

# Santé et Pauvreté au Niger

Ibrahim Issa BAARE, *Spécialiste en Santé Publique, Promotion et Education pour la Santé, Consultant national* ([ibaares@yahoo.fr](mailto:ibaares@yahoo.fr))

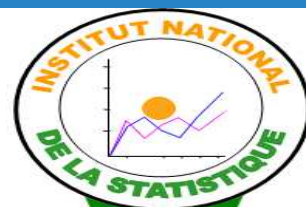
Ali Madaï BOUKAR, *Ingénieur Statisticien Economiste, Institut National de la Statistique INS Niger* ([amadai@ins.ne](mailto:amadai@ins.ne))

Sous la direction de M. Abdou ABDALLAH,  
*Consultant international (BCEOM, [a.abdou@wanadoo.fr](mailto:a.abdou@wanadoo.fr))*



Avec le soutien de  
l'Union Européenne

Décembre 2006



INS - NIGER

REPUBLIQUE DU NIGER  
MINISTRE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

**Etablissement Public à caractère Administratif**

Direction Générale : 182, Rue de la SIRBA BP : 13 416 Niamey - Niger

Téléphone : (227) 20 72 35 60 - Fax : (227) 20 72 21 74 Email : [ins@ins.ne](mailto:ins@ins.ne) NIF : 9617/R

<http://www.ins.ne>, <http://www.stat-niger.org>

## **RESUME EXECUTIF**

*Depuis 2002, le Niger a adopté et mis en œuvre une Stratégie nationale de Réduction de la Pauvreté (SRP) qui est désormais le cadre unique de référence en matière de politique de développement économique et social de la Nation. Par ailleurs, le pays à l'instar des autres nations de la planète a souscrit aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dont trois des huit axes portent spécifiquement sur la santé, ce qui indique si besoin est, le rôle crucial que joue la dimension sociale dans la lutte contre la pauvreté. La santé bénéficie dans la SRP du Niger, d'un rang très élevé sur l'échelle des priorités nationales. Mais force est de constater qu'après 5 années de mise en œuvre de cette stratégie, la santé des pauvres demeure encore très précaire et ceux-ci continuent à payer un lourd tribut face aux maladies et à la malnutrition comme le confirment les résultats issus de la présente étude obtenus à partir de l'analyse approfondie des données du Questionnaire Unique des Indicateurs de Base du Bien Etre (QUIBB) recueillies à partir d'un échantillon représentatif du pays en 2005.*

*Dans cette catégorie des ménages pauvres, le taux de morbidité obtenu à partir de l'incidence de la maladie ou de la blessure, les 4 dernières semaines ayant précédé l'enquête, est en général assez élevé de l'ordre de 9,2%. La maladie ou la blessure sont plus présentes chez les pauvres qui résident en zone rurale (9,5%), que ceux des autres villes (7,7%) et ceux de Niamey (5,1%). Cela témoigne de l'influence du milieu de résidence sur le niveau de morbidité. Le paludisme, la diarrhée, les infections respiratoires aiguës et autres maladies évitables constituent l'essentiel des pathologies mises en causes. Ces affections sévissent également plus fréquemment chez les enfants des pauvres que des non pauvres surtout si la pauvreté perdure.*

*En matière de santé de la reproduction, le taux de prévalence contraceptive est encore très bas, influencé par une fécondité voulue très élevée puisqu'une grande majorité des femmes ne pratique pas la contraception parce que celles-ci veulent encore avoir un enfant.*

*En ce qui concerne la santé des enfants, elle est dominée par le spectre de la malnutrition, de la diarrhée et le paludisme dans la tranche des moins de 5 ans qui frappent là aussi les enfants issus des ménages pauvres et plus particulièrement ceux du milieu rural. Les enfants de mère handicapée, très jeune ou très âgée ont plus de chance d'être victimes de la malnutrition. Il a été remarqué d'autre part des zones de prédilection de la malnutrition.*

*La précarité de l'état de santé des pauvres est une conjonction des facteurs qui leur sont défavorables. Ce sont l'accès limité aux soins de santé et aux dispositifs de protection sociale et autres services sociaux de base comme l'éducation dont les principaux obstacles à l'accès sont d'abord la pauvreté monétaire et la distance.*

