

Soumaïla MARIKO et Soumana HAROUNA

13.1 INTRODUCTION

Le taux de mortalité maternelle est une mesure importante du développement humain et social. C'est un indicateur particulièrement important de l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins. Il est donc important de pouvoir disposer d'informations sur les niveaux de la mortalité maternelle, non seulement parce qu'elles nous informent sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, mais aussi parce qu'elles nous renseignent sur la santé des femmes, en général, et indirectement, sur leur situation économique et sociale.

Au cours de l'EDSN-MICS III des données ont été collectées qui permettent d'estimer le niveau de la mortalité maternelle en utilisant la méthode d'estimation directe. Cette estimation se fait à partir de données sur la survie des sœurs des enquêtées. Pour chacune des sœurs de l'enquêtée, on a collecté des renseignements concernant son âge actuel, son état de survie, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. À propos des sœurs décédées, des questions supplémentaires ont été posées pour déterminer si le décès était en rapport avec la maternité, c'est-à-dire si le décès était survenu pendant la grossesse, durant l'accouchement ou dans les deux mois qui ont suivi l'accouchement ou la fin de la grossesse.

La méthode directe d'estimation de la mortalité maternelle requiert des données sur l'âge des sœurs survivantes et, pour les sœurs décédées, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour obtenir des périodes de référence bien définies, les données sont agrégées pour déterminer le nombre de personnes-années d'exposition à la mortalité et le nombre de décès maternels survenus dans chaque période de référence. Les taux de mortalité par cause maternelle sont alors directement estimés en divisant le nombre de décès par le nombre de personnes-années soumises à l'exposition. Le résultat de ce calcul donne la proportion de sœurs, parmi toutes les sœurs de l'enquêtée, qui sont décédées de causes dues à la maternité. C'est une estimation non biaisée de la probabilité de décéder de cause maternelle, pourvu que le risque de décès soit identique pour toutes les sœurs (Trussel et Rodriguez, 1990).

13.2 COLLECTE DES DONNÉES

Le questionnaire utilisé pour la collecte des données sur la mortalité maternelle est présenté en annexe E (Section 10 du questionnaire individuel femme). En premier lieu, on a demandé à la femme enquêtée la liste de tous ses frères et sœurs, c'est-à-dire tous les enfants que sa mère a mis au monde, en commençant par le premier-né. Ensuite, elle a été interrogée sur l'état de survie de ses frères et sœurs, et pour ceux qui sont encore en vie, on lui a demandé leur âge actuel. Pour ceux qui sont décédés, on lui a demandé le nombre d'années écoulées depuis le décès et l'âge au décès. Dans le cas où des réponses précises aux âges ou au nombre d'années écoulées depuis le décès ne pouvaient être obtenues, les enquêtrices étaient autorisées à accepter des réponses approximatives.

Concernant les sœurs décédées à l'âge de 12 ans ou plus, des questions ont été posées aux femmes pour déterminer si le décès était en rapport avec la maternité :

- *Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est décédée ?* Si la réponse est non ou ne sait pas, la question suivante a été posée :

- *Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?* Dans le cas d'une réponse négative, on demandait alors :
- *Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?*

Ces questions sont structurées pour encourager l'enquêtée à déclarer tout décès ayant suivi une grossesse, quelle qu'en soit l'issue et, en particulier, une grossesse ayant donné lieu à un avortement provoqué, alors qu'on ne posait pas de questions directes à propos de ce type d'événement. L'ensemble de ces décès sont considérés comme étant des décès maternels.

13.3 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

L'estimation directe de la mortalité maternelle nécessite des données exactes sur le nombre de sœurs de l'enquêtée, le nombre de celles qui sont décédées et le nombre de celles dont le décès est lié à la maternité. Il n'existe pas de procédure clairement définie pour établir la complétude des données recueillies par une enquête ménage rétrospective sur la survie des sœurs. L'estimation directe requiert, en plus, des données exactes sur la survie des sœurs, des données sur l'âge et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès des sœurs — informations qui peuvent embarrasser les enquêtées ou qui demandent des précisions que les enquêtés ne connaissent pas. Le nombre de frères et sœurs déclaré par l'enquêtée, et la complétude des données déclarées sur l'âge, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès sont présentés au tableau 13.1.

