

## RÉSUMÉ

---

L'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS III) de 2006 est la troisième du genre réalisée au Niger après celles de 1992 et de 1998. Elle a été réalisée de janvier à mai 2006 par l'Institut National de la Statistique (INS) avec l'assistance technique de Macro International Inc, société américaine en charge du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (DHS), et avec la collaboration du Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES) pour le test du VIH. En outre, elle a été exécutée grâce à l'appui financier du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) par l'intermédiaire du Programme Bonne Gouvernance et Croissance Mieux Répartie, de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de la Banque Mondiale par le biais de la Coordination Intersectorielle de Lutte Contre les IST/VIH/SIDA (CISLS).

L'EDSN-MICS III fournit des informations sur les niveaux de fécondité, l'activité sexuelle, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, les pratiques d'allaitement, l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de cinq ans, la mortalité infantile, la mortalité maternelle, la santé de la mère et de l'enfant ainsi que sur la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du sida et autres infections sexuellement transmissibles. Des informations ont également été collectées sur l'utilisation des moustiquaires ; en outre, au cours de cette enquête, un test de séroprévalence a été effectué qui a permis d'estimer la prévalence du VIH et de l'anémie. Les informations qui ont été collectées permettent la mise à jour des indicateurs de base sur la situation

démographique et sanitaire estimés lors des précédentes enquêtes de 1992 et 1998.

Au cours de l'enquête, 7 660 ménages ont été enquêtés avec succès (soit un taux de réponse de 98 %). Dans ces ménages, 9 223 femmes âgées de 15-49 ans et 3 549 hommes de 15-59 ans ont été interviewés avec succès et, parmi eux, 4 406 femmes de 15-49 ans et 3 267 hommes de 15-59 ans ont été effectivement testés pour le VIH.

Les informations recueillies au cours de l'enquête sont représentatives au niveau national, au niveau du milieu de résidence (urbain et rural) et au niveau des huit régions administratives du pays.

Ce résumé a pour objectif de présenter les principaux résultats de ce rapport.

### CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES

---

Moins d'un ménage nigérien sur dix (9 %) dispose de l'électricité et cette proportion cache des disparités importantes entre les milieux de résidence puisqu'en milieu rural, seulement 2 % des ménages possèdent l'électricité contre 47 % en milieu urbain. En outre, 22 % des ménages ont accès à l'eau de robinet ou à une borne fontaine publique. Près de deux ménages sur dix disposent de toilettes (19 %).

Il ressort de l'enquête que 19 % des chefs de ménage sont des femmes. Par ailleurs, près de sept enfants de moins de 15 ans sur dix (68 %) vivent avec leurs deux parents biologiques et 10 % d'entre eux ne vivent avec aucun de leurs parents dans le ménage, que ceux-ci soient en vie ou non.

### FÉCONDITÉ

---

**Niveau et tendance de la fécondité.** Les données de l'EDSN-MICS III montrent qu'en 2006, la fécondité des femmes nigériennes demeure encore très élevée. Avec les niveaux actuels, chaque femme donnerait naissance en moyenne à 7,1 enfants au cours de sa vie féconde. Cette fécondité est

également précoce puisque 33 % des jeunes filles de moins de 20 ans ont déjà eu au moins une naissance vivante. Au Niger, 2 % seulement des femmes actuellement en union et âgées de 40 à 49 ans n'ont jamais eu d'enfant et peuvent être considérées comme stériles, cette proportion était de 5 % à l'EDSN-II de 1998.

**Fécondité différentielle.** Des différences très nettes de fécondité apparaissent entre milieux de résidence : le milieu urbain a un niveau de fécondité plus faible (ISF de 6,0) que le milieu rural (ISF de 7,4). En outre, le nombre moyen d'enfants par femme varie de façon importante selon les régions ; d'un minimum de 5,3 enfants à Niamey, il dépasse 7 dans les régions de Zinder, Dosso et Maradi. Ce nombre varie également selon le niveau d'instruction des femmes puisqu'il est de 4,6 enfants par femme chez celles ayant atteint le niveau d'instruction secondaire ou plus contre 7,3 chez celles sans niveau d'instruction. Enfin les résultats montrent des écarts importants en fonction du niveau de vie du ménage dans lequel vivent les femmes : de 6,2 enfants en moyenne pour les femmes appartenant aux ménages les plus riches, ce nombre moyen passe à 8,0 pour celles des ménages les plus pauvres.

