



Réduction des inégalités en matière de santé maternelle et infantile au Niger: de la recherche à l'action



1 Introduction

Dans le cadre de l'agenda national 2030 pour l'atteinte des Objectifs du Développement Durable, le Niger est activement engagé dans un processus de mise en œuvre de programmes ambitieux visant, entre autres, à doter le pays d'infrastructures et de services de santé de qualité à la portée de tous ses citoyens sur toute l'étendue de son territoire national.

Un des volets essentiels de la nouvelle politique de santé mise en œuvre par le gouvernement est la

réduction des inégalités sociales et résidentielles en matière de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). Dans ce cadre, le Niger s'est doté d'un cadre de référence juridique en phase avec le contexte sous régional et international favorisant la réalisation des droits de la femme et de l'enfant sur toute l'étendue du territoire national.

C'est dans ce contexte que le Niger, à travers le Ministère de la Santé et le Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES), a collaboré avec l'Initiative Countdown 2030 pour conduire des analyses poussées visant à élucider les

progrès réalisés depuis 1998 dans la réduction des inégalités en matière de SMNI. Les analyses ont porté sur les données d'enquêtes nationales (EDS, 1998, 2006 et 2012) et sont focalisées sur deux indicateurs clefs de SMNI, à savoir l'Indice Composite de Couverture SMNI (ICC) et le Taux de Mortalité Infantile (TMI). L'ICC est la moyenne pondérée des niveaux de couverture pour la contraception, les soins prénatals et lors de l'accouchement, la vaccination de l'enfant et la prise en charge des cas de maladies courantes de l'enfant. Les inégalités ont été analysées au regard de trois dimensions principales: niveau de bien-être socioéconomique, résidence (urbain, capitale, autre urbain) et entre régions.

Le présent document est un résumé des résultats de ces analyses, destinés aux pouvoirs publics, partenaires au développement et acteurs communautaires, dans le but d'informer les stratégies et interventions qui s'avèrent nécessaires pour accompagner le pays vers l'atteinte des ODD, particulièrement, ODD 3, 5 et 10 relatifs à l'accès à la santé, l'égalité de genre et la réduction des inégalités.