*En terme de genre, des inégalités en défaveur des femmes existent dans la répartition des revenus, l'accessibilité des services de santé et la distribution de la morbidité. Les ménages ayant à leur tête une femme figurent parmi les plus vulnérables du point de vue risque sanitaire.*

*Par ailleurs, cette étude a révélé que les caractéristiques de l'habitat influencent significativement la morbidité dans la mesure où, les occupants des constructions dont les matériaux de la toiture ou des murs dominants sont entre autres le banco, la tôle, le bois, la paille, donc précaires ; sont globalement plus exposés à la maladie.*

*En plus des problèmes ci-dessus mentionnés, la qualité de l'environnement dans lequel vivent les pauvres influe directement sur leur état de santé. Les pauvres habitent dans la plupart des cas dans les quartiers marginalisés des villes, dans des villages où les possibilités d'accès à une eau salubre et de raccordement aux réseaux d'assainissement sont limitées et où ils sont exposés à une pollution atmosphérique à l'intérieur comme à l'extérieur de leur logement. Rendre accessibles les services de santé de qualité à un coût abordable ne suffit cependant pas, en soi, à améliorer l'état de santé des pauvres. La santé des pauvres dépend essentiellement de facteurs exogènes au secteur de la santé.*

*Il est donc important de commencer par la mise en oeuvre des politiques de réduction de la pauvreté conjointement avec des politiques sectorielles en éducation, sécurité alimentaire, accès à une eau salubre, assainissement et énergie en plus de la politique de santé axée sur les besoins essentiels des pauvres.*

# Table des matières

<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>I</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES GRAPHIQUES.....</b>	<b>V</b>
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS .....</b>	<b>VI</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I. : EVOLUTION SOCIO-ECONOMIQUE ET DE LA POLITIQUE SANITAIRE AU NIGER .....</b>	<b>3</b>
1.1. Evolution socio-économique du Niger.....	3
1.2. Evolution de la politique sanitaire.....	4
1.2.1. Evolution de la politique sanitaire de l'indépendance à l'an 2002 .....	4
1.2.2. Bref aperçu de la politique sanitaire et du plan national de développement sanitaire .....	4
<b>CHAPITRE II. : PROFIL SANITAIRE GENERAL.....</b>	<b>8</b>
2.1. Morbidité, mortalité et handicap .....	8
2.1.1. Morbidité .....	8
2.1.2. Mortalité .....	11
2.1.3. Handicap et incapacités (RGP/H ,2001) .....	12
2.2. Facteurs influençant la santé au Niger .....	12
2.2.1. Facteurs socio-démographiques et culturels .....	12
2.2.2. Facteurs socioéconomiques.....	14
2.2.3. Facteurs politiques et institutionnels .....	14
2.2.4. Facteurs environnementaux.....	15
2.2.5. Facteurs biologiques .....	15
2.3. Ressources du secteur .....	15
2.3.1. Infrastructures sanitaires.....	15
2.3.2. Ressources humaines .....	16
2.3.3. Ressources financières.....	18
<b>CHAPITRE III. : ENVIRONNEMENT SANITAIRE ET CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DES MENAGES .....</b>	<b>21</b>
3.1 Cadre de vie des ménages selon le milieu de résidence .....	21
3.1.1. Milieu rural.....	21
3.1.2. Milieu urbain .....	24
<b>CHAPITRE IV. : ETAT DE SANTE DES PAUVRES.....</b>	<b>27</b>
4.1. Morbidité générale.....	27
4.2. Influence du mode d'approvisionnement en eau sur la morbidité .....	29