## **NUPTIALITÉ**

---

Parmi les femmes de 15-49 ans, 86 % étaient en union au moment de l'enquête. La proportion de femmes qui étaient encore célibataires à 35-39 ans est de seulement 0,2 %. Ainsi, le mariage qui demeure le cadre privilégié de l'activité sexuelle (96 % des femmes célibataires n'ont jamais eu de rapports sexuels) et de la procréation est pratiquement universel au Niger. En outre, la pratique de la polygamie est assez répandue ; près de quatre femmes sur dix (36 %) vivent en union polygame.

L'entrée en union demeure précoce : 80 % des femmes de 25-49 ans étaient déjà en union avant d'atteindre 18 ans exact et la moitié des femmes entrent en première union dès l'âge de 15,5 ans. En 1998, les valeurs correspondantes étaient respectivement de 87 % et 15,1 ans chez les femmes du même groupe d'âges. Les premiers rapports sexuels se produisent

également tôt et sont essentiellement déterminés par l'entrée en union ; 35 % des femmes de 25-49 ans avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre 15 ans exact et la moitié ont eu leurs premiers rapports sexuels à 15,6 ans. En 1998 (EDSN-II), les valeurs correspondantes étaient de 47 % et 15,1 ans chez les femmes du même groupe d'âges.

Les hommes contractent leur première union à un âge beaucoup plus tardif ; l'âge médian à la première union des hommes de 30-59 ans étant de 23,1 ans. Quant à l'âge aux premiers rapports sexuels il est estimé, pour les hommes âgés de 25-59 ans, à 22,1 ans, ce qui signifie que, contrairement aux femmes, les hommes commencent leur vie sexuelle avant d'entrer en première union.

## **PLANIFICATION FAMILIALE**

---

### **Connaissance des méthodes contraceptives.**

Bien que la connaissance des méthodes contraceptives soit répandue (68 % connaissent au moins une méthode moderne), peu de femmes les utilisent.

**Prévalence contraceptive.** En effet, le taux de prévalence contraceptive chez les femmes en union est de seulement 11 %, toutes méthodes confondues, et de 5 % pour les méthodes modernes. On ne constate aucun changement du niveau de la prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union depuis 1998. En outre, l'utilisation des méthodes modernes de contraception reste limitée à certains groupes : les femmes urbaines (18 % contre 3 % en milieu rural), celles résidant dans les régions de Niamey (23 %), d'Agadez (10 %) et de Dosso (6 %) et les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (29 %).

**Utilisation future de la contraception :** Bien que l'utilisation actuelle de la contraception soit très faible, les besoins en matière de planification familiale sont relativement importants. En effet, 16 % des femmes en ont exprimé le besoin ; ces besoins sont essentiellement orientés vers l'espacement des naissances (13 %). Actuellement, 42 % de la demande potentielle totale en planification familiale chez les femmes se trouve satisfaite au Niger parmi les femmes en union.

## SANTÉ DE LA MÈRE

---

**Soins prénatals.** En ce qui concerne les soins prénatals et les conditions d'accouchement, on constate que pour moins de la moitié des naissances survenues dans les 5 années ayant précédé l'enquête (46 %), les mères ont effectué au moins une visite prénatale auprès de personnel formé et dans 15 % des cas, elles en ont effectué au moins quatre.

Pour la même période, seulement 18 % des femmes ont reçu une dose de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse. Ces femmes sont protégées contre le tétanos néonatal si elles avaient été vaccinées précédemment. Par contre, celles qui ont reçu au moins deux doses de vaccin (23 %) sont, elles et leurs nouveaux-nés, complètement protégés.