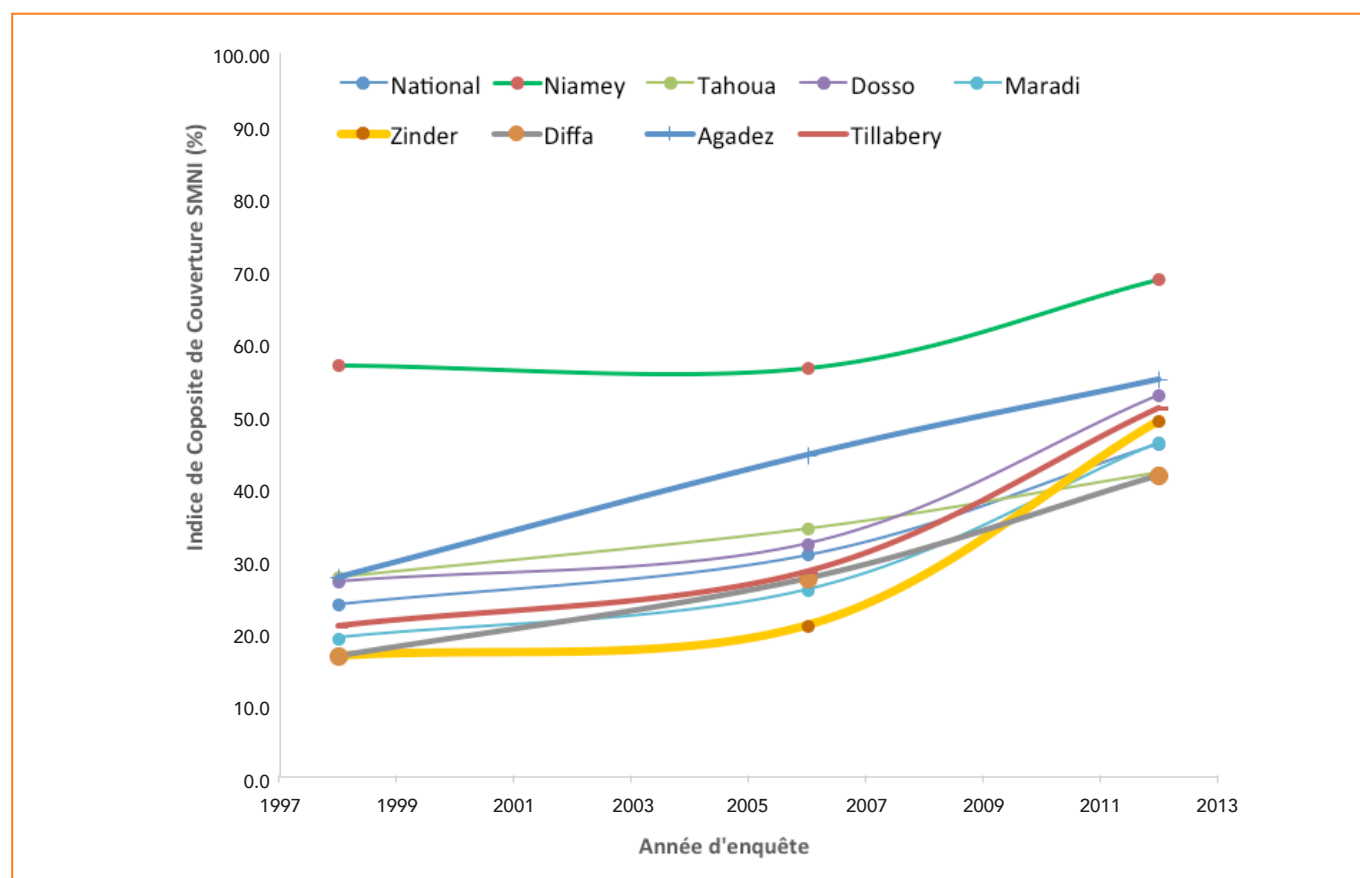
2 Performances et défis en matière de couverture SMNI

2.1. Tendances entre régions

Dans la lutte contre les inégalités SMNI, le Niger a déployé d'importantes ressources dans le but d'atteindre les objectifs nationaux et mondiaux visant à mettre fin aux décès évitables des mères, des nouveau-nés et des enfants. Les résultats des analyses, illustrés dans le Graphique 1, montrent que:

- Entre 1998 et 2012, il a été observé une hausse globale de l'ICC dans toutes les régions; l'écart entre les régions s'est considérablement réduit dans le temps. Cependant, la capitale, Niamey, reste de loin la région la plus couverte. La région de Zinder a enregistré une nette progression passant de région la moins couverte en 1998 (ICC=16,7%) à la cinquième région la plus couverte en 2012 (ICC=49,2%). Cette performance pourrait être due à la densité de la population au niveau de cette zone, à une bonne mise en œuvre des activités de planification familiale, à un personnel qualifié et motivé.

