8	38,5	8,9	4,1	4,6
TARKA (BELBEDJI)	45,7	61,5	28,5	32,3	44,2	8,7	8,2	17,9	5,0	6,5	14,0
YAOURI	63,9	64,5	31,5	29,3	56,4	13,1	10,8	21,3	4,5	3,1	3,6
ENSEMBLE	57,4	65,3	29,6	31,0	39,6	8,4	9,7	20,7	4,5	3,6	5,3

9.1.3.2 Au niveau des quatre départements

L'analyse des résultats par département fait ressortir une proportion importante des femmes qui ont cité la fidélité et l'abstinence comme moyen de prévention contre le VIH/SIDA. Les départements de Madarounfa et de Mirriah enregistrent les proportions les plus élevées des femmes qui connaissent les principaux moyens de prévention contre le VIH/SIDA.

Le département de Matamèye enregistre le plus fort taux des femmes ayant cité des réponses erronées. En effet, dans ce département, 10% des femmes affirment qu'il faut éviter les piqûres de moustiques et 7,3% pensent qu'il faut faire recours aux guérisseurs traditionnels pour se protéger contre le VIH/SIDA.

Tableau 122: Répartition en pourcentage des femmes selon les principaux moyens de prévention contre le VIH/SIDA qu'elles connaissent selon les départements

DEPARTEMENT	Abstinence	Fidélité	Fidélité	Préservatifs	Éviter les objets souillés	Éviter les prostituées	Éviter les homosexuels	Éviter la transfusion sanguine	Éviter les aiguilles déjà utilisées	Éviter les piqûres de moustiques	Recours aux guérisseurs traditionnels	Autres
MADAROUNFA	75,7	73,2	73,2	17,1	29,6	45,8	11,1	9,6	27,7	3,3	1,4	4,0
MAYAHI	39,8	60,2	60,2	46,2	18,4	32,5	8,3	10,7	17,8	1,9	0,9	3,4
MATAMEYE	59,6	72,0	72,0	31,1	23,8	51,2	13,2	13,2	25,9	10,0	7,3	7,8
MIRRIAH	73,9	81,2	81,2	40,6	37,7	37,9	8,4	9,5	18,1	2,7	1,5	1,2
ENSEMBLE	65,0	73,0	73,0	32,2	28,5	42,7	10,4	10,7	22,9	4,6	2,9	4,1

9.2. Dépistage du VIH/SIDA

9.2.1. Pratique du test de VIH/SIDA

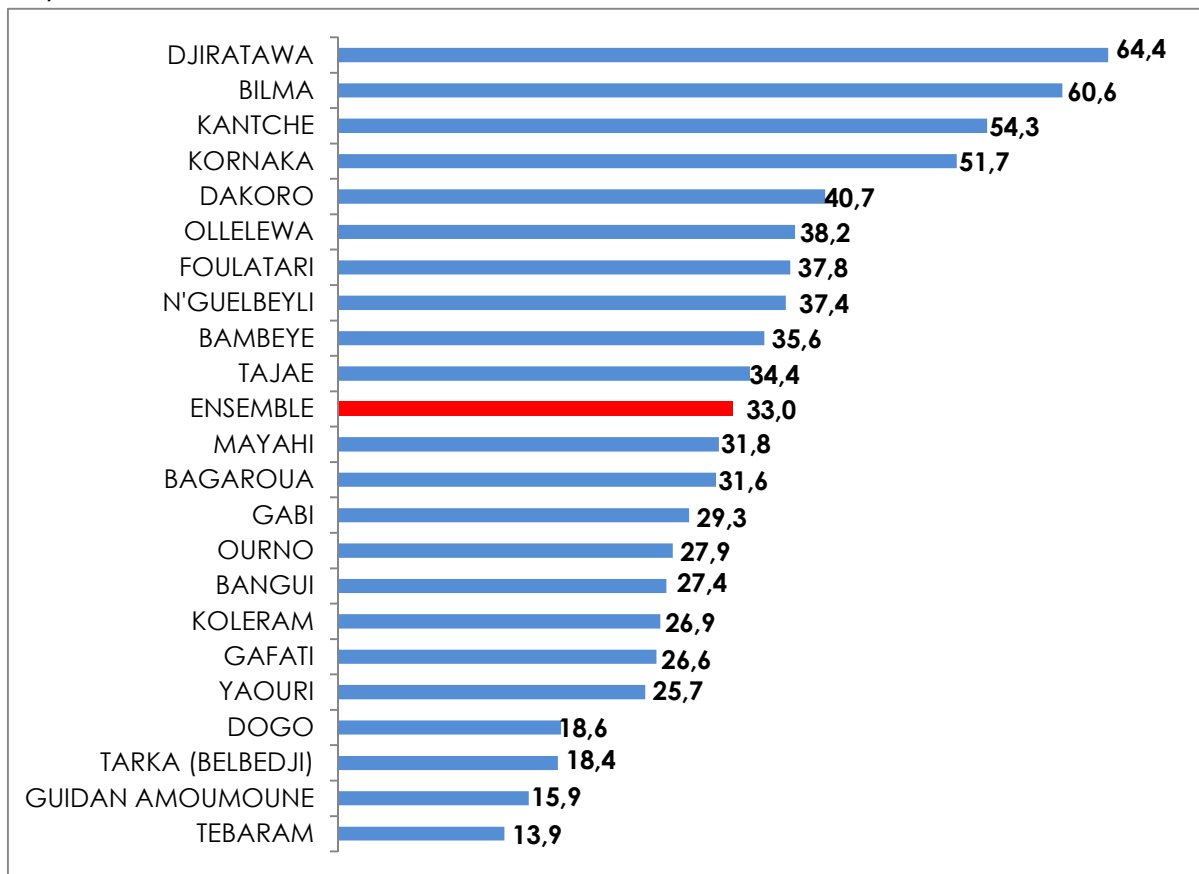
9.2.1.1 Au niveau des communes de convergence

Il ressort des résultats de l'enquête que dans l'ensemble des 22 communes de convergence, 33,0% des femmes ont déjà fait leur test de dépistage du VIH/SIDA.

L'examen des résultats par commune, montre qu'elles sont proportionnellement plus nombreuses à faire leur test de dépistage dans les communes de Djiratawa (64,4%), Bilma (60,6%), Kantché (54,3%) et Kornaka (51,7%).

Les communes de Tebaram, Guidan Amoumoune, Tarka et Dogo enregistrent les plus faibles taux avec respectivement 13,9%, 15,9%, 18,4% et 18,6% des femmes qui ont fait leur test de dépistage.

Graphique 35 : Répartition en pourcentage des femmes ayant fait le test de dépistage du VIH/SIDA

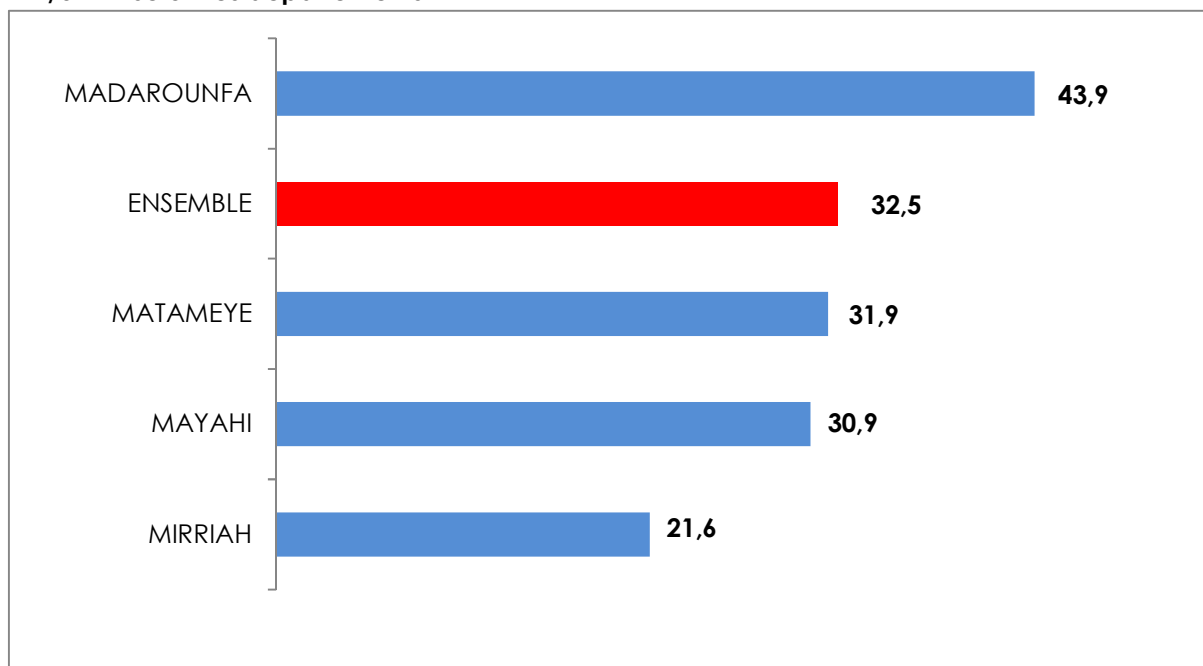


9.2.1.2 Au niveau des quatre départements

En considérant les quatre départements de l'étude, on constate qu'en moyenne 32,5% des femmes ont fait leur test de dépistage. Le département de Madarounfa se détache du lot avec un peu plus de quatre femmes sur dix (43,9%) qui ont fait leur test de dépistage.

Dans les trois autres départements, le taux varie de 21,6% à Mirriah à 31,9% à Matamèye.

Graphique 36 : Répartition en pourcentage des femmes ayant fait le test de dépistage du VIH/SIDA selon les départements



9.2.2. Raison du test du VIH/SIDA

Il a été demandé à chaque femme ayant déclaré avoir fait le test de dépistage du VIH/SIDA, la raison principale qui la conduit à faire le test.

9.2.2.1 Au niveau des communes de convergence

Selon les réponses recueillies, il apparaît que dans l'ensemble des 22 communes, près de sept femmes sur dix (68%) affirment avoir fait leur test de dépistage du VIH/SIDA essentiellement pour connaître leur statut sérologique, 25% l'ont fait pour des raisons sociales et professionnelles et 7% pour d'autres raisons.