Plus de huit naissances sur dix survenues au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête, se sont déroulées à la maison (82 %). Cette proportion est particulièrement élevée en milieu rural (92 %), dans les régions de Tillabéri (89 %) et de Zinder (88 %). De même, 87 % des femmes sans instruction contre 60 % de celles ayant un niveau primaire et 19 % de celles ayant un niveau au moins secondaire ont accouché à domicile. En outre, les résultats montrent que parmi les femmes n'ayant reçu aucun soin prénatal et parmi celles du quintile le plus pauvre, la quasi-totalité (respectivement 97 % et 95 %) a accouché à la maison. Il faut souligner que même dans la capitale, un accouchement sur quatre (25 %) survient à domicile.

Globalement, seulement 17 % des femmes ont accouché dans un établissement de santé, essentiellement un établissement du secteur public. En milieu urbain, pour plus des deux tiers des naissances, les femmes ont accouché dans un établissement de santé du secteur public (67 %), et seulement 2 % dans un établissement privé.

**Tendances des soins prénatals.** La comparaison des résultats des différentes enquêtes montre que depuis 1992, date de la première EDSN, la proportion de femmes ayant effectué une visite prénatale auprès de personnel

qualifié, est passée de 30 % à 40 % en 1998, date de la deuxième EDSN pour atteindre 46 % à l'EDSN-MICS III de 2006. En ce qui concerne la vaccination antitétanique, on constate que la couverture s'est nettement améliorée dans la mesure où la proportion de femmes ayant reçu une dose de vaccin antitétanique est passée de 9 % en 1992, à 16 % en 1998 et à 18 % en 2006.

## SANTÉ DE L'ENFANT

---

**Vaccination des enfants.** En ce qui concerne la couverture vaccinale des enfants, on relève que 25 % des enfants de 12-23 mois avaient été complètement vaccinés d'après les informations tirées du carnet de vaccination. Quand on y ajoute les renseignements fournis par la mère, ce pourcentage atteint 29 %.

Par ailleurs, on constate que selon le carnet de vaccination, 41 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG alors que selon les déclarations de la mère, cette proportion n'est que de 22 %. Au total donc, plus des deux tiers des enfants (64 %) étaient vaccinés contre le BCG au moment de l'enquête et 61 % avaient reçu cette vaccination avant l'âge de 12 mois. Près de trois enfants sur cinq (58 %) ont reçu la première dose de DTCoq, mais cette couverture vaccinale diminue avec le nombre de doses et seulement 39 % ont reçu les trois doses du vaccin. En outre, un peu plus de la moitié des enfants de 12-23 mois ont été vaccinés contre la polio (55 %) et 47 % contre la rougeole.

**Maladies de l'enfance.** Au Niger, les infections respiratoires aiguës (IRA), la fièvre et la diarrhée sont des problèmes de santé importants chez les enfants.

Parmi les enfants de moins de cinq ans, on constate qu'environ un sur sept (14 %) a souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide ; cette prévalence est élevée chez les enfants de 6-11 mois (21 %). On ne note pas de différence entre les pourcentages de garçons et de filles ayant souffert de toux (14 % dans les deux cas). La prévalence des IRA ne varie pas non plus de manière importante selon le milieu de résidence (d'un minimum de 14 % en rural à un maximum de 16 % à Niamey). Par contre, dans les régions, on constate des écarts, la prévalence variant d'un minimum de 5 % dans la

région de Maradi à un maximum de 21 % dans celle de Tahoua.

Par ailleurs, un enfant de moins de cinq ans sur cinq (21 %) a souffert de diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête. La prévalence de la diarrhée est particulièrement importante chez les jeunes enfants de 6-11 mois (en moyenne, 34 %) et de 12-23 mois (31 %).

On constate qu'une proportion élevée d'enfants qui ont souffert de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête n'a bénéficié d'aucun type de réhydratation ni d'autre traitement (27 %). Seulement 18 % des enfants ont reçu des sachets de SRO, 11 % ont reçu une solution d'eau, de sel et de sucre préparée à la maison et dans 36 % des cas, les apports en liquides ont été augmentés. Globalement, un peu plus d'un enfant sur deux a été soigné à l'aide d'une TRO (53 %).