Graphique 1. Tendance de l'ICC par région du Niger de 1998 à 2012



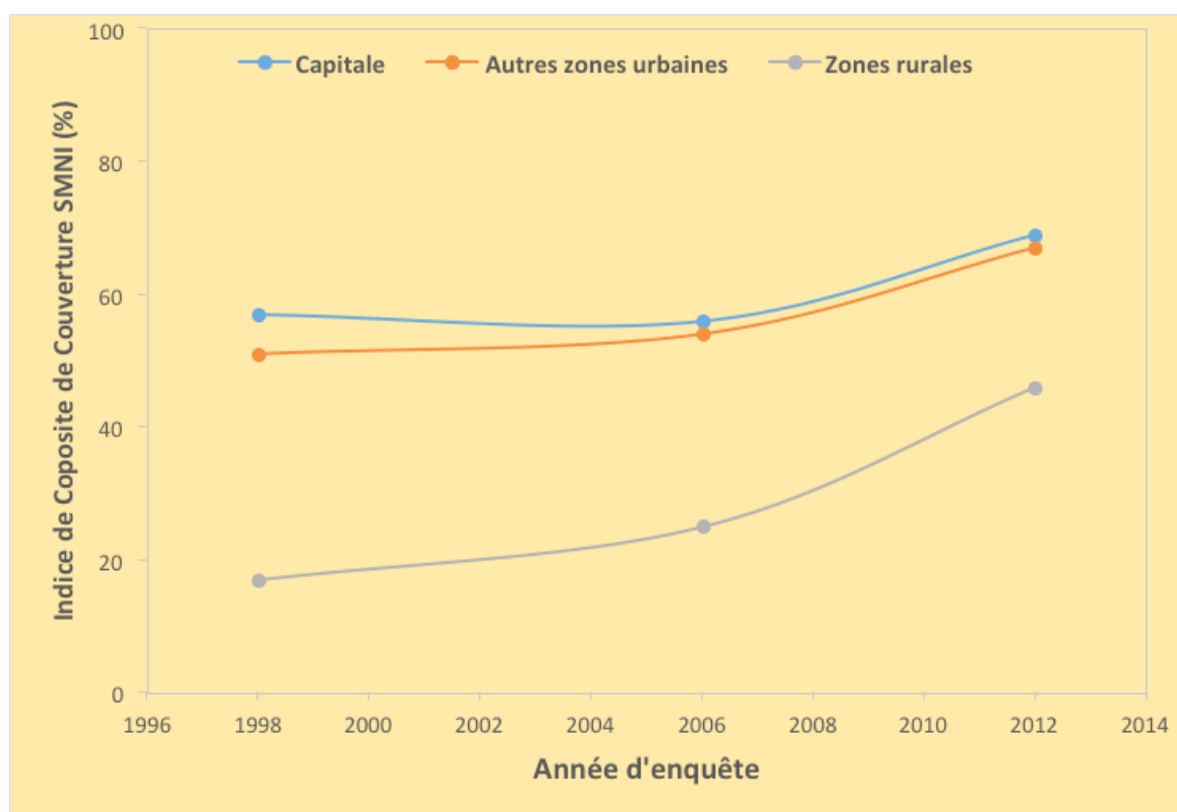
L'ICC reste plus élevé à Niamey en raison de la disponibilité des infrastructures et d'un personnel de santé plus qualifié et motivé. Les plus faibles taux de couverture SMNI sont notés à Diffa et Tahoua qui sont des zones reculées et désertiques et attirent moins le personnel de santé. La dégradation de la situation sécuritaire à Tahoua et le déficit de financement pourraient aussi contribuer à la faiblesse du taux de couverture SMNI.

2.2. Ecart entre zones de résidence

Malgré l'augmentation progressive de la couverture SMNI dans toutes les zones de résidence, les résultats présentés dans le Graphique 2 montrent

que l'ICC reste plus élevé dans la capitale comparée au reste du pays. Cependant, l'écart absolu entre Capitale et autres zones urbaines s'est réduit sensiblement, passant de 6 points-pourcentages en 1998 à 2 points-pourcentages en 2012. De même, l'écart entre les zones rurales et les autres zones urbaines s'est fortement réduit passant de 34 points-pourcentages en 1998 à 21 points-pourcentages en 2012. Ces résultats montrent que le niveau de couverture SMNI à Niamey est semblable à celui dans les autres zones urbaines. Toutefois, d'énormes efforts restent à faire pour rapprocher les populations rurales des populations urbaines en matière de couverture SMNI.