Tableau 13.1 Complétude de l'information sur les frères et sœurs

Effectif des frères et sœurs déclarés par les enquêtées et complétude des données déclarées concernant l'état de survie, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès, EDSN-MICS III Niger 2006

| Frères et sœurs selon différentes variables | Soeurs | | Frères | | Ensemble | |
|---|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| | Effectif | % | Effectif | % | Effectif | % |
| Ensemble des frères et sœurs | 26 755 | 100,0 | 28 435 | 100,0 | 55 190 | 100,0 |
| Survivants | 20 276 | 75,8 | 21 369 | 75,2 | 41 645 | 75,5 |
| Décédés | 6 476 | 24,2 | 7 044 | 24,8 | 13 520 | 24,5 |
| ND/manquant | 4 | 0,0 | 21 | 0,1 | 25 | 0,0 |
| Ensemble des survivants | 20 276 | 100,0 | 21 369 | 100,0 | 41 645 | 100,0 |
| Âge déclaré | 20 201 | 99,6 | 21 284 | 99,6 | 41 485 | 99,6 |
| ND/manquant | 75 | 0,4 | 85 | 0,4 | 160 | 0,4 |
| Ensemble des décédés | 6 476 | 100,0 | 7 044 | 100,0 | 13 520 | 100,0 |
| Âge et nombre d'années déclarés | 6 379 | 98,5 | 6 914 | 98,1 | 13 293 | 98,3 |
| Âge au décès manquant | 31 | 0,5 | 36 | 0,5 | 67 | 0,5 |
| Nombre d'années manquantes | 42 | 0,7 | 39 | 0,6 | 81 | 0,6 |
| Âge et nombre d'années manquants | 22 | 0,3 | 56 | 0,8 | 79 | 0,6 |

Des données complètes ont été obtenues pour presque toutes les sœurs, quel que soit leur état de survie. Un âge a été déclaré pour la totalité des sœurs survivantes (99,6 %) ; un âge au décès ainsi que le nombre d'années écoulées depuis le décès ont été déclarés pour 98,5 % des sœurs décédées. Ces pourcentages font apparaître une bonne qualité des informations collectées sur la mortalité maternelle. Plutôt que d'exclure des analyses suivantes les frères et sœurs pour lesquels certaines données sont manquantes, on a utilisé les informations concernant le rang de naissance des frères et sœurs en

conjonction avec d'autres informations pour imputer une valeur aux données manquantes¹. Les données sur la survie des frères et sœurs, y compris les cas avec des valeurs imputées, ont été utilisées dans le calcul direct des taux de mortalité des adultes et des taux de mortalité pour cause maternelle.

Le nombre d'informations manquantes en ce qui concerne les dates n'est qu'un indicateur de la qualité d'ensemble des données. La complétude des informations de base, à savoir l'omission possible de frères ou de sœurs, est beaucoup plus importante. Le tableau 13.2 présente différents tests permettant d'évaluer cette complétude. Tout d'abord, on s'attend à ce que, en moyenne, la date de naissance des enquêtées se situe au milieu des dates de naissance de sa fratrie. Si l'année de naissance médiane des frères et sœurs est beaucoup plus tardive que celle des enquêtées, cela signifierait que les enquêtées ont systématiquement omis des frères et sœurs plus âgés, peut-être parce que certains d'entre eux étaient décédés avant qu'elles ne soient nées. De telles omissions affecteraient l'estimation de la mortalité des adultes. Dans le cas du Niger, l'année médiane de naissance des frères et sœurs est presque égale à celle des enquêtées, soit 1979² contre 1978, ce qui signifierait qu'apparemment, il n'y a pas eu de sous-déclaration importante des frères et sœurs par les enquêtées. Du point de vue de la mesure de la mortalité maternelle, que tous les frères et sœurs soient déclarés ou non n'est pas le plus important. Par contre, il est crucial que les données soient aussi complètes que possible sur les sujets soumis au risque de mortalité maternelle, à savoir les sœurs en âge de procréation.