Tableau 123: Répartition en pourcentage des femmes selon les raisons qui les ont poussés à faire le test du dépistage

COMMUNE	Connaissance du statut sérologique	Raisons sociales et professionnelles	Autres raisons
BILMA	72,9	27,1	-
FOULATARI	85,3	5,9	8,8
N'GUELBEYLI	100,0	-	-
DAKORO	45,6	37,7	16,7
DJIRATAWA	30,1	68,0	1,9
GABI	93,5	5,0	1,5
GUIDAN AMOUMOUNE	64,3	25,7	10,0
KORNAKA	92,0	4,5	3,5
MAYAH	29,9	69,0	1,1
BAGAROUA	74,3	9,0	16,7
BAMBEYE	78,9	20,3	0,8
BANGUI	83,0	11,1	5,9
OURNO	77,1	19,9	3,0
TAJAE	59,4	29,6	10,9
TEBARAM	61,7	24,6	13,6
DOGO	71,8	18,9	9,3
GAFATI	68,5	29,8	1,7
KANTCHE	87,9	7,5	4,6
KOLERAM	37,5	62,1	0,4
OLLELEWA	57,4	19,6	23,0
TARKA (BELBEDJI)	71,1	19,1	9,8
YAOURI	79,0	10,5	10,5
ENSEMBLE	67,8	25,2	7,1

9.2.2.2 Au niveau des quatre départements

A l'image des communes, la connaissance du statut sérologique demeure la principale raison avancée par la majorité (63,5%) des femmes de l'ensemble des quatre départements de l'étude.

On note par ailleurs que 30,9% des femmes l'ont fait pour des raisons sociales et professionnelles pendant que 5,6% l'ont fait pour d'autres raisons.

Dans le département de Matamèye, près de neuf femmes sur dix (84,8%) ont fait leur test pour essentiellement connaître leur statut sérologique

Tableau 124: Répartition en pourcentage des femmes selon les raisons qui les ont poussées à faire le test du dépistage par département

DEPARTEMENT	Connaissance du statut sérologique	Raisons sociales et professionnelles	Autres raisons
MADAROUNFA	62,4	35,4	2,3
MAYAH	41,7	48,2	10,1
MATAMEYE	84,8	8,3	6,9
MIRRIAH	55,5	37,6	7,0
ENSEMBLE	63,5	30,9	5,6

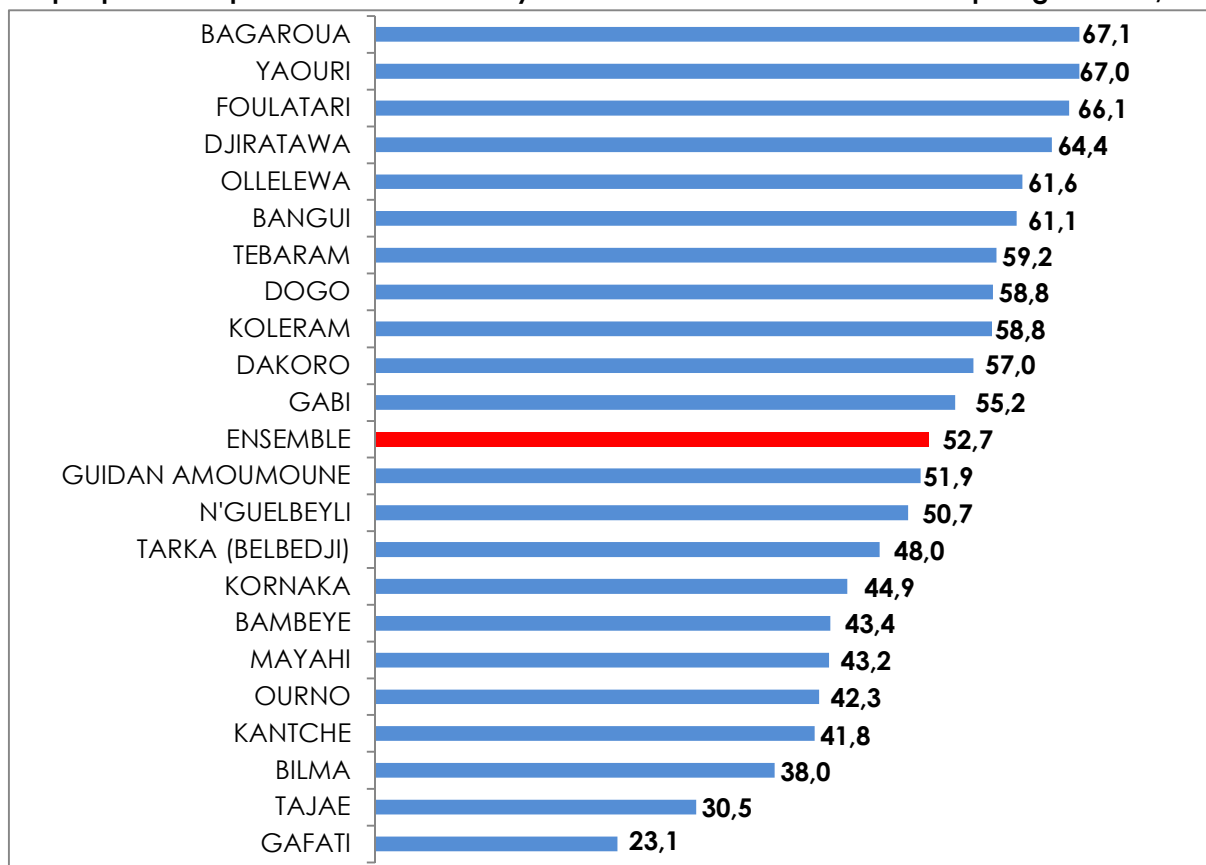
9.2.3. Intention de faire le test du dépistage

9.2.3.1 Au niveau des communes de convergence

A celles qui n'ont pas fait le test du VIH/SIDA, il leur a été demandé si, elles sont prêtes à le faire. Dans l'ensemble 52,7% des femmes ont répondu positivement.

Les femmes ayant l'intention de faire leur test sont proportionnellement plus nombreuses à Bagaroua (67,1%), Yaouri (67,0%), Foulatari (66,1%), Djiratawa (64,4%), Ollelewa (61,6%) et Bangui (61,1%). En effet, dans ces communes elles sont proportionnellement trois fois plus nombreuses que celles de Gafati où on a enregistré seulement 23,1% des femmes qui ont l'intention de faire le test de dépistage.

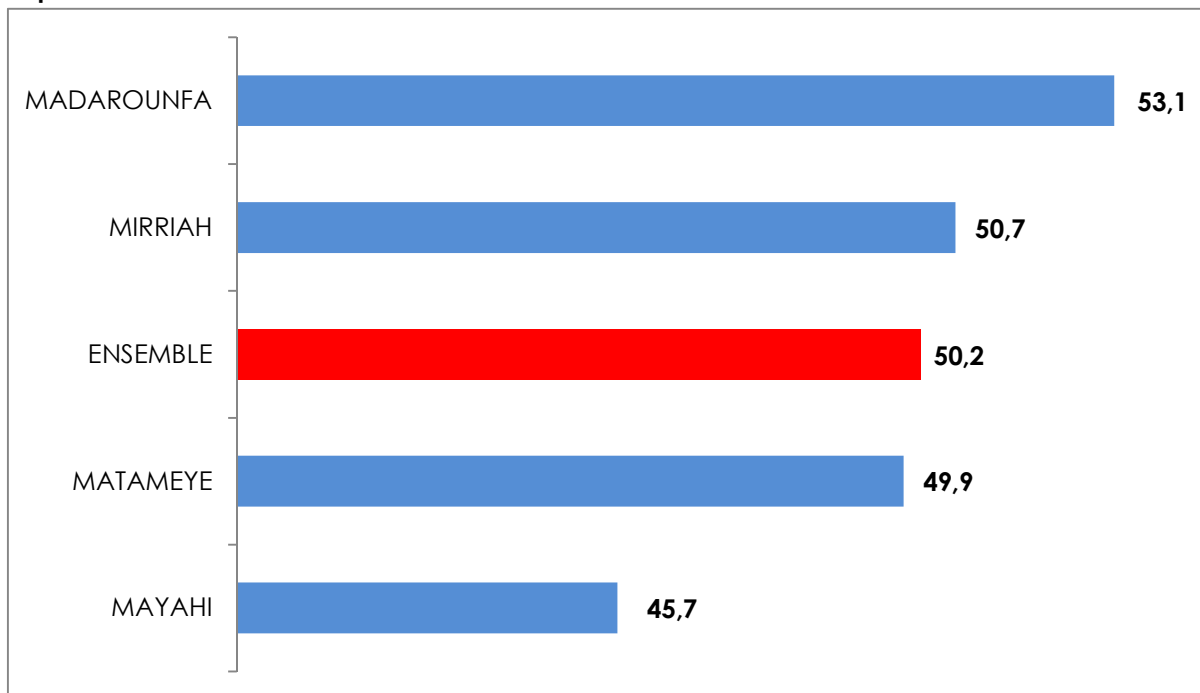
Graphique 37 : Répartition des femmes ayant l'intention de faire le test de dépistage du VIH/SIDA



9.2.3.2 Au niveau des quatre départements

L'analyse selon les départements montre que le taux le plus élevé des femmes qui sont prêtes à faire le test de dépistage a été enregistré à Madarounfa (53,1%). Le département de Mayahi enregistre le plus faible taux : moins de la moitié (45,7%) des femmes se disent prêtes à faire leur test de dépistage.