Graphique 2. Tendence de l'ICC par zone de résidence

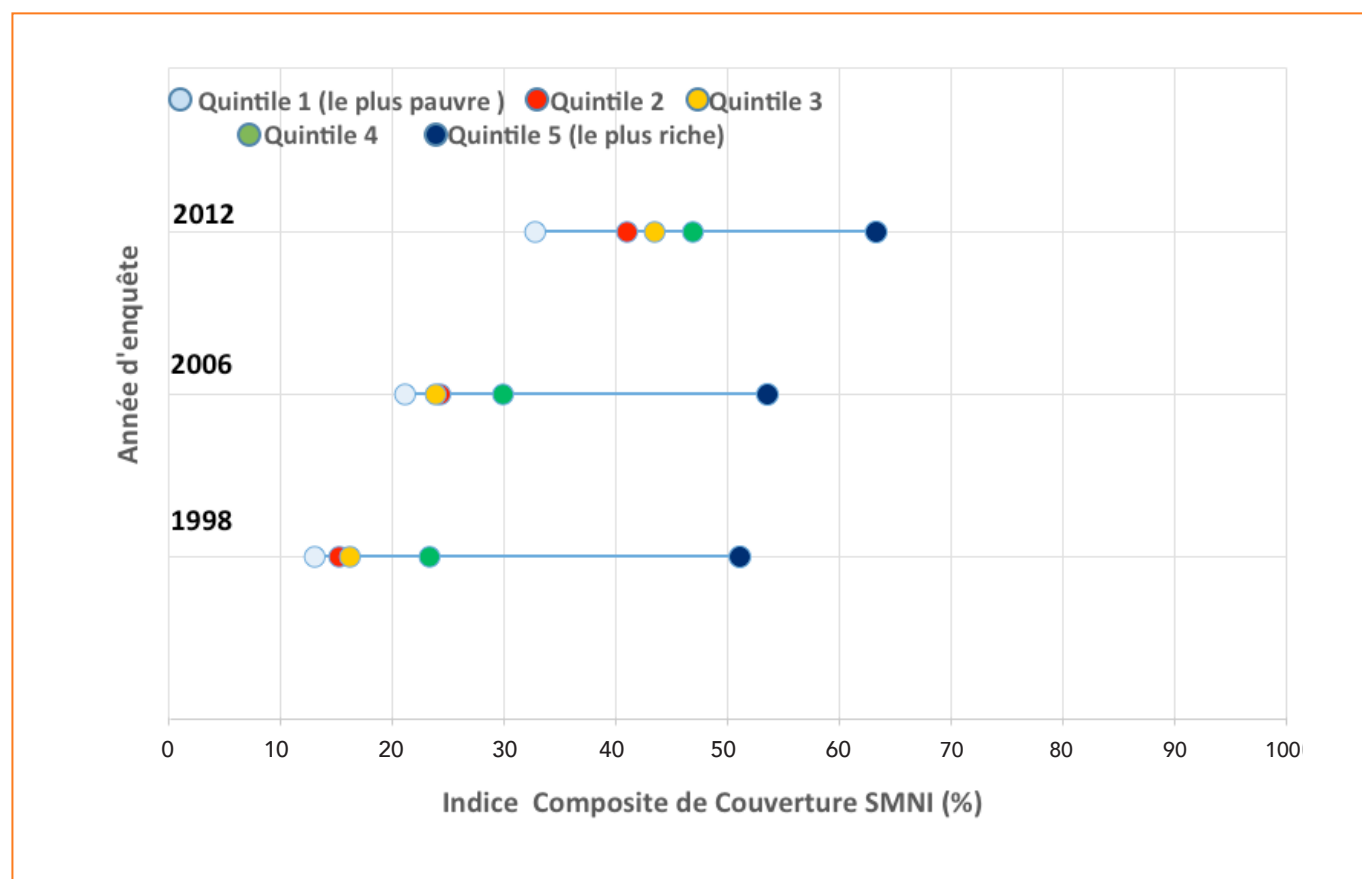


2.3. Situation selon le niveau socioéconomique

Le Graphique 3 présente le niveau de couverture SMNI au Niger selon les quintiles de bien-être socioéconomique. Les résultats montrent une réduction des écarts au fil du temps entre les

plus pauvres et les plus riches. Toutefois, quelle que soit l'année de référence, les plus riches ont les meilleures couvertures et se démarquent nettement des autres quintiles. Ceci témoigne de la persistance des inégalités socio-économiques en matière de SMNI dans le pays.