Deux autres tests, le rapport de masculinité à la naissance et la taille moyenne de la fratrie, peuvent être utilisés pour évaluer la complétude de l'enregistrement des frères et sœurs. Les résultats figurent au tableau 13.2. Pour l'ensemble des frères et sœurs, le rapport de masculinité à la naissance est de 106 hommes pour 100 femmes, ce qui correspond à ce qui est généralement

Tableau 13.2 Indicateurs de la qualité des données sur les frères et sœurs

Répartition (en %) des enquêtées et des frères et sœurs selon l'année de naissance, l'année de naissance médiane, le rapport de masculinité à la naissance et l'évolution de la taille moyenne de la fratrie selon l'année de naissance de l'enquêtée, EDSN-MICS III Niger 2006

| Année de naissance | Répartition en % | |
|--------------------|------------------|------------------|
| | Enquêtées | Frères/ sœurs |
| Avant 1955 | 0,0 | 2,5 |
| 1955-59 | 2,7 | 4,0 |
| 1960-64 | 8,2 | 6,7 |
| 1965-69 | 11,7 | 10,2 |
| 1970-74 | 12,9 | 12,4 |
| 1975-79 | 17,9 | 15,1 |
| 1980-84 | 20,2 | 15,3 |
| 1985 ou plus tard | 26,3 | 33,8 |
| Total | 100,0 | 100,0 |
| Intervalle | 1956 -1991 | 1929 -2006 |
| Médiane | 1978 | 1979 |
| Effectif | 9 223 | 55 171 |

| Année de naissance de l'enquêtée | Taille moyenne de la fratrie | Rapport de masculinité |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------|
| 1955-59 | 6,7 | 105,5 |
| 1960-64 | 6,6 | 106,3 |
| 1965-69 | 6,7 | 105,8 |
| 1970-74 | 6,9 | 109,0 |
| 1975-79 | 7,2 | 104,7 |
| 1980-84 | 7,0 | 102,3 |
| 1985-91 | 7,2 | 109,5 |
| Ensemble | 7,0 | 106,3 |

¹ L'imputation est basée sur l'hypothèse selon laquelle l'ordre des frères et sœurs est correct. Premièrement, on a calculé une date de naissance pour chaque frère et sœur survivant dont on connaît l'âge, et pour chaque frère et sœur décédés pour lesquels on avait des informations complètes sur l'âge au décès et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour les frères et sœurs pour lesquels ces données sont manquantes, on a imputé une date de naissance à l'intérieur de l'intervalle délimité par les dates de naissances des frères et sœurs « encadrants ». Pour les frères et sœurs survivants, on a calculé un âge à partir de la date de naissance imputée. Dans le cas de frères et sœurs décédés, si l'on disposait soit de l'âge au décès, soit du nombre d'années écoulées depuis le décès, cette information a été combinée avec la date de naissance attribuée pour fournir l'information manquante. Si aucune des deux informations n'était disponible, la distribution de l'âge au décès des frères et sœurs dont on connaissait seulement l'âge au décès mais pas le nombre d'années écoulées depuis le décès a été utilisée comme base pour l'imputation de l'âge au décès.

² On notera que la distribution des années de naissance des frères et sœurs ne suit pas celle des enquêtées : alors que les années de naissance des enquêtées se répartissent sur 35 ans (1956-1991), celle des frères et sœurs portent sur 76 ans (1929-2006).

observé puisque le rapport de masculinité à la naissance ne varie qu'assez peu autour de 105 hommes pour 100 femmes, quelles que soient les populations. En outre, le rapport de masculinité à la naissance varie peu selon l'année de naissance de l'enquêtée, de 102 à 110. Compte tenu de la variabilité bien connue du rapport de masculinité dans les petits échantillons, aucune tendance importante au sous-enregistrement n'apparaît dans la déclaration des sœurs.

L'évolution de la taille de la fratrie selon l'année de naissance de l'enquêtée fait apparaître une taille moyenne qui augmente légèrement des générations les plus anciennes aux plus récentes passant d'un minimum de 6,6 pour les années 1960-1964 à un maximum de 7,2 pour les années 1975-1979. Cette légère augmentation est en contradiction avec ce que l'on sait des tendances de la fécondité au Niger, la fécondité étant restée assez stable ou ayant légèrement diminué au cours du temps. Ce résultat semble indiquer de possibles omissions des frères et sœurs les plus âgés, ce qui peut avoir pour conséquence une légère sous-estimation de la mortalité passée.