Graphique 38 : Répartition des femmes prêtes à faire le test de dépistage du VIH/SIDA par département



9.2.4. Connaissance du centre de dépistage du VIH/SIDA

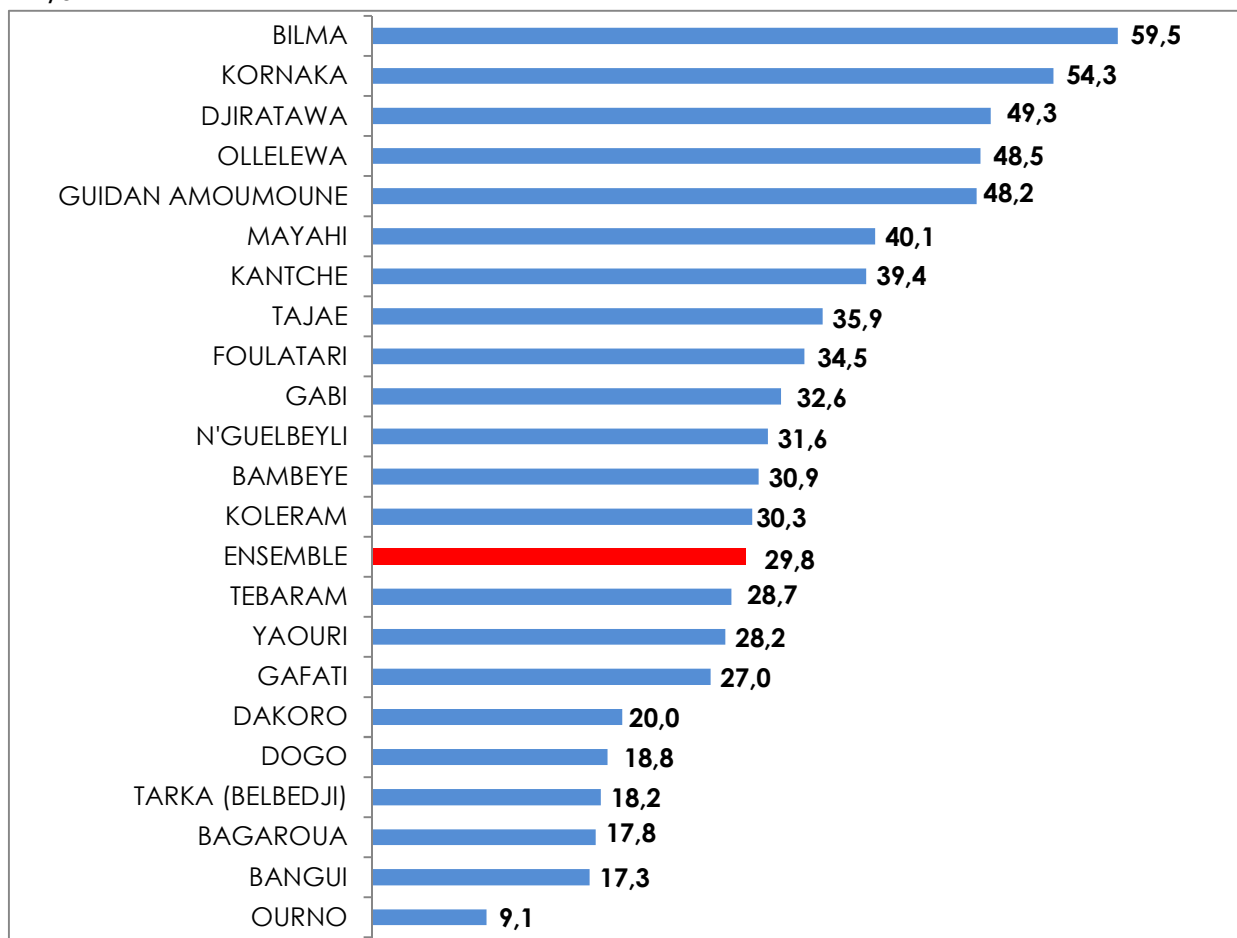
9.2.4.1 Au niveau des communes de convergence

Le graphique ci-dessous présente les résultats relatifs aux connaissances des femmes sur l'existence des centres de dépistage du VIH/SIDA.

Dans l'ensemble des communes, ce sont près de 30% des femmes qui sont au courant de l'existence des centres de dépistages volontaire. Cette information est surtout répandue dans les communes de Bilma et Kornaka où il a été enregistré respectivement 60% et 54% des femmes qui sont informées de l'existence des centres de dépistage du VIH/SIDA.

La commune d'Ourno se distingue des autres communes avec un taux très faible (9%) des femmes qui connaissent l'existence des centres de dépistage.

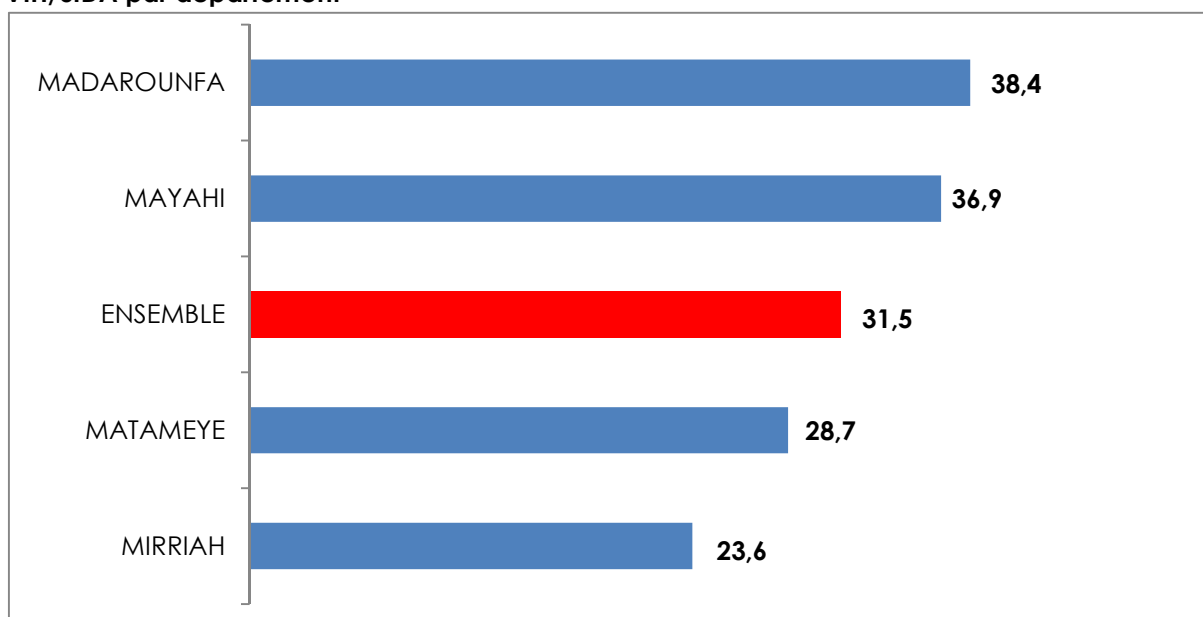
Graphique 39 : Répartition des femmes qui connaissent l'existence des centres de dépistage du VIH/SIDA



9.2.4.2 Au niveau des quatre départements

L'analyse selon les quatre départements fait ressortir des taux plus favorables dans les deux départements de la région de Maradi à savoir Madarounfa et Mayahi qui enregistrent respectivement 38% et 37% des femmes qui sont informées de l'existence des centres de dépistage. Les femmes des deux départements de la région de Zinder semblent méconnaître l'existence des centres de dépistage. En effet, seules 28,7% à Matamèye et 23,6% à Mirriah sont informées de l'existence des centres de dépistage du VIH/SIDA.

Graphique 40 : Répartition des femmes qui connaissent l'existence des centres de dépistage du VIH/SIDA par département



9.3. Planification familiale

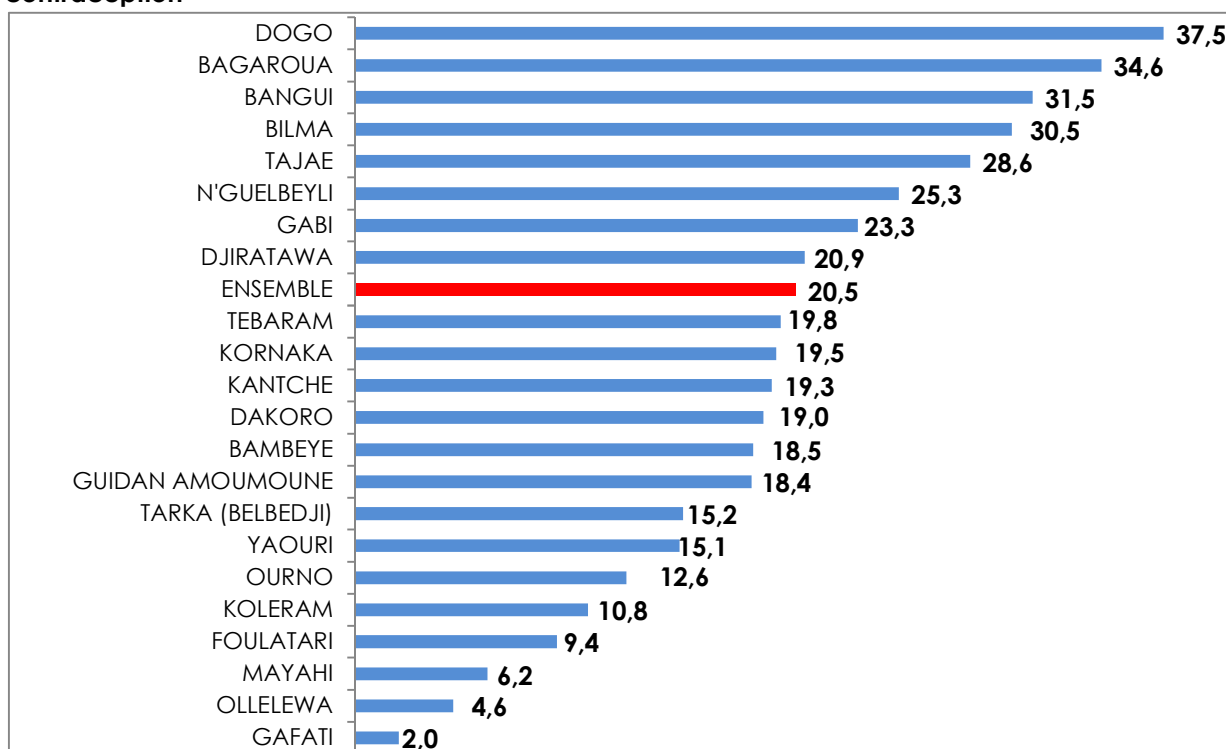
9.3.1. Prévalence contraceptive

9.3.1.1 Au niveau des communes de convergence

Il ressort des résultats de l'enquête que la pratique d'une contraception quelconque aussi bien moderne que traditionnelle dans les 22 communes reste très peu répandue. En effet, au moment de l'enquête, on a enregistré dans l'ensemble des communes une femme sur cinq (20,5%) qui pratique une contraception quelconque.

Bien que ce taux obtenu dans l'ensemble des 22 communes soit faible, on constate que quatorze des vingt-deux communes sont en dessous de ce taux. La situation est surtout perceptible dans les communes de Gafati (2,0%), Ollelewa (4,6%), Mayahi (6,2%) et Foulatari (9,4%) dans lesquelles la proportion des femmes qui pratiquent la contraceptive n'atteint pas 10%.

