

Titre : Santé et mortalité des enfants de moins d'un an au Niger: vers une réduction de l'avantage de Niamey ?

ZOURKALEINI Younoussi

Enseignant Chercheur, Université de Zinder, Niger

e.mail : younoussi@gmx.com

Tél : +227 99 80 03 78 ou +227 92 12 07 53

RESUME LONG

En Afrique, très souvent, l'opposition rural/urbain est un des déterminants de la mortalité des enfants le plus fréquemment utilisé. Dans ce dualisme urbain-rural on observe un niveau de mortalité infantile plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain. Une des premières explications évoquées est que la ville offre généralement, en raison de son organisation économique et politique, un système de santé important et moderne. Celui-ci se traduit d'abord par une forte concentration des ressources sanitaires et médicales (Cantrelle et al, 1986). Ensuite, grâce à ces infrastructures sanitaires, la ville peut, plus aisément que le milieu rural, mettre en œuvre des mesures de santé publique telles que les programmes de vaccination et des programmes de protection maternelle et infantile (Lalou et LeGrand, 1995). En outre, la ville assure habituellement une salubrité de l'environnement et de l'habitat meilleure que la campagne. Enfin, le développement des communications, routières et ferroviaires notamment, permet à la ville de bénéficier d'un approvisionnement en denrées alimentaires assez régulier et abondant (Lalou et LeGrand, 1995).

Au Niger, avec la colonisation on installe, dès le début du vingtième siècle, des embryons de soins préventifs et curatifs modernes, d'abord dans les villes puis progressivement en milieu rural, appliquant avec plus ou moins de succès les recettes qui ont réussi en Europe. Ainsi, on a construit des hôpitaux et des dispensaires en s'attendant également à l'approvisionnement en eau potable, à l'assainissement et à la lutte contre les vecteurs des maladies tropicales. Aujourd'hui encore, les conditions socio-économiques et de santé semblent être meilleures en moyenne dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Les enfants urbains bénéficient toujours d'une mortalité inférieure à celle des ruraux. Cependant, les données sont cruellement défaut pour analyser les tendances de la mortalité infantile avant et depuis l'indépendance (1960) pour mesurer les niveaux de performance. Le pays ne dispose pas d'un système fiable d'enregistrement des décès, ni de tables de mortalité, encore moins de statistiques exhaustives de causes de décès. Cependant, au cours de la période 1992-2012, des séries d'Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), de couverture nationale, permettent de reconstruire les tendances de la mortalité infantile selon le milieu de résidence, le pourcentage d'enfants vaccinés, les caractéristiques de l'enfant à l'accouchement.

Par exemple, s'agissant de la mortalité des enfants de moins d'un an, au tableau 1, il ressort selon les résultats de ces enquêtes que le quotient de mortalité infantile est passé de 89 à 42 et 143 à 68 pour mille respectivement en milieu urbain et rural. Pendant la même période, le quotient de mortalité néonatale est passé de 36 à 21 et 54 à 33 pour mille respectivement alors que celui de la mortalité post-néonatale est passé de 53 à 21 et 88 à 35 pour mille en milieu urbain et rural respectivement (INS et Macro, 1993, 1999, 2007, 2013).

De façon générale, toutes les composantes de la mortalité infantile ont donc enregistré une baisse importante aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Plusieurs interventions des pouvoirs publics ont contribué à des degrés divers à l'obtention des résultats, quoi qu'insuffisants, enregistrés par le Niger dans la réduction de la mortalité des enfants (INS, 2010). Au nombre de ces interventions on peut citer :

- l'élaboration et l'adoption de textes législatifs et réglementaires relatifs à la santé des enfants particulièrement la gratuité des contraceptifs et préservatifs dans les établissements de santé publics, la gratuité de la consultation prénatale et des soins aux enfants de zéro à cinq ans ;
- l'élaboration et la mise en œuvre de politiques en matière de santé des enfants dont: (i) le Programme national de Santé de la Reproduction 2005-2009 ; (ii) la Feuille de Route pour Accélérer la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Niger, 2006–2015 ; (iii) la stratégie nationale de survie de l'enfant ; la mise en œuvre des différents plans de développement sanitaire (PDS) depuis 1994 ;
- des actions d'importance majeure telles que : (i) les soins nutritionnels intensifs, (ii) la PCIME et son extension notamment dans son volet communautaire à l'ensemble des cases de santé qui offre une opportunité forte d'amélioration de la qualité des services et des soins.