<b>4.3. Influence de l'évacuation des excréta sur la morbidité.....</b>	<b>30</b>
<b>4.4. Influence de la pauvreté monétaire sur le taux de morbidité.....</b>	<b>31</b>
<b>4.5. Influence des autres facteurs sociodémographiques et environnementaux sur la morbidité....</b>	<b>32</b>
4.5.1. <i>Genre et morbidité.....</i>	32
4.5.2. <i>Influence du milieu de résidence sur la morbidité.....</i>	33
4.5.3. <i>Influence de l'emploi sur la morbidité.....</i>	33
4.5.4. <i>Influence du logement sur la morbidité (caractéristiques du logement et morbidité).....</i>	34
4.5.5. <i>Influence du niveau d'instruction sur la morbidité.....</i>	35
4.5.6. <i>Etat de Handicap dans les ménages (chefs de ménage).....</i>	37
4.5.7. <i>Statut sanitaire et nutritionnel des enfants issus des ménages pauvres.....</i>	38
<b>CHAPITRE V: ACCES DES PAUVRES AUX SERVICES DE BASE.....</b>	<b>44</b>
<b>5.1. Couverture vaccinale.....</b>	<b>44</b>
<b>5.2. Utilisation des services de consultation.....</b>	<b>44</b>
<b>5.3. Consultation par type de services.....</b>	<b>45</b>
<b>5.4. Utilisation des soins préventifs en matière de santé de la reproduction.....</b>	<b>46</b>
5.4.1 <i>Assistance avant le dernier accouchement selon le personnel.....</i>	46
5.4.2 <i>Utilisation de la contraception.....</i>	47
5.4.3 <i>Raisons de non utilisation de la contraception moderne par la femme ou son conjoint.....</i>	48
<b>5.5 Facteurs de vulnérabilité sanitaire.....</b>	<b>51</b>
5.5.1 <i>Analyse descriptive de la vulnérabilité.....</i>	51
5.5.2 <i>Résultats de la régression logistique d'explication de la morbidité.....</i>	51
<b>CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>54</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>54</b>
<b>Recommandations.....</b>	<b>55</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>57</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>58</b>
<b>Annexe 1. Termes de Référence de l'étude.....</b>	<b>58</b>
<b>Annexe 2. Résultats des analyses explicatives de la morbidité.....</b>	<b>60</b>

## **Liste des tableaux**

<i>Tableau n°1: evolution des principaux indicateurs de sante au niger</i> .....	11
<i>Tableau n°2 : situation des infrastructures sanitaires</i> .....	16
<i>Tableau n°3 : population et infrastructures sanitaires publiques par region</i> .....	16
<i>Tableau n°4: ratio personnel de sante y compris les contractuels / population par region en 2005</i> .....	17
<i>Tableau n°5 : evolution de la part du budget de la sante dans le budget national</i>	18
<i>Tableau n°7: repartition de la depense nationale de sante par source de financement</i> .....	19
<i>Tableau n°8 : repartition (%) des menages par milieu, region de residence et la principale activite de l'employeur principal du chef de menage selon le type de materiau du toit</i> .....	22
<i>Tableau n°9: repartition des menages selon le materiau de toit et du mur de la maison en milieu rural</i> .....	22
<i>Tableau n°10: distribution des repondants par type de toilette</i> .....	23
<i>Tableau n°11: repartition des menages selon le mode d'approvisionnement en eau en milieu rural</i> .....	24
<i>Tableau n°12: repartition des menages selon le materiau de toit de la maison en milieu urbain</i> .....	24
<i>Tableau 13: repartition des menages selon le materiau des murs de la maison et la residence principale</i> .....	25
<i>Tableau n 14: repartition des menages selon le type de toilette et la residence principale</i> .....	26
<i>Tableau n°15: repartition des menages selon le mode d'approvisionnement en eau en milieu urbain</i> .....	26
<i>Tableau n°16: taux de morbidite generale selon la residence principale et le statut de pauvrete</i> .....	28
<i>Tableau n°17: incidence des types de maladies chez les pauvres selon les regions</i> .....	28