Graphique 41 : Répartition en pourcentage des femmes pratiquant une méthode quelconque de contraception

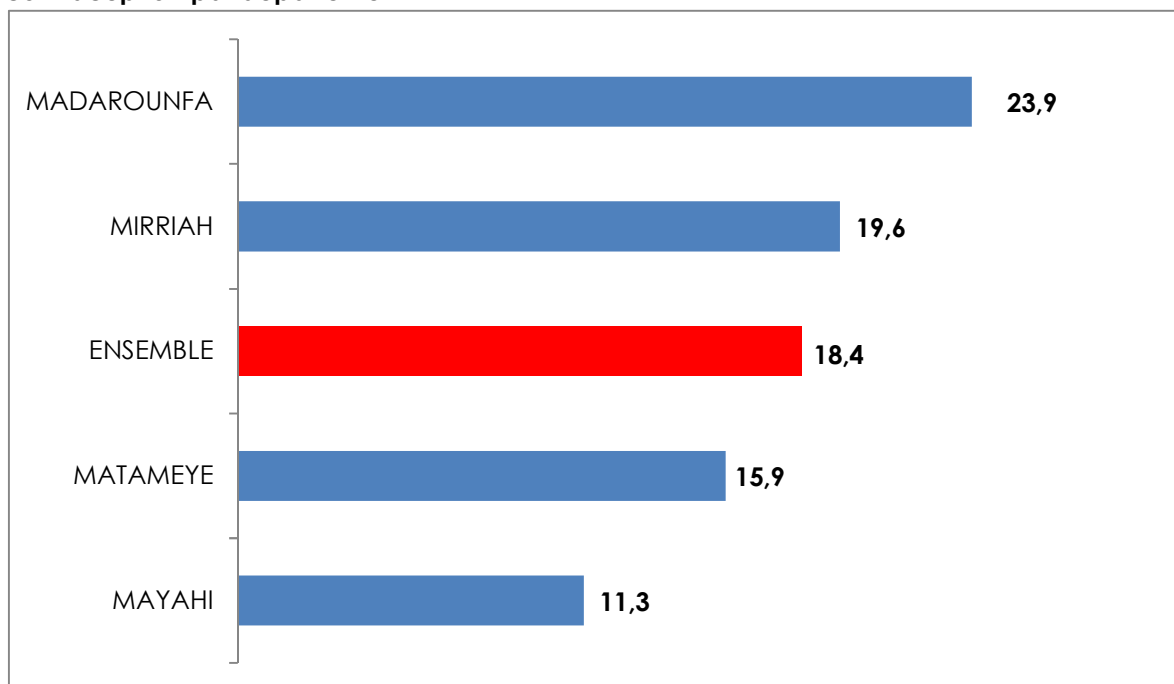


9.3.1.2 Au niveau des quatre départements

La pratique contraceptive reste également très peu répandue dans l'ensemble des quatre départements de l'étude. Au moment de l'enquête, seulement 18,4% des femmes en âge de procréer pratiquent une méthode quelconque de contraception.

Le département de Madarounfa enregistre le taux le plus élevé avec 23,9%, suivi du département de Mirriah avec 19,6% des femmes qui pratiquent une méthode quelconque de contraception. Mayahi reste en dernière position avec 11,3%.

Graphique 42 : Répartition en pourcentage des femmes pratiquant une méthode quelconque de contraception par département



9.3.2. Type de méthode de contraception pratiquée

Il a été demandé aux femmes pratiquant une méthode de contraception de dire laquelle ou lesquelles elles utilisent.

9.3.2.1 Au niveau des communes de convergence

Les réponses recueillies à cette question font apparaître que dans l'ensemble des 22 communes, 10,5% des femmes pratiquent une méthode moderne quelconque de contraception. Parmi ces méthodes modernes, on note que la pilule et les injectables apparaissent comme les plus utilisées par les femmes. En effet, on compte quatre femmes sur dix soit 40% qui utilisent l'une ou l'autre de ces deux méthodes.

La faible utilisation des méthodes modernes a été surtout enregistrée dans les communes de Gafati(1,3%), Ollelewa (3,2%), Foulatari(3,4%) et Mayahi(4,2%).

Tableau 125: Répartition en pourcentage des femmes selon le type de contraception utilisé par commune

COMMUNE	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	DIU	Injectables	Implants	Pilule	Condom	MAMA	Autre méthode moderne	Ensemble méthodes modernes	Méthode du rythme	Retrait	Autre méthode traditionnelle
BILMA	-	-	-	38,6	2,6	29,8	14,0	5,3	17,5	25,2	11,4	-	8,8
FOULATARI	-	-	-	33,3	-	11,1	-	44,4	-	3,4	-	-	12,5
N'GUELBEYLI	15,5	-	-	11,2	15,5	57,8	15,5	8,9	4,5	24,1	-	-	13,4
DAKORO	9,2	5,2	2,6	18,1	8,3	21,3	5,5	6,2	-	8,5	-	-	11,7
DJIRATAWA	12,7	4,9	2,2	19,0	15,3	43,9	3,8	-	-	13,1	-	-	24,1
GABI	1,9	0,8	1,1	36,5	11,3	47,5	0,9	-	2,0	13,9	-	-	4,5
GUIDAN AMOUMOUNE	3,9	-	3,9	58,3	2,9	22,2	-	-	-	5,8	-	-	6,2
KORNAKA	1,6	-	-	72,0	1,4	19,5	2,7	-	4,7	9,3	-	-	1,8
MAYAH	-	-	2,2	7,1	2,4	58,3	8,1	15,7	12,2	4,2	1,8	-	10,6
BAGAROUA	1,8	0,7	5,5	58,8	37,9	63,5	1,6	1,2	3,7	24,2	-	0,2	3,7
BAMBEYE	-	0,3	10,3	36,6	0,3	24,0	-	7,7	3,6	9,2	-	-	3,8
BANGUI	0,6	1,1	1,1	24,4	9,1	25,7	0,3	0,7	9,9	12,1	1,8	0,3	35,2
OURNO	-	4,0	4,7	28,0	6,2	36,1	6,6	-	6,4	5,7	4,1	-	29,3
TAJAE	8,2	3,9	12,3	59,9	22,0	51,0	11,6	2,9	3,9	12,7	8,2	3,9	6,0
TEBARAM	1,7	1,7	-	62,9	3,5	68,9	3,3	3,8	-	7,3	1,7	9,8	6,0
DOGO	3,4	0,7	3,1	55,2	9,5	53,5	12,9	1,9	6,4	25,2	-	0,5	27,7
GAFATI	-	-	-	-	-	50,8	-	-	49,2	1,3	-	20,6	-
KANTCHE	-	-	-	60,8	13,6	40,8	3,7	1,9	-	8,7	-	-	-
KOLERAM	10,4	-	-	20,7	10,4	62,2	6,7	-	-	4,8	-	0,5	1,0
OLLELEWA	5,2	5,2	5,2	59,6	53,6	79,0	5,2	5,2	5,2	3,2	5,2	5,2	9,3
TARKA (BELBEDJI)	-	-	-	25,6	10,8	5,4	1,0	49,7	-	8,8	-	-	5,3
YAOURI	-	-	5,8	18,9	9,2	49,5	5,5	6,1	10,6	7,4	2,8	-	18,8
ENSEMBLE	3,2	1,4	3,4	40,9	12,2	40,8	4,9	4,8	4,8	10,5	1,2	0,7	15,7

9.3.2.2 Au niveau des communes de convergence

Dans l'ensemble des quatre départements, 9,6% des femmes utilisent une méthode moderne quelconque de contraception. A Madarounfa, l'utilisation d'une méthode moderne quelconque est plus répandue, avec 15,6% des femmes comparativement à Matamèye où seulement 4,8% des femmes la pratiquent.

Parmi les méthodes modernes, on retient que, quel que soit le département, la pilule apparaît comme étant la plus utilisée par les femmes : 52,7% à Mirriah, 51,7% à Mayahi, 49,8% à Madarounfa et 38,2% à Matamèye. Ensuite viennent les injectables.

Les méthodes traditionnelles de contraception sont surtout utilisées dans les départements de Mirriah et Mayahi où respectivement 22,6% et 20,9% des femmes utilisent ces méthodes.

Tableau 126: Répartition en pourcentage des femmes selon le type de contraception utilisé par département

DEPARTEMENT	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	DIU	Injectables	Implants	Pilule	Condom	MAMA	Autre méthode moderne	Ensemble méthodes modernes	Méthode du rythme	Retrait	Autres méthodes traditionnelles
MADAROUNFA	5,4	1,6	1,6	33,9	12,3	49,8	1,7	-	0,6	15,6	-	-	12,6
MAYAH	1,1	-	4,8	24,1	5,5	51,7	5,3	9,6	6,6	4,8	6,5	-	20,9
MATAMEYE	-	-	3,0	34,1	8,1	38,2	4,8	3,0	4,6	7,4	1,4	-	16,2
MIRRIAH	4,3	0,5	2,3	47,1	9,5	52,7	11,3	1,4	6,4	10,1	-	0,9	22,6
ENSEMBLE	3,4	0,8	2,5	36,6	9,8	48,4	5,5	2,2	3,8	9,6	1,1	0,3	17,2

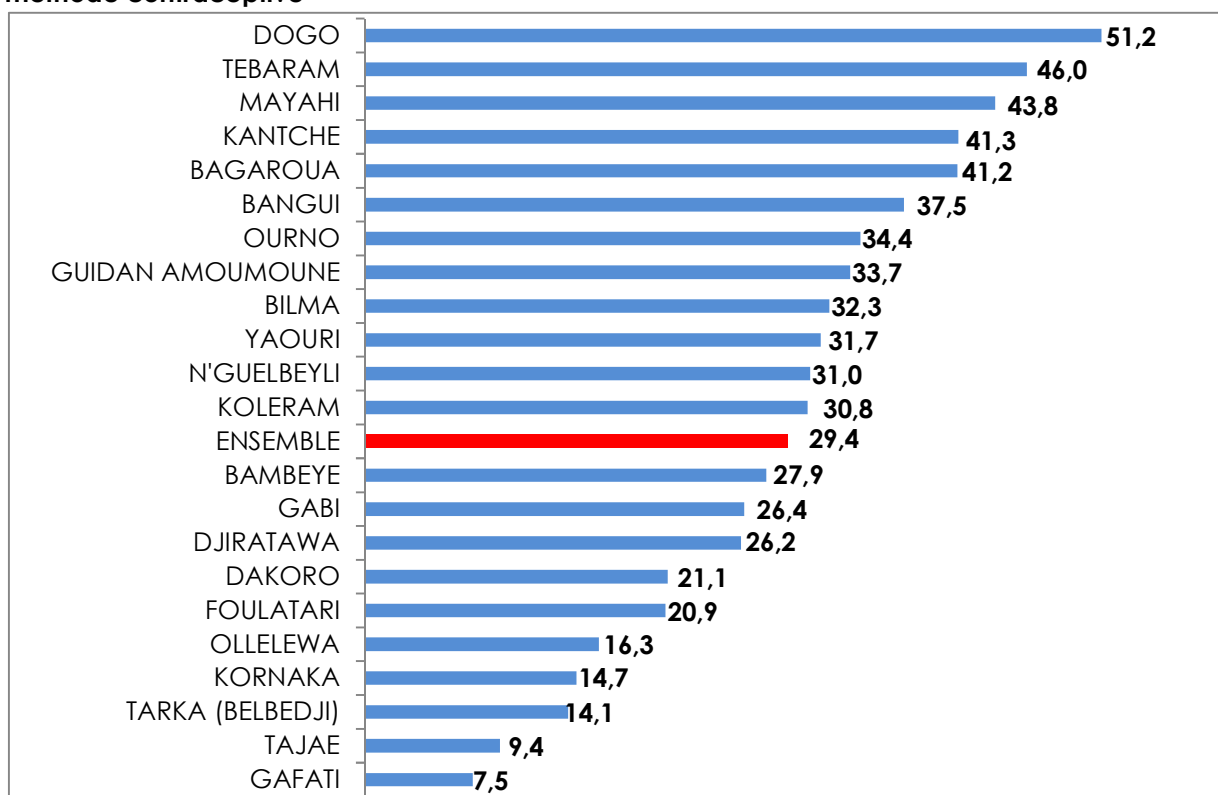
9.3.3. Intention de pratiquer une méthode contraceptive