Il convient toutefois de relever qu'avec ce type de données, il peut se poser un autre problème : celui de l'attraction pour certaines valeurs préférentielles, valeurs utilisées par les enquêtées qui ne connaissent pas avec précision l'âge exact au décès et/ou le nombre exact d'années écoulées depuis le décès, mais qui peuvent en fournir une estimation.

En ce qui concerne les estimations des taux de mortalité générale et de mortalité maternelle, une période de 10 années (c'est-à-dire 0-9 années avant l'enquête) a été retenue. Cette période de référence de 10 ans a été retenue afin de pouvoir obtenir une estimation du niveau de mortalité maternelle le plus récent possible, tout en disposant d'un nombre suffisant de cas de décès maternels (qui restent, malgré tout, relativement rares) pour réduire au maximum les erreurs de sondage et obtenir une estimation fiable.

13.4 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ ADULTE

Les estimations par âge de la mortalité masculine et féminine pour la période de 1996-2006, calculées selon la procédure directe d'après les déclarations sur la survie, sont présentées au tableau 13.3. Le nombre de décès de frères et sœurs survenus pendant la période de référence aux âges de 15 à 49 ans est relativement important (565 décès de sœurs et 479 décès de frères). Par contre, les décès de frères et sœurs dans les différents groupes d'âges sont en nombre limité : les taux par âge, basés sur des événements relativement peu nombreux, sont, de ce fait, sujets à de fortes variations d'échantillonnage.

On observe normalement une augmentation régulière des taux de mortalité avec l'âge, les taux aux âges les plus élevés (45-49 ans) étant, selon le sexe et le niveau global de mortalité, trois à cinq fois plus élevés que les taux aux âges les plus jeunes (15-19 ans). Pour les femmes, les taux estimés présentent peu de variations entre 15 et 29 ans (entre 3,2 ‰ et 3,9 ‰), puis augmentent légèrement pour atteindre un maximum à 40-44 ans (5,8 ‰) (graphique 13.1). Le facteur d'augmentation du taux de mortalité entre les jeunes âges et les âges élevés n'atteint pas deux, ce qui indiquerait un sous-enregistrement de la mortalité adulte pour les âges les plus élevés, en particulier à partir de 35 ans.

Tableau 13.3 Estimation de la mortalité adulte par âge

Estimation directe de la mortalité par âge à partir des données concernant l'état de survie des frères et sœurs des femmes enquêtées, par sexe, EDSN-MICS III Niger 2006