## **POSSESSION ET UTILISATION DES MOUSTIQUAIRES**

---

On constate, d'une manière générale, que 15 % des enfants de moins de cinq ans ont dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. La fréquence d'utilisation de la moustiquaire n'est pas influencée par l'âge de l'enfant. On ne relève aucune différence selon le sexe de l'enfant.

Globalement, 14 % de l'ensemble des femmes de 15-49 ans ont dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. Cette proportion est plus faible en milieu rural (11 %) qu'en milieu urbain (28 %) et elle varie de manière importante selon le niveau d'instruction (de 13 % chez les femmes sans instruction à 20 % chez celles ayant le niveau primaire et à 24 % chez celles ayant le niveau secondaire ou plus). En outre, la proportion de femmes enceintes ayant dormi sous une moustiquaire n'est pas très différente de celle de l'ensemble des femmes (13 % contre 14 %).

## **NUTRITION**

---

**Allaitement des enfants.** La quasi-totalité des enfants (98 %) ont été allaités et cette pratique est très courante quelles que soient les caractéristiques de la mère. Parmi les enfants allaités, la proportion de ceux qui ont été allaités dans l'heure qui a suivi immédiatement la naissance est de 48 % ; en ce qui concerne la proportion de ceux qui ont été allaités le jour qui a suivi la naissance, on constate qu'elle est de 64 %. Par ailleurs, seulement 14 % des enfants de moins de 6 mois sont exclusivement allaités au sein.

**Sevrage et aliments de complément.** À partir de 6 mois, tous les enfants devraient recevoir une alimentation de complément, car à partir de cet âge, le lait maternel seul n'est plus suffisant pour assurer la croissance optimale de l'enfant. À 6-7 mois, une proportion relativement importante d'enfants consomme, en plus du lait maternel, des aliments solides ou semi-solides suffisamment variés et riches en protéines et en minéraux : 24 % consomment des aliments pour bébé, 46 % des céréales, 11 % des fruits et/ou légumes, 5 % des tubercules mais seulement 5 % de la viande, de la volaille, du poisson et/ou des oeufs.

**Supplémentation en vitamine A.** Dans l'ensemble, 70 % des enfants de moins de cinq ans ont reçu des compléments de vitamine A. Selon l'âge de l'enfant, on ne constate pas de différence significative ; cependant, on note que c'est à 24-35 mois que les enfants en ont reçu le plus fréquemment (71 %) et à 6-9 mois qu'ils en ont reçu le moins fréquemment (66 %). Les proportions d'enfants qui ont reçu des suppléments de vitamine A varient surtout selon le milieu de résidence, la région, le niveau d'instruction de la mère et le niveau de bien-être du ménage dans lequel ils vivent.

**Prévalence de l'anémie chez les enfants.** Les résultats de l'enquête montrent qu'au Niger plus de huit enfants de 6-59 mois sur dix (84 %) sont atteints d'anémie : 21 % sous une forme légère, 56 % sous une forme modérée et 7 % sont atteints d'anémie sévère. La prévalence de l'anémie est particulièrement élevée parmi les enfants de 12-23 mois (92 %) et parmi ceux dont la mère avait entre 15 et 19 ans à leur naissance (93 %).

**État nutritionnel des enfants.** Au Niger, un enfant sur deux accuse un retard de croissance (50 %) : 20 % sous la forme modérée et 30 % souffrent de retard de croissance sévère. La situation nutritionnelle est particulièrement critique. De plus, cette prévalence masque des disparités importantes en fonction des variables sociodémographiques. Parmi les enfants de 12-47 mois, la prévalence du retard de croissance est de 61 %. De même, dans la région de Maradi, 62 % des enfants de moins de cinq ans sont trop petits pour leur taille.