9.3.3.1 Au niveau des communes de convergence

Aux femmes qui ne pratiquent pas une méthode de contaception, il leur a été demandé si elles ont l'intention d'en pratiquer. Dans l'ensemble des 22 communes, 29,4% de ces femmes ont répondu positivement à cette question. L'analyse par commune montre qu'elles sont proportionnellement plus nombreuses dans les communes de Dogo(51,2%), Tébaram(46,0%), Mayahi(43,8%), Kantché(41,3%) et Bagaroua(41,2%) les femmes qui ont l'intention de pratiquer la contraception.

Par contre à Gafati (7,5%) et à Tajaé (9,4%), rares sont les femmes qui ont l'intention de pratiquer une méthode contraceptive.

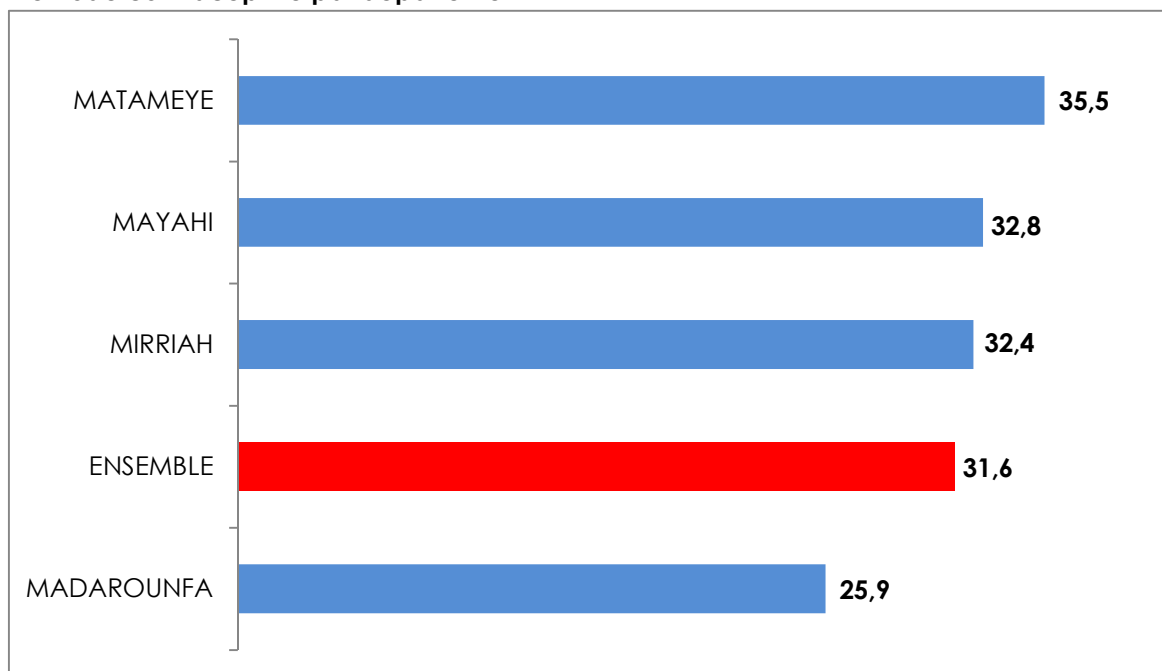
Graphique 43 : Répartition en pourcentage des femmes ayant l'intention de pratiquer une méthode contraceptive



9.3.3.2 Au niveau des quatre départements

Dans l'ensemble des quatre départements (graphique ci-après), 31,6% des femmes ne pratiquant aucune méthode contraceptive affirment leur intention d'en faire. Elles sont proportionnellement plus nombreuses dans le département de Matamèye (35,5%). Dans les départements de Mayahi et Mirriah, elles sont sensiblement de même ordre de grandeur à avoir l'intention de pratiquer une méthode contraceptive, respectivement 32,8% et 32,4%. Dans le département de Madarounfa, elles sont de l'ordre de 25% à avoir l'intention de pratiquer une méthode de planification familiale.

Graphique 44 : Répartition en pourcentage des femmes ayant l'intention de pratiquer une méthode contraceptive par département



9.3.4. Existence des sites communautaires de distribution des contraceptifs dans les villages

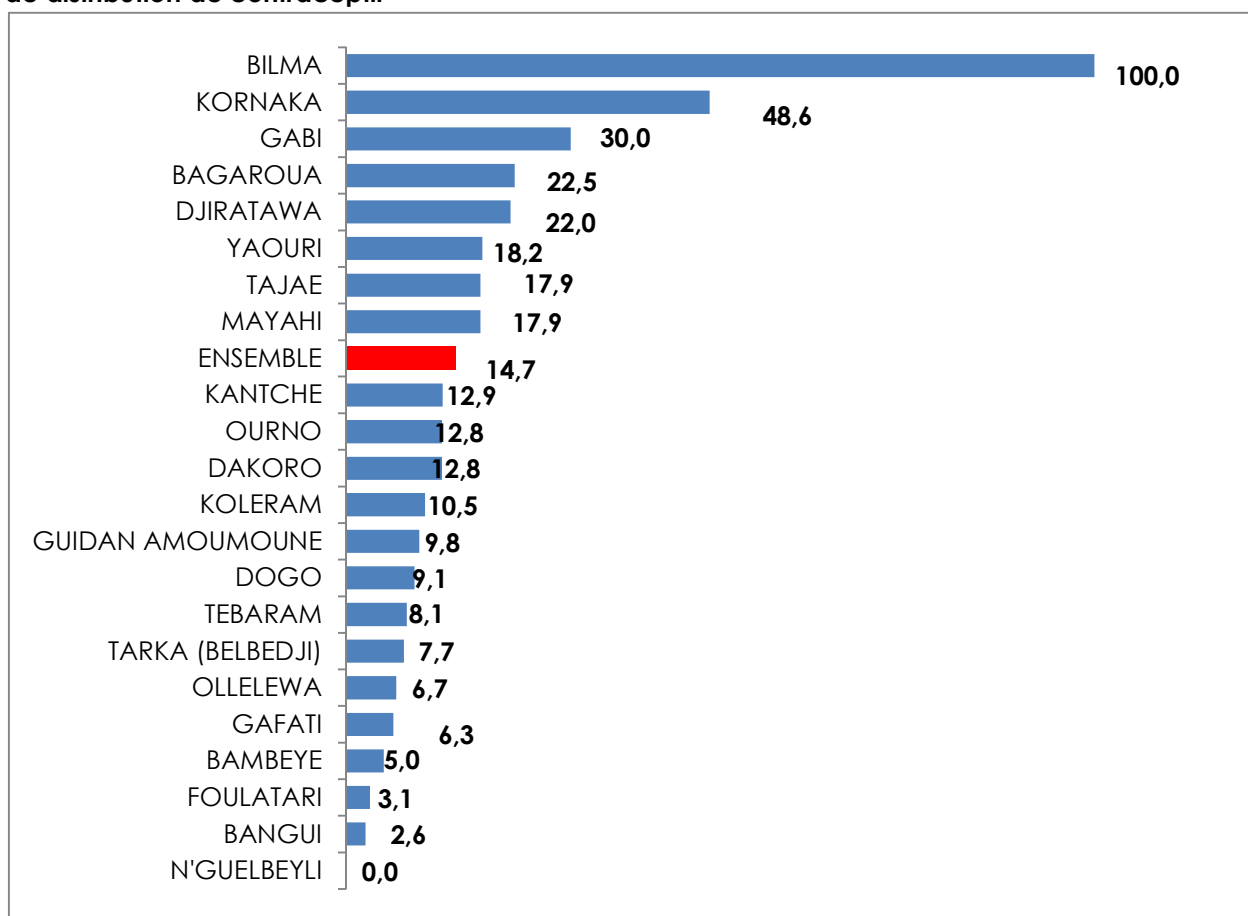
9.3.4.1 Au niveau des communes de convergence

Lors des discussions de groupes (focus group) avec les leaders d'opinion des villages enquêtés, il leur a été demandé si leur village dispose d'un site à base communautaire de distribution de contraceptifs.

Les réponses recueillies révèlent que dans l'ensemble des communes, 14,7% des villages en disposent.