Graphique 3. Tendance de l'ICC par niveau de bien-être socioéconomique



Si la couverture SMNI s'est globalement améliorée au cours du temps pour toutes les couches sociales, elle semble de loin plus accessible aux populations aisées qu'aux autres. Au Niger, l'inexistence d'un système national de sécurité sociale accentue la vulnérabilité des ménages démunis en raison de leur faible pouvoir économique. Selon les statistiques sanitaires, au moins 97% des dépenses liées à la santé sont couvertes par les familles elles-mêmes. Ainsi, les inégalités sociales dans le système de santé demeurent omniprésentes, comme en témoignent ces résultats.

3 Tendances et inégalités par rapport à la mortalité infantile

Au Niger, le Taux de Mortalité Infantile (TMI) est passé de 245 décès pour 1000 naissances en 1998

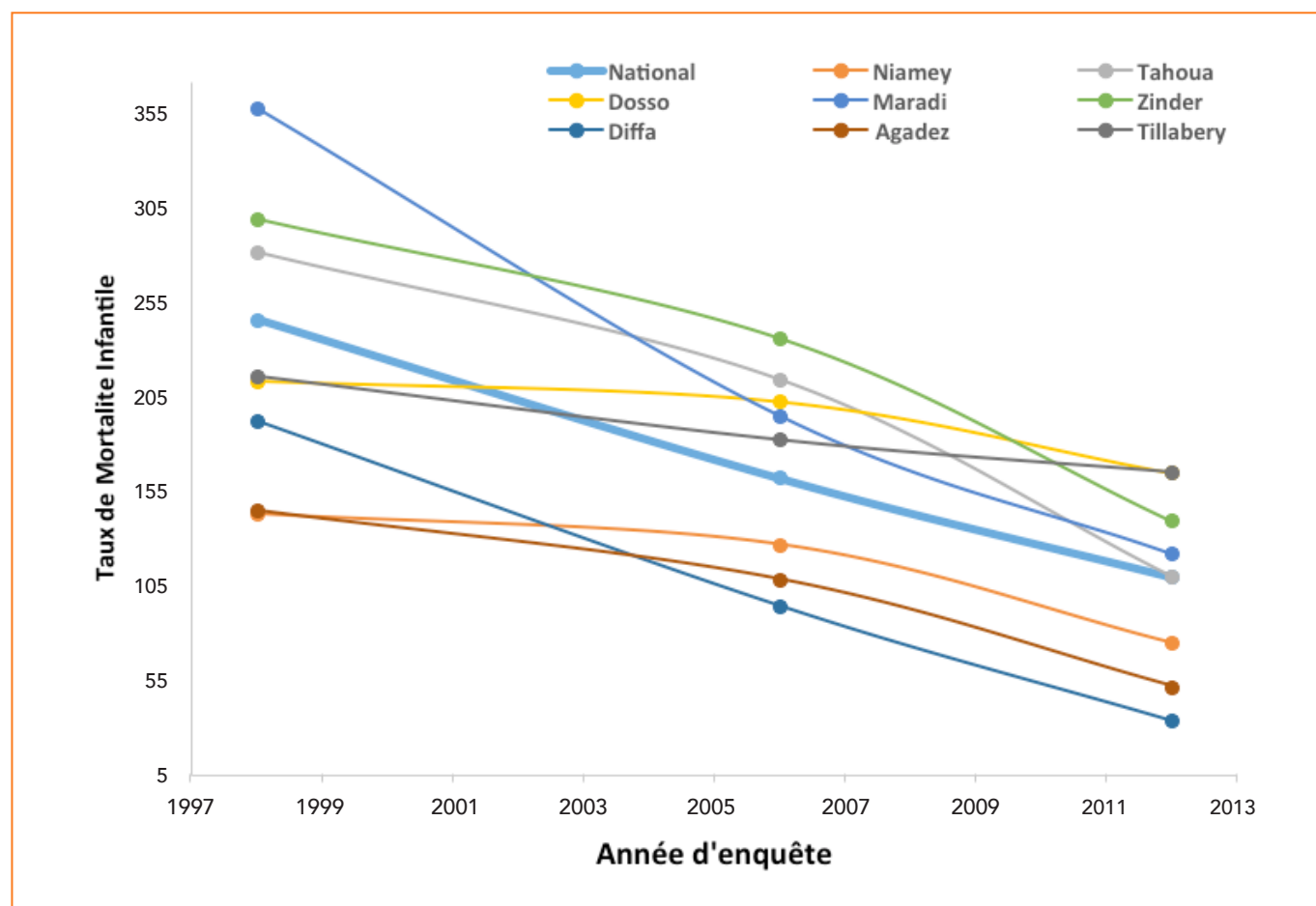
à 109 en 2012. Cette forte réduction a été observée parmi toutes les couches de la population et dans les toutes régions du Niger, reflétant les efforts entrepris pour les pouvoirs pour l'amélioration des services de santé en général.