Tableau 1 : Evolution de la mortalité des enfants au Niger selon le milieu de résidence de la mère

Quotient de mortalité	1992		1998		2006		2012	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural
Néonatale	36	54	27	55	29	45	21	33
Post-néonatale	53	88	53	92	32	55	21	35
Infantile	89	143	80	147	61	99	42	68

Source : INS et Macro, 1993, 1999, 2007 et 2013

Néanmoins, il est important de souligner que l'avantage sanitaire du milieu urbain a été particulièrement remis en question dans les quartiers «spontanés» des grandes métropoles africaines, où l'insalubrité des lieux et les conditions de vie précaires sont choses courantes (Brockerhoff and Brennan, 1998). C'est pourquoi, comparer des moyennes peut être fallacieux, car des inégalités criardes de santé à l'intérieur des villes résulte des inégalités sociales et économiques intra-urbaines significatives (National Research Council, 2003; Montgomery and Hewett, 2005). En effet, de nombreux enfants profitent des avantages de la vie urbaine et notamment d'un accès aux infrastructures médicales, mais ils sont encore bien trop nombreux, malgré la proximité géographique, à ne pas avoir accès à des services essentiels tels que l'électricité, l'eau potable et les soins médicaux (UNICEF, 2012).

Lorsque l'on dispose de données détaillées sur les zones urbaines, celles-ci mettent en évidence des écarts importants des taux de survie engendrés par les inégalités d'accès aux services de santé. Dans de nombreux pays, la situation des enfants pauvres des zones urbaines est aussi mauvaise, voire pire que celle des enfants pauvres des zones rurales sur les plans de la malnutrition et de la mortalité infantile (UNICEF, 2012).

Une large revue menée par le National Research Council (2003) a démontré que les urbains pauvres dans les pays en développement font face souvent à une mortalité et à des risques sanitaires aussi élevés que ceux qui existent dans les campagnes. APHRC(2002) montre qu'à

Nairobi, dans les taudis les risques sanitaires encourus par les urbains pauvres dépassent ceux des zones rurales. En Côte d'Ivoire, l'analyse des tendances selon le milieu de résidence révèle un recul de la mortalité infantile relativement plus important en milieu rural que dans les villes, en particulier à Abidjan (Mosso, 2012). Au Kenya, Mosley (1985) montre que la mortalité des enfants est plus élevée à Nairobi que dans les villages environnants. Malgré la présence d'équipements sanitaires modernes accessibles à tous, l'importance de la mortalité infantile varie pratiquement du simple au double dans la ville de Marrakech et sa périphérie (Hilali, 1986).

Les différences de mortalité selon le milieu de résidence proviennent donc des disparités dans la disponibilité, l'accès et la fréquentation des infrastructures sanitaires. Elles pourraient également être dues aux inégalités socio-économiques et culturelles entre les deux milieux. Ainsi, l'objectif de cette étude est d'examiner les évolutions des inégalités de décès infantiles et de santé observées dans le milieu rural et dans les autres villes par rapport à Niamey. Plus spécifiquement il s'agira de l'évolution des quotients de mortalité infantile, des indicateurs sur la vaccination des enfants et des caractéristiques des enfants à l'accouchement. Dans chaque cas il s'agira de dépasser la vision globale du milieu urbain et chercher à répondre à la question suivante : assistons-nous à une atténuation ou une augmentation des inégalités des enfants devant la mort ou devant les soins entre Niamey et le reste du pays?

L'hypothèse de cette étude est donc la suivante : la présence de quartiers spontanés de plus en plus importante à Niamey, la plus grande ville du pays, pourrait réduire globalement ses avantages, par rapport au reste du pays, en matière de santé et de survie des enfants. Plus spécifiquement, les actions de développement en direction du monde rural et la non-prolifération des quartiers spontanés dans les autres villes entraineront une amélioration plus rapide de la situation sanitaire qui se traduirait par des rythmes de baisse des quotients de mortalité et des indicateurs de santé plus importants par rapport à la ville de Niamey.

Les indicateurs sur la vaccination et les caractéristiques à l'accouchement sont des pourcentages parmi les enfants de moins d'un an. En ce qui concerne l'évolution de la mortalité de la première année, comme le propose Jean Bourgeois Pichat (1980) nous distinguons les décès endogènes de ceux exogènes. Les décès endogènes comprennent les décès imputables à la constitution même de l'enfant, c'est-à-dire à des causes que l'enfant porte en lui-même à la naissance, qu'il les ait héritées dès la conception ou acquises au cours de la gestation ou de l'accouchement. Les décès exogènes comprennent ceux dont la cause est extérieure à l'enfant ; c'est alors le milieu où vit l'enfant qui lui apporte les facteurs de sa mort, sous forme de mauvaise alimentation, de microbes, etc. Cette distinction tient du fait que nous voulons mettre en exergue le milieu de vie de l'enfant et que c'est surtout pour les décès de ce type que les conditions de vie ont un impact plus important. En effet, ces décès peuvent être évités assez facilement, si l'on prend certaines précautions. En outre, la médecine dispose de moyens efficaces pour combattre les maladies exogènes ; tandis qu'il n'en va pas toujours ainsi des maladies endogènes (malformations, débilité congénitale, etc.).