Dans la commune de Bilma, la quasi-totalité des villages enquêtés (100%) disposent d'un site pendant qu'à N'Guelbeyli presque aucun village n'en dispose. Cette disparité pourrait expliquer le faible taux de l'utilisation des contraceptifs constaté dans certaines communes

Graphique 45 : Répartition en pourcentage des villages disposant d'un site à base communautaire de distribution de contraceptif

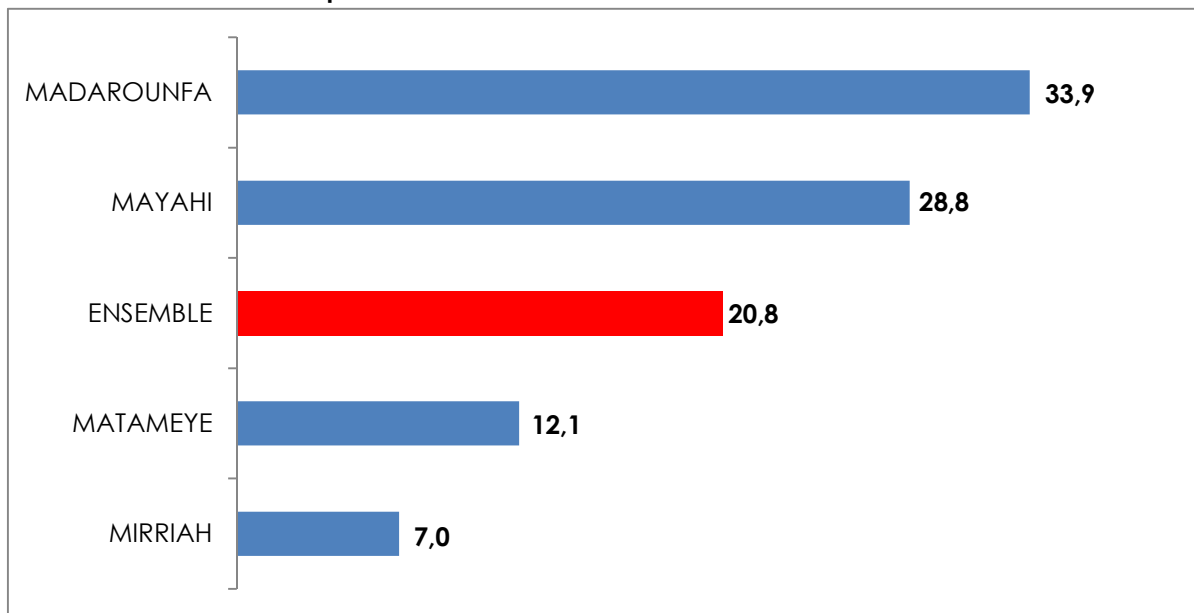


9.3.4.2 Au niveau des quatre départements

La situation dans les départements présente également une disparité. En effet, la proportion des villages qui disposent d'un centre à base communautaire de distribution des contraceptifs, varie de 7% dans le département de Mirriah à 33,9% à Madarounfa.

En matière de l'existence de cette infrastructure, les deux départements de la région de Maradi à savoir Madarounfa (33,9%) et Mayahi (28,8%) présentent un avantage comparatif par rapport aux deux départements de la région de Zinder : Matamèye (12,1%) et Mirriah (7,0%).

Graphique 46 : Répartition en pourcentage des villages disposant des sites communautaires de distributions des contraceptifs



Conclusions et principales recommandations

La présente enquête, organisée dans le but de disposer de données de référence pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan d'action en faveur de l'amélioration de la résilience des populations, a mis en évidence d'importants résultats. Elle a surtout d'évaluer non seulement l'ampleur des défis à relever dans les communes de convergence mais aussi et surtout les inégalités entre commune.

Ainsi au regard des résultats, on peut relever que :

- La commune de Bilma paraît à bien des égards avoir les meilleurs indicateurs dans presque toutes les thématiques traitées. Des enseignements pourront être donc tirés de cette commune pour une utilisation efficace des ressources dans les communes les plus défavorables ;
- Une grande partie de la population continue à déféquer à l'air libre dans les communes de convergence et ce, en dépit des risques que cela représente pour la santé. Les populations devraient être davantage sensibilisées sur la pertinence d'abandonner de telles pratiques. Des mesures de motivation (subvention ou prise en charge totale des coûts) pourront être prises pour aider les communautés à construire des latrines améliorées ;
- Les activités des banques céréalières doivent être rigoureusement suivies surtout en cette période de fin de saison des pluies. Les banques céréalières devraient permettre de réguler les prix des denrées alimentaires notamment pour les plus vulnérables. La plupart des ménages n'avaient qu'un mois de réserves alimentaires au moment de la collecte (juin/juillet). Et donc, il est crucial que les plus démunis soient ceux qui bénéficient le plus des aides alimentaires ;
- Compte tenu de la faible qualité de l'alimentation, il convient de sensibiliser les populations sur l'intérêt de diversifier leur alimentation ;
- L'Etat et ses partenaires doivent agir le plutôt pour soulager les populations vulnérables dans les communes de convergence qui, dans leur grande majorité, ont adopté des stratégies d'urgence pour faire face aux problèmes immédiats ;
- Des efforts restent à faire pour initier les mères aux bonnes pratiques d'alimentation et d'allaitement des enfants ;

- Les niveaux élevés de malnutrition dans la zone d'étude sont inquiétants et requièrent des actions ciblées dans les plus courts délais. Ces actions ne doivent pas concerner que les femmes enceintes ou allaitantes et les enfants de moins de cinq ans (groupes les plus vulnérables) car faisant partie d'une communauté où tout se partage ;
- L'offre de santé est encore très insuffisante dans ces communes comme en témoignent les barrières évoquées à l'utilisation des services de santé. Il est donc important de redoubler les efforts pour réduire les problèmes liés à l'accessibilité géographique dans les communes de convergence notamment dans les communes de Tarka, Bangui, Bagaroua et Gafati par la construction de nouvelles structures sanitaires. Il convient aussi de sensibiliser les femmes sur les signes de début du travail afin réduire les accouchements à domicile ;
- Il est important de motiver les relais communautaires à continuer de s'impliquer dans les questions touchant la santé des populations ;
- L'offre éducative est aussi déficiente. Il est nécessaire de rapprocher davantage les populations des écoles primaires par la mise en place de nouvelles écoles dans les villages. Aussi, faudra-t-il munir les infrastructures scolaires d'équipements tels que les latrines séparées, les points d'eau et les dispositifs de lavage des mains;
- Les audiences foraines sont relativement peu fréquentes. Pour tendre vers un enregistrement exhaustif des faits d'état civil, ces audiences devraient être plus régulières. Des relais pourront être délégués pour recueillir les faits d'état civil qui surviennent dans leurs localités et se chargeront de les transmettre aux services compétents.

Annexes

Tableau 127 : % d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aiguë globale et sévère

Commune	Tranche d'âge	N	Malnutrition Aiguë Globale Poids/Taille <-2 ET et/ou œdème	Malnutrition Aiguë Sévère Poids/Taille <-3 ET et/ou œdème
BILMA	6-23 mois	6	14,0 (4,7-35,1)	-
	24-59 mois	1	6,5 (1,1-30,2)	-
	Total	7	11,1 (5,1-22,6)	-
FOULATARI	6-23 mois	49	19,3 (14,7-24,9)	2,0 (0,9-4,3)
	24-59 mois	25	19,2 (12,8-27,9)	1,5 (0,4-5,9)
	Total	74	19,3 (15,5-23,8)	1,8 (0,9-3,5)
N'GUELBEYLI	6-23 mois	29	26,7 (22,8-31,0)	3,1 (2,0-5,0)
	24-59 mois	10	19,1 (11,4-30,2)	1,7 (0,2-11,2)
	Total	39	24,3 (19,6-29,7)	2,7 (1,8-4,0)
DAKORO	6-23 mois	73	10,7 (6,8-16,4)	1,3 (0,5-3,2)
	24-59 mois	71	28,1 (20,3-37,3)	6,8 (3,8-11,8)
	Total	144	16,4 (11,7-22,4)	3,1 (1,7-5,4)
DJIRATAWA	6-23 mois	98	11,2 (8,6-14,5)	3,0 (1,7-5,1)
	24-59 mois	125	32,8 (27,0-39,1)	10,0 (6,5-15,2)
	Total	223	18,5 (15,5-21,9)	5,3 (3,5-7,9)
GABI	6-23 mois	62	7,2 (5,0-23,4)	0,7 (0,3-1,6)
	24-59 mois	74	19,0 (15,1-23,8)	5,3 (3,4-8,2)
	Total	136	11,1 (8,8-13,8)	2,2 (1,5-3,3)
GUIDAN AMOUMOUNE	6-23 mois	91	16,7 (12,0-22,9)	4,5 (2,7-7,4)
	24-59 mois	74	34,5 (26,1-44,1)	8,2 (4,5-14,6)
	Total	165	22,2 (17,8-27,3)	5,7 (3,6-8,7)
KORNAKA	6-23 mois	104	20,3 (15,3-26,4)	3,9 (1,7-9,0)
	24-59 mois	102	38,9 (33,1-45,1)	12,8 (7,6-20,7)
	Total	206	26,3 (21,5-31,8)	6,8 (3,6-12,4)
MAYAH	6-23 mois	112	15,0 (12,4-17,9)	2,7 (1,5-4,8)
	24-59 mois	105	32,6 (25,9-40,0)	11,5 (5,8-21,5)
	Total	217	20,4 (14,0-24,3)	5,4 (3,4-8,3)
BAGAROUA	6-23 mois	61	11,4 (8,1-15,8)	1,6 (0,7-3,5)
	24-59 mois	56	32,6 (21,9-45,4)	8,0 (4,0-15,4)
	Total	117	17,6 (14,3-21,6)	3,5 (2,2-5,6)
BAMBEYE	6-23 mois	50	9,5 (6,8-13,2)	1,2 (0,4-3,7)
	24-59 mois	52	21,4 (14,4-30,5)	5,4 (2,7-10,7)
	Total	102	12,9 (9,9-16,7)	2,4 (1,2-4,8)
BANGUI	6-23 mois	87	12,1 (8,9-16,1)	2,3 (1,1-4,6)
	24-59 mois	119	30,2 (23,8-37,4)	12,3 (7,9-18,8)
	Total	206	18,5 (15,2-22,2)	5,8 (3,9-8,7)
OURNO	6-23 mois	62	10,6 (7,8-14,4)	2,4 (1,3-4,3)
	24-59 mois	79	25,0 (20,2-30,5)	9,3 (6,1-14,0)