Cependant, il existe des disparités entre régions, zones de résidence et couches sociales.

3.1. Inégalités entre régions

Dans toutes régions du Niger, une baisse globale de la mortalité infantile a été observée entre 1998 et 2012, comme illustré dans le Graphique 4.

Graphique 4. Tendence de la mortalité infantile par région, Niger, 1998 à 2012

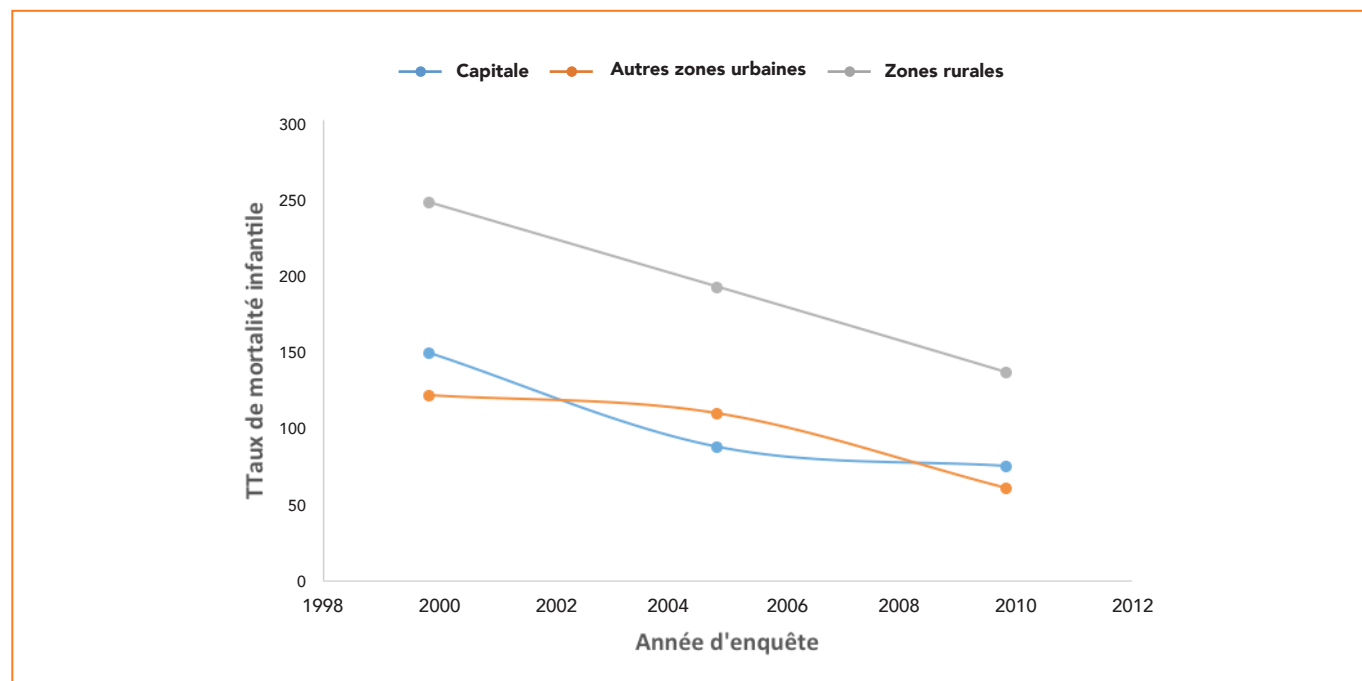


Les régions de Diffa et Agadez ont les taux de mortalité infantiles les moins élevés du pays. Cela pourrait être lié à la faible densité de population dans ces régions et du nomadisme qui occasionne une sous déclaration des décès. La mortalité infantile est plus élevée à Dosso et Tillabéry en raison de la forte densité de population et des facteurs culturels et ethniques. En outre, la précocité de la fécondité, le faible espacement des naissances et le niveau élevé des besoins non satisfaits en contraception moderne ainsi que la faiblesse des soins obstétricaux et néonataux d'urgence continuent à hypothéquer les chances de survie des enfants dans certaines régions.