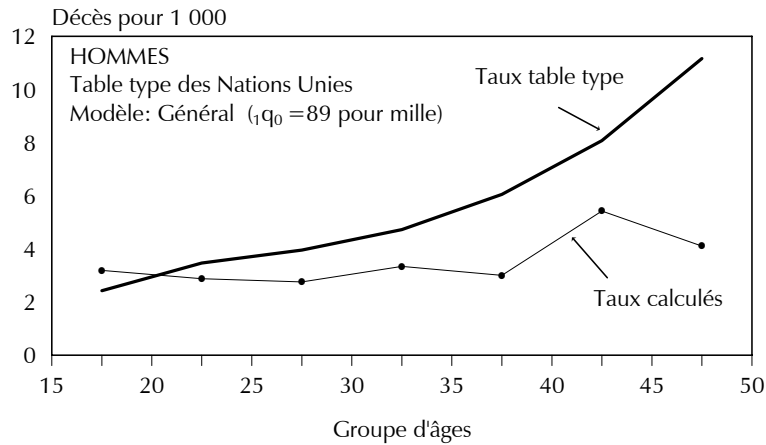
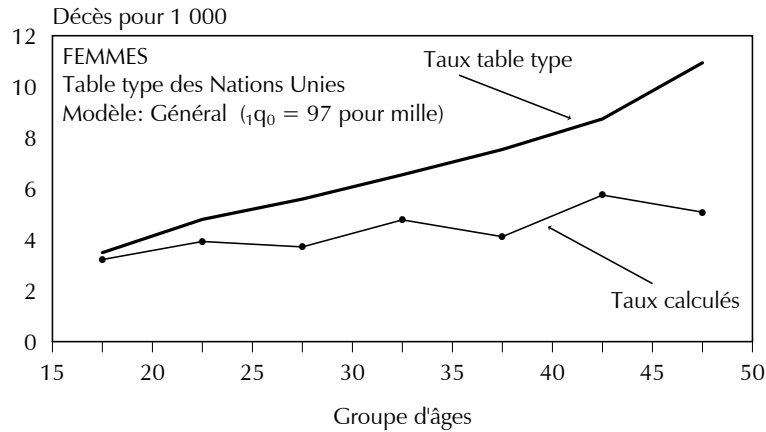
| Groupe d'âges | Taux estimés pour 1996-2006 (0-9 ans avant l'enquête) | | | Table type hypothétique des Nations Unies ¹ |
|---------------|--|------------------------|-------------|--|
| | Décès | Années d'exposition | Taux (‰) | Taux (‰) |
| SEXE FÉMININ | | | | |
| 15-19 | 101 | 31 481 | 3,219 | 3,49 |
| 20-24 | 123 | 31 205 | 3,927 | 4,80 |
| 25-29 | 102 | 27 301 | 3,723 | 5,59 |
| 30-34 | 103 | 21 568 | 4,779 | 6,55 |
| 35-39 | 63 | 14 884 | 4,212 | 7,54 |
| 40-44 | 51 | 8 932 | 5,754 | 8,74 |
| 45-49 | 22 | 4 426 | 5,082 | 10,94 |
| 15-49 | 565 | 139 796 | 4,043 | - |
| SEXE MASCULIN | | | | |
| 15-19 | 101 | 31 641 | 3,192 | 2,43 |
| 20-24 | 94 | 32 795 | 2,875 | 3,47 |
| 25-29 | 81 | 29 363 | 2,760 | 3,96 |
| 30-34 | 79 | 23 582 | 3,344 | 4,73 |
| 35-39 | 50 | 16 595 | 3,006 | 6,05 |
| 40-44 | 54 | 9 979 | 5,431 | 8,08 |
| 45-49 | 20 | 4 883 | 4,110 | 11,17 |
| 15-49 | 479 | 148 839 | 3,221 | - |

¹ Les taux de mortalité proviennent des Tables Types de Mortalité des Nations Unies, Schéma Général, sous l'hypothèse d'une mortalité infantile de 97 ‰ pour les femmes et de 89 ‰ pour les hommes pour la période de 10 années ayant précédé l'enquête.

Pour les hommes, les taux de mortalité présentent la même tendance : les taux estimés présentent peu de variations entre 15 et 39 ans (entre 2,8 ‰ et 3,3 ‰), puis augmentent pour atteindre un maximum à 40-44 ans (5,4 ‰) aux âges élevés, en particulier à partir de 35 ans. Le facteur d'augmentation de taux de mortalité entre les jeunes âges et les âges élevés est inférieur à celui observé chez les femmes et indique un sous-enregistrement de la mortalité adulte pour les âges les plus élevés, en particulier à partir de 40 ans.

Le taux de mortalité générale pour le groupe d'âges 15-49 ans de femmes était estimé par l'EDSN-1992 à 4,7 ‰ pour la période 1979-1992. D'après EDSN-MICS III 2006, il serait de 4,0 ‰ pour la période 1996-2006. Chez les hommes de 15-49 ans, ce taux serait passé de 4,3 ‰ pour la période 1979-1992 à 3,2 ‰ pour la période 1996-2006. Cette baisse apparente du niveau global de mortalité pour les 15-49 ans serait donc en réalité la conséquence d'une sous-estimation de la mortalité par âge principalement chez les femmes de 35 ans et plus et les hommes de 40 ans et plus.

Graphique 13.1 Taux de mortalité par groupe d'âges pour la période 0-9 ans avant l'EDSN-MICS III et taux des tables types de mortalité



En l'absence de données exactes sur la mortalité au Niger, on a effectué une autre évaluation en comparant les taux estimés à une série de taux directs et extrapolés provenant des tables-types de mortalité des Nations Unies (Nations Unies, 1982). Les niveaux de mortalité par âge obtenus à partir des tables-types de mortalité sont présentés au tableau 13.3. Parmi les tables types des Nations Unies, celles correspondant au modèle de mortalité schéma Général ont été retenues parce que ce sont celles qui se rapprochent le plus du niveau de mortalité infantile au Niger. Les taux ont été sélectionnés à un niveau de mortalité correspondant approximativement à un niveau de mortalité infantile de 97 ‰ pour les femmes et de 89 ‰ pour les hommes pour la période de 10 ans précédant l'EDSN-MICS III.