En ce qui concerne la malnutrition aiguë, on constate que plus d'un enfant sur dix (10 %) est atteint de maigreur et que 2 % le sont sous la forme sévère. Du point de vue de l'âge, ce sont les enfants de 10-23 mois qui en souffrent le plus fréquemment, en particulier ceux du groupe d'âges 12-23 mois (19 %). À partir de 24 mois, les proportions diminuent avec l'âge et ne concernent plus que 6 à 7 % des enfants

Plus de quatre enfants sur dix (44 % contre 50 % en 1998 à l'EDSN II) souffrent d'insuffisance pondérale et 15 % d'insuffisance pondérale sévère (contre 20 % à l'EDSN II de 1998). On constate des disparités importantes du niveau de la prévalence en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Dans l'ensemble, on peut qualifier la situation nutritionnelle de critique.

## **MORTALITÉ INFANTILE**

---

**Niveau de mortalité.** La mortalité infantile reste élevée au plan national. Pour la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), les résultats montrent que sur 1 000 naissances vivantes, 81 meurent avant d'atteindre leur premier anniversaire. Bien que le niveau de la mortalité infantile enregistré aujourd'hui au Niger se situe parmi les niveaux les plus élevés au monde, il n'en demeure pas moins qu'il a diminué régulièrement depuis quinze ans. On note que globalement, de 1994 (année centrale de la période 10-14 ans avant l'enquête, à 2004 (année centrale de la période 0-4 ans avant l'enquête), la mortalité infantile est passée de 115 ‰ à 81 ‰, soit une baisse de 30 % ; et au

cours de la même période, la mortalité juvénile a diminué de manière rapide (29 % de baisse).

**Tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans.** Par rapport aux résultats des deux précédentes enquêtes réalisées en 1992 et 1998, les niveaux de la mortalité des enfants obtenus en 2006 sont plus faibles.

**Mortalité différentielle.** Le niveau de la mortalité des enfants de moins de cinq ans est nettement plus faible en milieu urbain qu'en milieu rural : en ce qui concerne la mortalité infantile, on constate que sur 1000 naissances vivantes, 99 n'atteignent pas leur premier anniversaire en rural contre 61 en urbain. Concernant la mortalité infanto-juvénile, les taux sont respectivement de 231 ‰ contre 139 ‰ ; Les écarts entre les régions sont également très importants. La mortalité infantile varie d'un minimum de (53 ‰) dans la région d'Agadez à 113 ‰ dans celle de Zinder. En outre, les enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus et ceux vivant dans un ménage du quintile le plus riche courent des risques de décéder avant leur cinquième anniversaire nettement plus faibles que les autres.

## **MORTALITÉ MATERNELLE**

---

Pour la période 0-9 ans avant l'enquête, soit 1997-2006, le taux de mortalité maternelle est estimé à 648 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ce niveau n'aurait pratiquement pas varié depuis l'EDSN de 1992. En effet, pour la période de 1979-1992, soit 0-13 ans avant l'EDSN de 1992, le taux était estimé à 652 pour 100 000 naissances.

## **EXCISION**

---

**Prévalence.** La pratique de l'excision est faiblement répandue au Niger puisque qu'elle ne concerne que 2 % des femmes de 15-49 ans. La pratique de l'excision est essentiellement déterminée par l'appartenance ethnique et la région de résidence. C'est dans les ethnies Gourmantché (66 %) et Peul (13 %) et dans la région de Tillabéri (12 %) que la prévalence de l'excision est la plus forte.

**Perspectives.** Moins de 1 % des femmes enquêtées, ayant au moins une fille, avaient déjà fait exciser leur fille ou au moins l'une de leurs filles et 0,3 % avaient l'intention de la (ou les) faire exciser.

La quasi-totalité des femmes et des hommes (respectivement 89 % et 86 %) se sont déclarées en faveur de la disparition de cette pratique. De plus, seulement 4 % des femmes et 7 % des hommes pensent que l'excision est exigée par la religion.

## **SIDA ET AUTRES IST**

---

**Connaissance du sida.** Le VIH/sida est connu par pratiquement toute la population (83 % des femmes et 95 % des hommes).

La limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté ainsi que l'utilisation du condom demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection par le VIH. Plus de cinq femmes sur dix (53 %) et près des deux tiers des hommes (65 %) ont déclaré que le recours à ces deux moyens pouvait réduire les risques de contracter le VIH/sida.

Un peu plus d'une femme sur dix (13 %) sait que le virus du sida peut se transmettre par l'allaitement et que le risque de transmission maternelle peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux au cours de la grossesse.

**Sida et stigma.** Près de six femmes sur dix (56 %) ont déclaré qu'elles seraient prêtes à prendre soin chez elles d'un membre de la famille atteint du sida. Cette proportion varie peu selon l'âge ; par contre, elle est plus faible parmi les femmes en union que parmi les autres (55 % contre 66 % chez les femmes en rupture d'union). Selon la région, les résultats montrent que c'est surtout à Niamey que les femmes seraient le plus disposées à s'occuper chez elles d'un parent vivant avec le VIH (75 %) ; à l'opposé, dans celles de Maradi (44 %) et de Dosso (47 %), ces proportions sont beaucoup plus faibles. C'est parmi les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus et chez celles vivant dans les ménages les plus riches que ces proportions sont les plus élevées (respectivement 82 % et 70 %).

**Rapports à hauts risques et utilisation du condom.** Un des objectifs essentiels du Conseil National de Lutte contre le Sida est d'encourager

la population sexuellement active à utiliser de façon régulière le condom. L'EDSN-MICS III fournit les proportions de femmes et d'hommes qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête ainsi que les proportions de ceux et celles qui ont utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels. Seulement 0,7 % des femmes et 9 % des hommes ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois. Deux femmes sur dix (20 %) et près d'un homme sur deux (47 %) ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à hauts risques.

## **PRÉVALENCE DU VIH**

---

**Taux de couverture.** Les résultats de l'EDSN-MICS III indiquent que plus de huit personnes sur dix ont consenti à donner quelques gouttes de leur sang pour être testées pour le VIH. Le taux de couverture est plus élevé chez les femmes (91 %) que chez les hommes (84 %). En outre, on constate que les taux d'acceptation chez les femmes et les hommes du milieu rural sont nettement plus élevés que chez ceux du milieu urbain. Dans l'ensemble, en milieu rural, 92 % des personnes ont accepté, contre 82 % en milieu urbain. Enfin, c'est parmi les femmes de la région de Diffa (96 %) que l'on enregistre le taux de couverture le plus élevé et à l'opposé, parmi les hommes d'Agadez (71 %), et ceux de Niamey (75 %) que l'on enregistre le plus faible.

**VIH et vulnérabilité des femmes.** Les résultats du test de séroprévalence effectué au cours de l'EDSN-MICS III de 2006 montrent que 0,7 % des personnes âgées de 15-49 ans sont séropositives. Le taux de séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans est le même que celui des hommes de la même tranche d'âges (0,7 %). Aussi, contrairement à ce qui a été observé dans des enquêtes similaires en Afrique subsaharienne, la plus grande vulnérabilité des femmes par rapport aux hommes n'a pas été confirmée par les résultats de l'EDSN-MICS III du Niger.

**Différentiels du niveau de prévalence du VIH.** Les femmes des régions d'Agadez (2,1 %) et de Diffa (1,9 %), celles qui travaillaient au moment de l'enquête (0,8 %) et celles ayant un niveau d'instruction primaire (1,5 %) se caractérisent par une prévalence plus élevée que les autres. Chez les hommes, c'est dans la région de Niamey (1,6 %) et,

dans une moindre mesure, de Diffa (1,4 %), que la prévalence est la plus élevée.

En outre, les résultats font apparaître une prévalence nettement plus élevée parmi les femmes divorcées ou séparées (6,4 %) que parmi celles en union (0,5 %). Cependant le

niveau d'infection des femmes en union (0,5%) est pratiquement identique à celui des célibataires (0,4 %); de même, les résultats n'ont pas fait apparaître d'écart de prévalence entre les femmes enceintes au moment de l'enquête et celles qui ne l'étaient pas (0,7% dans les deux cas).