3.2. Inégalités selon la zone de résidence

Les résultats montrent une forte réduction de la mortalité infantile en milieu rural, même si elle est restée largement au-dessus du niveau dans les autres zones urbaines (Graphique 5). On note également que le taux de mortalité infantile dans la capitale est légèrement au-dessus du taux dans les autres zones urbaines. La migration et l'accroissement de la population dans la capitale pourraient contribuer à limiter l'accès aux soins de qualité et par conséquent à expliquer cette situation à Niamey.

Graphique 4. Tendence de la mortalité infantile par région, Niger, 1998 à 2012

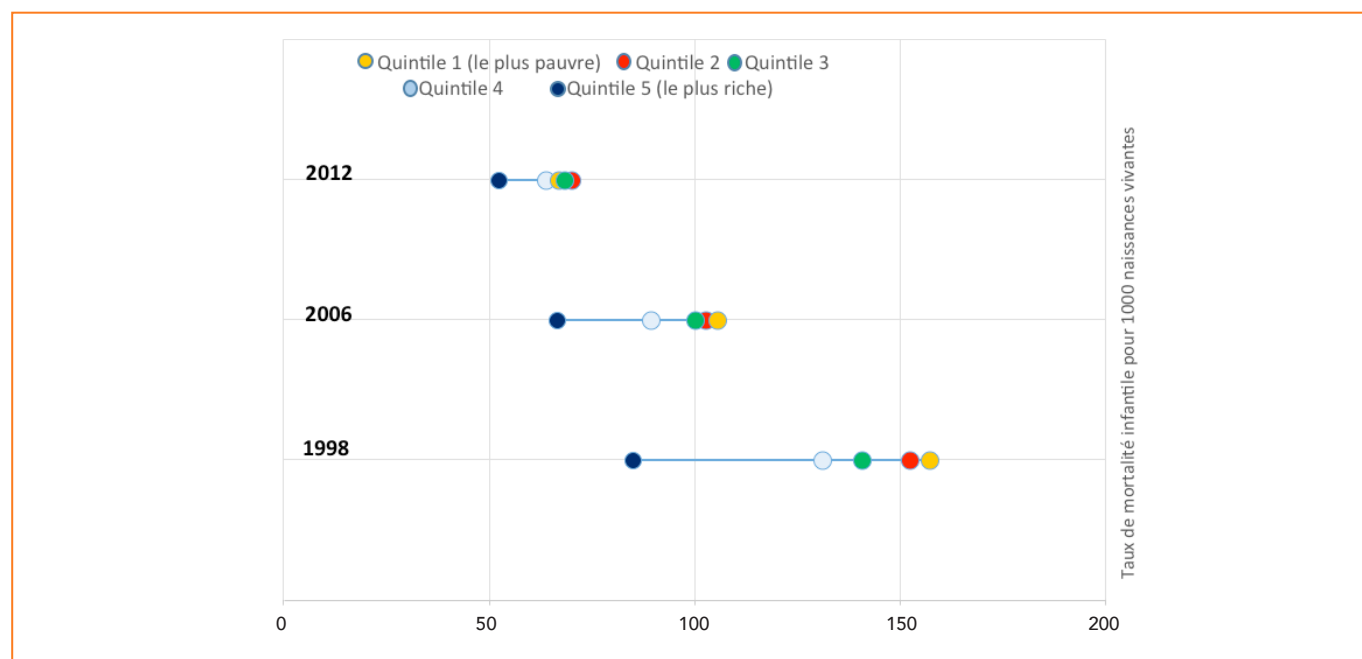


En dépit de la mobilisation exceptionnelle de l'Etat du Niger au cours de ces deux dernières décennies, la mortalité infantile reste un phénomène préoccupant pour les décideurs, chercheurs, acteurs et partenaires au développement. Même si elle a baissé, entre 1998 et 2012, aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain, elle demeure encore plus importante en zones rurales que dans les villes.