Pour les femmes comme pour les hommes, les résultats du tableau 13.3 font apparaître que les taux estimés et ceux des tables types sont assez voisins aux jeunes âges. Par contre, les taux estimés sont très inférieurs à ceux des tables types, à partir de 35 ans pour les femmes et de 40 ans pour les hommes. Ce qui semble confirmer ce qui a été mentionné précédemment, à savoir une sous-estimation de la mortalité des femmes et des hommes de 15-49 ans aux groupes d'âges les plus élevés.

13.5 ESTIMATIONS DIRECTES DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

Les résultats de l'estimation directe de la mortalité maternelle, obtenue à partir des déclarations sur la survie des sœurs, sont présentés au tableau 13.4. Le nombre total de décès maternels est estimé à 224 pour la période de 0-9 ans avant l'enquête. La tendance à la hausse des taux par âge est irrégulière. Etant donné le nombre relativement peu important d'événements, la méthode retenue est l'estimation d'un taux unique correspondant aux âges de procréation. L'estimation d'ensemble de la mortalité pour cause maternelle, exprimée pour 1 000 femmes-années d'exposition, est égale à 1,6 ‰ pour la période 1996-2006. Cette estimation est inférieure à celle obtenue lors de l'EDSN de 1992 (1,8 ‰ pour la période 1979-1992).

Les taux de mortalité par cause maternelle peuvent être convertis en taux de mortalité maternelle, exprimés pour 100 000 naissances vivantes, en les divisant par le taux global de fécondité générale pour la période donnée (tableau 13.4). Exprimé de cette manière, on met davantage en relief le risque obstétrical de la grossesse et de la maternité. Le taux de mortalité maternelle est de 648 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période 0-9 ans avant l'enquête. Ainsi, le niveau de la mortalité maternelle n'aurait pratiquement pas changé depuis 1992, date à laquelle l'EDSN l'avait estimé à 652 pour 100 000 pour la période 1979-1992.

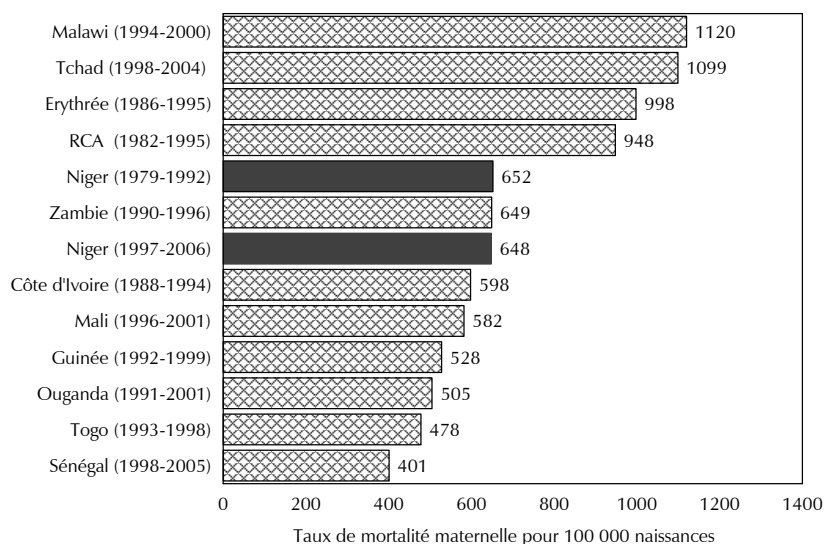
| Tableau 13.4 Estimation directe de la mortalité maternelle | | | | |
|--|-----------------|---------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Estimation directe de la mortalité maternelle à partir des données concernant l'état de survie des sœurs des femmes enquêtées pour la période 0-9 ans avant l'enquête, EDSN-MICS III Niger 2006 | | | | |
| Groupe d'âges | Décès maternels | Années d'exposition | Taux pour cause maternelle (‰) | Proportion de décès maternels |
| 15-19 | 36 | 31 481 | 1,135 | 0,357 |
| 20-24 | 50 | 31 205 | 1,596 | 0,450 |
| 25-29 | 43 | 27 300 | 1,576 | 0,482 |
| 30-34 | 42 | 21 568 | 1,967 | 0,362 |
| 35-39 | 26 | 14 884 | 1,717 | 0,379 |
| 40-44 | 22 | 8 932 | 2,419 | 0,428 |
| 45-49 | 6 | 4 426 | 1,399 | 0,349 |
| 15-49 | 224 | 139 796 | 1,605 | 0,399 |
| Taux Global de Fécondité Générale (TGFG ‰) = 248 ^a | | | | |
| Taux de mortalité maternelle (TMM) ¹ = 648 | | | | |
| Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV) ² = 0,05 | | | | |
| ^a Taux standardisés par âge | | | | |
| ¹ Pour 100 000 naissances. Calculé comme suit : (Taux pour cause maternelle 15-49 ans)/TGFG. | | | | |
| ² Par femme. Calculé à partir de la formule suivante : $(1-RDV) = (1-TMM/100\ 000)^{ISF}$, où l'ISF est l'indice synthétique de fécondité de la période 0-9 ans avant l'enquête, estimé à 7,9 enfants par femme. | | | | |