Pour avoir une évaluation des décès exogène nous nous appuyons sur la méthode biométrique développée par Jean Bourgeois-Pichat (1980) en supposant que parmi tous les décès exogènes de la première année, 20% se produisent au cours du premier mois de la vie et tous les décès

des onze derniers mois de la première année sont considérés comme exogènes. Cela veut dire qu'en multipliant par 1.25 les décès des onze derniers mois, on obtient une bonne évaluation de l'ensemble des décès exogènes au cours de la première année de vie même dans le contexte de pays en développement (Zourkaléini, 1998).

Pour les quotients et les différents indicateurs ceux obtenus pour la ville de Niamey seront retenus comme catégories de références pour déterminer les évolutions des écarts à partir des résultats des quatre Enquêtes Démographiques et de Santé réalisés au Niger (1992,1998, 2006, 2012).

Nous nous attendons à une réduction des inégalités entre Niamey et le reste du pays, en particulier avec les autres villes, pour tenir compte de sa croissance démographique plus rapide qui pourrait contribuer à maintenir les enfants défavorisés en marge des services de santé, nonobstant le fait que le rythme d'évolution peut être lié au niveau de départ. Un tel résultat est beaucoup plus attendu du côté des autres villes dont l'amélioration de la situation sanitaire est favorisée par la création d'hôpitaux de districts placés tous dans les chefs-lieux de régions ou de départements qui constituent le reste des villes.

Bibliographies

African Population and Health Research Center (APHRC), 2002. *“Population and health dynamics in Nairobi's informal settlements : report of the Nairobi cross-sectional slums survey (NCSS) 2000”*. APHRC, Nairobi, 180p.

Bourgeois-Pichat J., 1980, « Les causes de la mortalité infantile dans les pays développés au cours des toutes dernières années », dans mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire, ORDINA, pp. 159-197.

Brockerhoff, M. and E. Brennan, 1998, “The Poverty of Cities in Developing Regions”. *Population and Development Review*, 24 (1), pp 75-114.

Cantrelle p., Diop I., Garenne M., Gueye M- et Sadio A., 1986, "the profil of mortatity and its determinants in Senegal, 1960-1980, dans determinants of mortality change and differentials in developing countries. United Nation ST/ESA/SER;A/94), pp-86-116.

Garenne, M. et Cantrelle, P., 1984, “Eléments pour une analyse des facteurs de la mortalité infanto-juvénile”, *Cahiers de l'ORSTOM*, série sciences humaines, XX, 2, 311-320.

Hilali, K., 1986, “Etude biodémographique et sanitaire d'une population périurbaine de la zone d'El Azzouzia”, thèse 3^{ème} cycle, Université Cadi Ayyad, Marrakech, 151 p.

Hobcraft J.,1993, “women's education, child welfare and child survival: a review of Evidence”, *Health transition Review*, vol, 3, 2, pp. 159-175.

Institut National de la Statistique (INS) et Macro International Inc., 1993, « *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2006* ». Calverton, Maryland, USA : INS et Macro International Inc.

Institut National de la Statistique (INS) et Macro International Inc., 1999, « *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2006* », Calverton, Maryland, USA : INS et Macro International Inc.

Institut National de la Statistique (INS) et Macro International Inc., 2007, « *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2006* ». Calverton, Maryland, USA : INS et Macro International Inc.

Institut National de la Statistique (INS) et Macro International Inc., 2013, « *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger 2013* ». Calverton, Maryland, USA : INS et Macro International Inc.

Institut National de la Statistique (INS), 2010, « *Rapport National sur les Progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement* », Niamey, 280 p.

Lalou R. et Legrand T., 1995, La mortalité des enfants du Sahel en ville et au village, cahier CERDE, 3095, 34 p.

Montgomery M. and P. C. Hewett, 2005, "Urban poverty and health in developing countries." *Demography* 42(3) : 397-425.

MOSLEY H., 1985, Les soins de santé primaires peuvent-ils réduire la mortalité infantile ? Bilan critique de quelques programmes africains et asiatiques. in La lutte contre la mort. INED - UIESP, pp. 101-136

Mosso Rosine, 2012, « Santé et mortalité des enfants en Côte d'Ivoire urbaine : vers une réduction de l'avantage urbain ? Thèse de doctorat, Université Paris 5

National Research Council, 2003, "*Cities transformed: Demographic change and its implication in the developing world*". Montgomery M.R, S. Stren and B. Cohen and H. E. Reeds (Eds), Committee on population, The National Academies Press, Washington DC.

UNICEF, 2012, « *Situation des enfants dans le monde, les enfants dans un monde urbain* », New York, 156p.

Zourkaleini Younoussi, 1998, « *Déterminants socio-démographiques et contextuels de la mortalité des enfants au Niger* », collection des thèses et mémoires, Université de Montréal, département de démographie, Montréal, Québec, 350 p.