Commune	Tranche d'âge	N	Malnutrition Aiguë Globale Poids/Taille <-2 ET et/ou œdème	Malnutrition Aiguë Sévère Poids/Taille <-3 ET et/ou œdème
	Total	141	16,0 (13,4-18,9)	4,9 (3,4-7,1)
TAJAE	6-23 mois	60	12,4 (9,5-16,1)	2,2 (1,1-4,2)
	24-59 mois	61	27,5 (20,2-36,2)	7,6 (4,5-12,6)
	Total	121	17,2 (13,8-21,4)	3,9 (2,8-5,6)
TEBARAM	6-23 mois	58	10,9 (8,1-14,4)	2,3 (1,3-4,0)
	24-59 mois	54	17,2 (12,4-23,2)	6,4 (3,7-10,8)
	Total	112	13,0 (10,5-16,1)	3,7 (2,4-5,6)
DOGO	6-23 mois	54	10,7 (7,9-14,5)	1,4 (0,6-3,2)
	24-59 mois	78	29,5 (22,3-30,5)	9,0 (5,9-13,7)
	Total	132	17,6 (15,0-21,6)	4,2 (2,9-6,2)
GAFATI	6-23 mois	30	10,2 (8,3-12,4)	1,4 (0,4-5,2)
	24-59 mois	31	18,7 (13,4-25,5)	8,1 (4,8-13,2)
	Total	61	13,1 (10,3-16,6)	3,7 (2,4-5,8)
KANTCHE	6-23 mois	53	13,1 (10,1-17,0)	3,0 (1,6-5,4)
	24-59 mois	46	20,7 (14,6-28,5)	5,1 (2,6-9,5)
	Total	99	15,5 (13,1-18,4)	3,6 (2,4-5,5)
KOLERAM	6-23 mois	27	8,3 (4,4-15,0)	0,2 (0,0-1,2)
	24-59 mois	42	27,2 (19,2-36,9)	4,8 (2,3-9,7)
	Total	69	15,4 (10,2-22,5)	1,9 (0,9-4,0)
OLLELEWA	6-23 mois	38	11,0 (7,6-15,6)	0,6 (0,2-1,9)
	24-59 mois	52	36,6 (30,3-43,4)	15,1 (5,8-34,0)
	Total	90	19,5 (15,8-23,7)	5,4 (2,4-11,6)
TARKA (BELBEDJI)	6-23 mois	97	19,9 (14,9-26,0)	3,6 (1,5-8,5)
	24-59 mois	60	22,4 (15,2-31,6)	6,5 (3,5-11,6)
	Total	157	20,7 (15,5-27,0)	4,6 (2,6-8,0)
YAOURI	6-23 mois	40	10,0 (6,8-14,4)	2,2 (1,0-4,8)
	24-59 mois	37	22,2 (15,9-30,2)	9,8 (4,9-18,8)
	Total	77	13,8 (10,1-18,6)	4,6 (2,5-8,1)
ENSEMBLE	6-23 mois	1342	12,9 (11,9-13,9)	2,2 (1,8-2,7)
	24-59 mois	1356	27,9 (26,0-29,8)	8,9 (7,5-10,5)
	Total	2698	17,8 (16,9-18,8)	4,4 (3,8-5,1)

Tableau 128: Prévalence de la malnutrition chronique (globale et sévère) selon l'indice Taille-pour-Age exprimé en z-score (après exclusion des flags OMS), selon les normes OMS 2006, chez les enfants de 6 à 59 mois par commune et par tranche d'âge

Commune	Tranche d'âge	N	Malnutrition Chronique Globale Taille/Âge <-2 ET	Malnutrition Chronique Sévère Taille/Âge <-3 ET
BILMA	6-23 mois	22	49,7 (44,2-55,3)	16,5 (10,3-25,3)
	24-59 mois	12	46,5 (34,7-58,7)	27,6 (18,6-39,0)
	Total	7	48,5 (43,7-53,4)	20,7 (16,6-25,5)

Commune	Tranche d'âge	N	Malnutrition Chronique Globale Taille/Âge <-2 ET	Malnutrition Chronique Sévère Taille/Âge <-3 ET
FOULATARI	6-23 mois	49	36,2 (29,4-43,7)	10,2 (6,4-16,0)
	24-59 mois	25	28,5 (21,6-36,4)	9,2 (5,0-16,6)
	Total	74	33,6 (27,8-39,9)	9,9 (6,5- 14,7)
N'GUELBEYLI	6-23 mois	22	18,9 (15,0-23,6)	6,7 (3,4-13,0)
	24-59 mois	16	23,5 (14,4-35,9)	5,1 (1,3-18,1)
	Total	38	20,4 (15,0-27,1)	6,2 (3,2-11,7)
DAKORO	6-23 mois	281	54,2 (47,8-60,5)	23,0 (18,4-28,3)
	24-59 mois	110	43,9 (34,9-53,3)	14,8 (9,8-21,8)
	Total	391	50,8 (44,9-56,8)	20,3 (16,1-25,3)
DJIRATAWA	6-23 mois	405	48,7 (43,7-53,8)	22,6 (17,3-28,9)
	24-59 mois	202	47,5 (39,8-55,3)	21,9 (15,8-29,5)
	Total	607	48,3 (43,6-53,1)	22,4 (18,6-26,6)
GABI	6-23 mois	385	55,5 (50,1-60,7)	22,0 (18,2-26,2)
	24-59 mois	175	52,1 (42,4-61,5)	22,9 (17,5-29,5)
	Total	560	54,4 (49,6-59,0)	22,3 (19,6-25,2)
GUIDAN AMOUMOUNE	6-23 mois	178	33,3 (26,9-40,3)	19,6 (14,1-26,6)
	24-59 mois	87	42,0 (34,5-50,0)	15,8 (10,9-22,4)
	Total	265	36,0 (31,0-41,2)	18,5 (14,2-23,7)
KORNAKA	6-23 mois	315	58,9 (52,5-65,1)	28,6 (22,3-35,8)
	24-59 mois	148	61,3 (50,6-71,0)	36,1 (29,3-43,5)
	Total	463	59,7 (53,4-65,7)	31,0 (25,4-37,3)
MAYAH	6-23 mois	378	56,7 (50,8-62,4)	26,0 (21,2-31,5)
	24-59 mois	182	54,3 (45,6-62,8)	29,0 (22,6-36,4)
	Total	560	56,0 (50,5-61,3)	26,9 (22,9-31,4)
BAGAROUA	6-23 mois	141	26,6 (19,2-35,6)	12,4 (6,1-23,5)
	24-59 mois	53	24,5 (17,8-32,8)	8,2 (4,8-13,6)
	Total	194	26,0 (20,7-32,1)	11,2 (6,1-19,5)
BAMBEYE	6-23 mois	160	40,7 (35,2-46,4)	9,5 (6,7-13,3)
	24-59 mois	81	38,1 (29,6-47,2)	14,8 (10,3-20,8)
	Total	241	39,9 (35,8-44,2)	11,0 (9,1-13,4)
BANGUI	6-23 mois	253	34,2 (29,3-39,5)	12,9 (10,3-15,9)
	24-59 mois	157	39,2 (34,5-44,2)	17,8 (14,5-21,7)
	Total	410	36,0 (32,3-39,9)	14,6 (12,3-17,3)
OURNO	6-23 mois	277	53,5 (48,2-58,7)	28,5 (22,7-35,2)
	24-59 mois	148	47,2 (40,1-54,5)	17,5 (13,4-22,6)
	Total	425	51,2 (46,1-56,2)	24,5 (20,1-29,5)
TAJAE	6-23 mois	217	49,9 (44,0-55,8)	20,6 (15,9-26,2)
	24-59 mois	96	47,9 (39,6-56,3)	20,5 (14,0-29,1)
	Total	313	49,3 (44,1-54,5)	20,6 (16,1-25,8)
TEBARAM	6-23 mois	221	45,1 (38,2-52,2)	14,7 (11,7-18,4)
	24-59 mois	90	32,6 (27,0-38,8)	14,1 (9,3-20,7)
	Total	311	40,8 (35,4-46,5)	14,5 (11,4-18,2)

Commune	Tranche d'âge	N	Malnutrition Chronique Globale	Malnutrition Chronique Sévère
			Taille/Âge <-2 ET	Taille/Âge <-3 ET
DOGO	6-23 mois	277	62,1 (53,0-70,4)	34,0 (27,4-41,2)
	24-59 mois	160	63,2 (56,2-69,7)	27,7 (23,3-32,6)
	Total	437	62,5 (55,2-69,3)	31,7 (27,5-36,2)
GAFATI	6-23 mois	214	70,1 (64,1-75,5)	38,8 (31,2-46,9)
	24-59 mois	99	54,1 (46,4-61,6)	28,5 (20,2-38,5)
	Total	313	64,5 (60,2-68,6)	35,2 (30,8-39,9)
KANTCHE	6-23 mois	277	66,9 (61,3-72,0)	37,9 (31,4-44,7)
	24-59 mois	118	54,6 (47,2-61,9)	23,3 (17,3-30,6)
	Total	395	63,0 (58,6-67,2)	33,3 (28,2-38,7)
KOLERAM	6-23 mois	207	69,2 (60,5-76,8)	46,1 (37,8-54,7)
	24-59 mois	97	60,9 (52,5-68,6)	28,9 (24,0-34,3)
	Total	304	66,1 (58,8-72,6)	39,7 (33,9-45,7)
OLLELEWA	6-23 mois	200	67,1 (61,6-72,2)	35,8 (30,3-41,6)
	24-59 mois	90	58,0 (47,7-67,7)	24,9 (19,5-31,3)
	Total	290	64,1 (59,6-68,4)	32,2 (27,4-37,4)
TARKA (BELBEDJI)	6-23 mois	223	48,6 (44,0-53,3)	23,1 (17,1-30,4)
	24-59 mois	89	39,1 (28,1-51,3)	16,5 (9,3-27,5)
	Total	312	45,6 (40,1-51,1)	20,9 (15,9-27,0)
YAOURI	6-23 mois	316	68,9 (61,4-75,5)	46,3 (38,0-54,9)
	24-59 mois	135	62,9 (52,8-72,0)	30,3 (20,3-42,6)
	Total	451	67,0 (61,6-72,0)	41,4 (34,3-48,8)
ENSEMBLE	6-23 mois	5067	50,8 (48,9-52,6)	24,1 (22,6-25,7)
	24-59 mois	2387	47,9 (45,6-50,1)	21,3 (19,8-23,0)
	Total	7454	49,8 (48,1-51,5)	23,2 (21,9-24,5)