3.3. Inégalités selon le niveau de bien-être socioéconomique

Sur la période 1998-2012, les inégalités en matière de mortalité infantile selon le niveau de bien-être se sont fortement réduites (Graphique 6).

Graphique 6. Tendence de la mortalité infantile par niveau de bien-être socioéconomique



Les analyses montrent que l'écart entre les plus pauvres et les plus riches s'est considérablement

réduit entre 1998 et 2012. En effet, le gap est passé de 73 décès en 1998 à seulement 15 décès en 2012.

4 Recommandations

Pour dissiper les nombreuses contraintes qui pèsent sur la réalisation de l'agenda 2030 au Niger, en particulier les ODD 3, 5 et 10, respectivement en rapport avec la santé, le bien-être, la réduction des inégalités en matière de Santé Maternelle, Infantile, des adolescents et des jeunes, il urge de:

- Intensifier la campagne nationale de sensibilisation de la population, en particulier sur la santé sexuelle et reproductive, afin de réduire les grossesses précoces.
- Encourager l'espacement des naissances et l'utilisation de la contraception moderne pour assurer une meilleure santé aux femmes et aux enfants.
- Augmenter la couverture SMNI en zone rurale et dans les banlieues urbaines afin de réduire le taux de mortalité infantile.
- Renforcer l'accès et la prestation de services de santé maternelle et infantile à Diffa et Agadez où les taux de mortalité infantile sont encore élevés.
- Améliorer le contrôle de la politique de gratuité des soins de santé pour son application effective dans le territoire nigérien.
- Accroître les investissements dans les ressources humaines pour la santé dans les zones rurales.

Conclusion

Au Niger, les indicateurs de couverture SMNI et de mortalité infantile révèlent des inégalités plus ou moins prononcées entre régions, zones de résidence et niveau de bien-être. Même si l'on note une amélioration des différents indicateurs utilisés, les efforts devraient être considérablement renforcés afin d'atteindre les Objectifs de Développement Durable.

À propos de l'Initiative Countdown 2030

L'Initiative Countdown 2030 pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents est une stratégie mondiale, portée par plusieurs institutions. Elle vise à améliorer la mesure et le suivi de la couverture, et renforcer les capacités régionales et nationales en matière de production et d'utilisation de données scientifiques. En tant que membre de l'Initiative Countdown 2030, African Population and Health Research Center (APHRC) a soutenu la mise en place d'un réseau régional regroupant des institutions de recherche et de santé publique ainsi que des agences gouvernementales de 22 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, en vue de les aider à mieux suivre et analyser les données, et communiquer les résultats de recherche sur la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents et la nutrition. L'Initiative en appelle à une responsabilisation des gouvernements et des partenaires au développement, identifie les lacunes dans les connaissances et propose de nouvelles actions pour une couverture universelle de la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Il est attendu que les autorités gouvernementales utiliseront les résultats de recherche pour améliorer la planification et augmenter les ressources allouées à la réalisation des objectifs nationaux et mondiaux visant à éliminer les décès de mères, de nouveau-nés et d'enfants.

Plus d'informations sur <http://countdown2030.org/>



Auteurs:

Hamidou Lazoumar Ramatoulaye¹, Ndeye Awa Fall², Halima Boubacar Mainassara³, Sani Haladou¹, Idi Issa¹, Jean Testa¹, Rabiou Labbo¹, Ousmane Pame⁴, Lynette Kamau² et Cheikh Faye².

¹ Centre de Recherche Médicale et Sanitaire - Niger.

² African Population and Health Research Centre (APHRC Nairobi/Dakar).

³ Medical Care Development International.

⁴ Université Cheikh Anta Diop de Dakar - Sénégal.