Un autre indicateur, le risque de mortalité maternelle sur la durée de vie³ (RDV), est calculé à partir du taux de mortalité maternelle (tableau 13.4). Cet indicateur exprime le risque pour une femme de décéder par cause maternelle durant les âges de procréation. Ce risque est estimé à 0,05 pour la période 1996-2006. Autrement dit, aujourd’hui au Niger, une femme court un risque de 1 sur 20 de décéder par cause maternelle pendant les âges de procréation. Ce risque est le même que celui qui avait été estimé en 1992.

Les proportions de décès imputables aux causes maternelles (tableau 13.4), par groupe d’âges, pour la période 1996-2006, laissent apparaître de fortes variations qui atteignent des niveaux maximum à 20-29 ans où près de la moitié des décès de femmes de ce groupe d’âges seraient dus à des causes maternelles (45 % pour le groupe d’âge 20-24 ans et 48 % pour le groupe d’âges 25-29 ans). À la différence des autres mesures de la mortalité présentées précédemment, ces proportions ne peuvent être affectées par des sous-déclarations dans la mesure où l’on peut supposer que les sous-déclarations éventuelles n’affectent pas davantage les décès par cause maternelle que les autres décès. Ainsi, pour l’ensemble des décès de femmes en âge de procréation (15-49 ans), quatre décès sur dix (40 %) seraient dus à des causes maternelles.

Les taux de mortalité maternelle estimés selon la même méthodologie lors des enquêtes EDS menées dans d’autres pays africains sont présentés au graphique 13.2.

Graphique 13.2 Mortalité maternelle au Niger et en Afrique subsaharienne



³ La formule de calcul de cette probabilité figure en note du tableau 13.4.

Malgré l'amélioration des soins prénatals au cours des cinq dernières années, la mortalité maternelle reste élevée au Niger, comme dans le reste des pays de la région, avec des taux se situant dans leur majorité entre 600 et 1 000 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Les résultats de l'EDSN-MICS III suggèrent que le comportement procréateur continue à constituer un risque important de mortalité dans un pays où la fécondité reste encore très élevée. La fécondité précoce, les grossesses rapprochées, le manque de soins prénatals et l'absence d'assistance à l'accouchement sont autant de facteurs qui font courir aux femmes des risques élevés de décès lors de l'accouchement.

A cet égard, au Niger, comme dans les autres pays de l'Afrique au Sud du Sahara, pour parvenir à une réduction de la mortalité maternelle, des efforts devraient être entrepris principalement dans deux domaines : i) la disponibilité des soins prénatals et la possibilité d'accoucher dans les établissements sanitaires, surtout en zone rurale, et ii) l'éducation des femmes, des familles et des agents de santé pour détecter les grossesses à hauts risques et, en particulier, les accouchements de femmes très jeunes. En outre, des programmes éducatifs devraient insister sur le fait que les femmes enceintes à risque doivent être conduites dans des établissements équipés pour prendre en charge les cas d'accouchement avec complications.