Tableau 129 : Dernière classe fréquentée par commune

COMMUNE	Sexe	Aucune	Préscolaire	CI	CP	CE1	CE2	CM1	CM2	Collège
BILMA	Masculin	7,4	19,1	12,6	16,9	9,3	11,2	9,9	8,4	5,2
	Féminin	2,2	6,8	27,1	17,3	17,7	3,1	7,9	17,1	0,9
	Ensemble	5,2	13,9	18,7	17,0	12,8	7,8	9,1	12,0	3,4
FOULATARI	Masculin	57,5	0,9	12,6	8,5	8,5	6,6	1,6	1,9	1,9
	Féminin	59,2	1,0	9,7	9,0	11,1	5,2	1,4	3,5	0,0
	Ensemble	58,3	1,0	11,2	8,7	9,7	5,9	1,5	2,6	1,0
N'GUELBEYLI	Masculin	38,4	10,5	15,3	9,2	10,9	2,4	7,8	3,1	2,4
	Féminin	25,5	8,6	12,1	6,4	8,8	14,0	15,8	6,8	1,9
	Ensemble	32,3	9,6	13,8	7,9	9,9	7,9	11,6	4,8	2,1
DAKORO	Masculin	52,9	3,4	19,0	7,4	7,8	3,4	3,7	2,1	0,2
	Féminin	57,2	3,3	12,9	9,2	5,8	5,6	3,5	2,3	0,2
	Ensemble	55,1	3,4	16,0	8,3	6,8	4,5	3,6	2,2	0,2
DJIRATAWA	Masculin	33,5	2,8	13,2	12,9	10,1	9,8	6,5	9,0	2,2

COMMUNE	Sexe	Aucune	Préscolaire	CI	CP	CE1	CE2	CM1	CM2	Collège
	Féminin	41,5	2,8	13,4	9,2	9,2	7,1	7,9	6,8	2,0
	Ensemble	37,3	2,8	13,3	11,2	9,6	8,5	7,2	7,9	2,1
GABI	Masculin	54,3	2,9	11,9	10,6	6,2	5,4	4,2	3,8	0,6
	Féminin	71,2	1,7	6,8	6,4	5,7	3,4	2,1	2,2	0,5
	Ensemble	62,7	2,3	9,4	8,5	6,0	4,4	3,1	3,0	0,6
GUIDANAMOUMOUNE	Masculin	54,5	2,1	16,3	8,8	6,5	3,3	5,6	2,3	0,6
	Féminin	69,8	3,0	10,4	6,2	5,6	1,6	2,1	1,1	0,2
	Ensemble	61,8	2,6	13,5	7,6	6,0	2,5	4,0	1,7	0,4
KORNAKA	Masculin	61,2	2,4	8,7	8,7	7,9	4,6	3,0	3,2	0,3
	Féminin	67,4	3,3	8,4	8,2	4,2	3,3	3,7	1,5	0,1
	Ensemble	64,3	2,9	8,5	8,5	6,1	4,0	3,3	2,3	0,2
MAYAH	Masculin	46,4	4,2	12,2	12,6	11,5	4,0	5,7	2,7	0,7
	Féminin	59,2	1,7	9,7	8,8	9,0	4,4	3,1	4,0	0,0
	Ensemble	52,8	3,0	10,9	10,7	10,3	4,2	4,4	3,4	0,4
BAGAROUA	Masculin	27,0	1,5	20,9	18,6	10,0	9,2	6,8	3,7	2,3
	Féminin	48,3	1,8	12,9	13,0	9,8	6,3	5,7	2,0	0,3
	Ensemble	37,1	1,6	17,1	15,9	9,9	7,8	6,3	2,9	1,3
BAMBEYE	Masculin	31,1	3,9	17,8	12,2	12,2	6,5	5,5	7,7	3,1
	Féminin	55,5	3,4	11,6	12,2	7,0	2,9	4,6	2,2	0,6
	Ensemble	42,3	3,7	14,9	12,2	9,8	4,9	5,1	5,2	1,9
BANGUI	Masculin	59,6	3,9	11,6	7,9	5,3	4,9	3,3	2,8	0,7
	Féminin	66,4	2,7	12,3	4,4	4,4	4,0	2,8	2,7	0,2
	Ensemble	62,8	3,4	12,0	6,3	4,9	4,5	3,1	2,8	0,5
OURNO	Masculin	46,1	2,9	14,3	11,9	9,7	6,9	3,8	3,6	0,8
	Féminin	60,2	1,3	8,8	10,0	8,2	4,8	3,0	2,6	1,0
	Ensemble	52,9	2,1	11,7	11,0	9,0	5,9	3,4	3,2	0,9
TAJAE	Masculin	40,3	4,7	17,7	12,7	9,4	4,8	6,3	3,3	0,7
	Féminin	50,6	4,9	15,2	8,6	10,9	4,5	2,6	2,1	0,6
	Ensemble	44,9	4,8	16,6	10,9	10,1	4,6	4,7	2,8	0,7
TEBARAM	Masculin	36,0	2,7	17,8	13,3	11,4	6,1	6,1	4,5	2,0
	Féminin	57,9	2,9	11,9	7,4	10,3	4,3	2,7	2,3	0,3
	Ensemble	46,3	2,8	15,1	10,5	10,9	5,3	4,5	3,5	1,2
DOGO	Masculin	58,7	2,6	10,9	8,8	8,9	2,8	2,9	3,5	0,9
	Féminin	60,9	3,6	11,0	9,6	5,1	2,0	4,2	2,2	1,5
	Ensemble	59,8	3,2	10,9	9,2	6,9	2,4	3,6	2,8	1,2
GAFATI	Masculin	40,6	5,6	14,8	9,8	11,7	3,5	5,3	5,3	3,4
	Féminin	47,0	5,9	15,5	11,1	9,1	4,3	5,0	1,7	0,4
	Ensemble	43,7	5,7	15,1	10,4	10,4	3,9	5,1	3,6	1,9
KANTCHE	Masculin	43,5	2,4	15,1	14,4	10,2	5,5	5,9	3,2	0,0
	Féminin	50,4	2,9	14,5	10,0	7,2	6,3	5,8	2,1	0,8

COMMUNE	Sexe	Aucune	Préscolaire	CI	CP	CE1	CE2	CM1	CM2	Collège
	Ensemble	46,7	2,6	14,8	12,3	8,8	5,9	5,8	2,7	0,4
KOLERAM	Masculin	54,0	5,3	13,0	8,5	8,3	3,7	2,3	2,3	2,5
	Féminin	59,8	5,2	15,2	5,6	4,1	4,4	2,3	1,6	1,9
	Ensemble	56,7	5,2	14,1	7,1	6,3	4,0	2,3	2,0	2,2
OLLELEWA	Masculin	63,2	2,8	14,3	8,4	3,8	4,7	1,2	1,7	0,0
	Féminin	54,9	3,2	7,4	9,4	11,2	5,7	4,7	3,5	0,0
	Ensemble	59,2	3,0	11,0	8,9	7,3	5,2	2,8	2,5	0,0
TARKA (BELBEDJI)	Masculin	52,4	3,9	11,5	11,3	7,6	5,0	3,6	3,6	1,1
	Féminin	56,6	3,3	10,9	8,3	8,1	3,7	4,1	4,2	0,8
	Ensemble	54,4	3,6	11,3	9,9	7,9	4,4	3,8	3,8	0,9
YAOURI	Masculin	59,3	8,4	8,4	6,7	5,0	4,4	1,4	4,7	1,8
	Féminin	60,2	6,3	7,9	8,4	7,5	2,1	3,6	2,4	1,6
	Ensemble	59,7	7,4	8,1	7,5	6,2	3,3	2,4	3,6	1,7
ENSEMBLE	Masculin	49,4	3,5	13,9	10,5	8,4	5,2	4,2	3,7	1,1
	Féminin	58,4	3,2	10,9	8,7	7,4	4,3	3,9	2,7	0,6
	Ensemble	53,7	3,3	12,4	9,6	7,9	4,7	4,1	3,3	0,9

Tableau 130: Fréquentation scolaire en cours par commune

COMMUNE	Sexe	Fréquentation scolaire des 5-12 ans	TNFS des 7-12 ans
BILMA	Masculin	93,9	99,3
	Féminin	96,3	97,3
	Ensemble	94,9	98,4
FOULATARI	Masculin	39,6	49,3
	Féminin	40,1	52,0
	Ensemble	39,9	50,6
N'GUELBEYLI	Masculin	58,2	69,2
	Féminin	74,9	85,7
	Ensemble	66,1	77,4
DAKORO	Masculin	43,8	51,3
	Féminin	38,9	49,6
	Ensemble	41,4	50,5
DJIRATAWA	Masculin	60,0	69,0
	Féminin	53,5	63,5
	Ensemble	56,9	66,3
GABI	Masculin	43,4	51,3
	Féminin	26,1	31,3
	Ensemble	34,8	41,2
GUIDANAMOUMOUNE	Masculin	45,3	52,4
	Féminin	29,4	34,6

COMMUNE	Sexe	Fréquentation scolaire des 5-12 ans	TNFS des 7-12 ans
	Ensemble	37,8	44,1
KORNAKA	Masculin	36,3	43,6
	Féminin	30,2	38,2
	Ensemble	33,2	40,9
MAYAH	Masculin	49,1	58,7
	Féminin	37,3	47,3
	Ensemble	43,2	52,9
BAGAROUA	Masculin	72,7	83,3
	Féminin	50,8	65,1
	Ensemble	62,3	75,4
BAMBEYE	Masculin	64,7	72,1
	Féminin	41,3	48,3
	Ensemble	53,9	62,0
BANGUI	Masculin	40,4	47,6
	Féminin	32,5	37,5
	Ensemble	36,7	43,1
OURNO	Masculin	51,4	63,3
	Féminin	35,9	49,0
	Ensemble	44,0	56,7
TAJAE	Masculin	55,1	67,0
	Féminin	42,3	49,0
	Ensemble	49,4	59,1
TEBARAM	Masculin	58,5	68,8
	Féminin	37,6	45,6
	Ensemble	48,7	58,5
DOGO	Masculin	38,4	45,5
	Féminin	37,0	38,6
	Ensemble	37,7	41,9
GAFATI	Masculin	55,6	63,2
	Féminin	48,8	55,4
	Ensemble	52,3	59,6
KANTCHE	Masculin	54,3	62,0
	Féminin	47,9	54,8
	Ensemble	51,3	58,7
KOLERAM	Masculin	44,5	54,1
	Féminin	35,7	42,6
	Ensemble	40,4	48,8
OLLELEWA	Masculin	35,7	41,8
	Féminin	43,2	48,2

COMMUNE	Sexe	Fréquentation scolaire des 5-12 ans	TNFS des 7-12 ans
	Ensemble	39,3	45,0
TARKA (BELBEDJI)	Masculin	43,3	52,4
	Féminin	42,8	50,2
	Ensemble	43,1	51,3
YAOURI	Masculin	39,1	43,8
	Féminin	38,9	45,1
	Ensemble	39,0	44,4
ENSEMBLE	Masculin	47,9	56,4
	Féminin	39,0	46,4
	Ensemble	43,6	51,7