<b>Tableau n°18 : repartition des handicapes physiques ou mentaux selon la residence et le niveau de vie.....</b>	<b>29</b>
<b>Tableau n° 19: taux de morbidite selon le mode d’approvisionnement en eau et selon la residence principale.....</b>	<b>29</b>
<b>Tableau n°20 : taux de morbidite selon le mode d’approvisionnement en eau.....</b>	<b>30</b>
<b>Tableau n°21. Taux de morbidite lie au type de toilette selon le statut de pauvrete et selon la residence principale.....</b>	<b>31</b>
<b>Tableau n°22. Taux de morbidite lie a la residence principale et le statut de pauvrete.....</b>	<b>31</b>
<b>Tableau n°23 : morbidite liee au type d’habitat selon la residence principale et le statut de pauvrete.....</b>	<b>35</b>
<b>Tableau n°24 : morbidite liee au niveau d’instruction de l’individu selon la residence principale et le statut de pauvrete.....</b>	<b>37</b>
<b>Tableau n°25 : repartition des chefs de menage selon l’etat de handicap, le statut de pauvrete et la residence principale.....</b>	<b>38</b>
<b>Tableau n°26: prevalence de la diarrhee chez les enfants de moins de cinq ans selon le mode d’approvisionnement en eau, le statut de pauvrete et la residence principale.....</b>	<b>39</b>
<b>Tableau n°27: prevalence de la diarrhee et du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans selon le statut de pauvrete et la residence principale.....</b>	<b>40</b>
<b>Tableau n°28: malnutrition des enfants de moins de cinq ans selon le statut de pauvrete et la residence principale.....</b>	<b>41</b>
<b>Tableau n°29 : malnutrition des enfants de moins de cinq ans selon le sexe et la residence principale.....</b>	<b>42</b>
<b>Tableau n°30: incidence des consultations par type de services, la residence principale et le statut de pauvrete.....</b>	<b>46</b>
<b>Tableau n°31: assistance avant le dernier accouchement selon le statut de pauvrete et la residence principale.....</b>	<b>47</b>
<b>Tableau n° 32: taux d’utilisation de la contraception moderne par la femme selon le statut de pauvrete et la residence principale.....</b>	<b>48</b>
<b>Tableau n°33: raison principale de non utilisation de la contraception moderne par la femme selon le statut de pauvrete et la residence principale.....</b>	<b>49</b>

## **Liste des graphiques**

**GRAPHIQUES 1 ET 2 : TAUX DE MORBIDITE SELON LE SEXE, LE STATUT DE PAUVRETE ET LA RESIDENCE PRINCIPALE..... 32**

**GRAPHIQUE 3 : TAUX DE MORBIDITE SELON LE GROUPE SOCIOECONOMIQUE ..... 34**

**GRAPHIQUE 4 : MORBIDITE SELON L'ETAT DE HANDICAP DU CHEF DE MENAGE, LE STATUT DE PAUVRETE ET LA RESIDENCE PRINCIPALE ..... 38**



## **Sigles et abréviations**

**CDMT** : Cadre de Dépenses à Moyen Terme  
**CSI** : Centre de Santé Intégré  
**COTEAR** : Comité Technique de l'Arrondissement ;  
**COTECOM** : Comité Technique Communal ;  
**COTEDEP** : Comité Technique Départemental ;  
**DOS** : Direction de l'Organisation des soins ;  
**ENSP** : Ecole Nationale de Santé Publique ;  
**EPA** : Etablissement Public à caractère Administratif ;  
**EDSN-MICS3** : Troisième Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Niger de 2006-11-27  
**FED** : Fonds Européen du Développement  
**HNL** : Hôpital National Lamordé ;  
**HNN** : Hôpital National de Niamey ;  
**INS** : Institut National de la Statistique  
**IRA** : Infections Respiratoires Aiguës  
**IST** : Infections Sexuellement Transmissibles  
**IDH** : Indice de développement humain ;  
**ISP** : Institut de Santé Publique ;  
**JNV Polio** : Journées Nationales de Vaccination contre la poliomyélite  
**MSP/LCE** : Ministère de la Santé Publique et de Lutte contre les Endémies  
**MDO** : Maladie à Déclaration Obligatoire ;  
**MICS** : Enquête à Indicateurs Multiples ;  
**ME/F** : Ministère de l'Economie et des Finances  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement  
**PNDS** : Programme National de Développement Sanitaire  
**ONG** : Organisation Non Gouvernementale ;  
**PANA** : Panafrican News Agencies/Agence Panafricaine d'Information  
**PTF** : Partenaires Techniques et Financiers  
**PIB** : Produit Intérieur Brut  
**QUIBB** : Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien Etre  
**RGP** : Recensement Général de la Population ;  
**RGPH** : Recensement Général de la Population et de l'Habitat  
**SIDA** : Syndrome de l'immunodéficience Acquise ;  
**SNIS** : Système National d'Informations Sanitaires  
**SRP** : Stratégie de Réduction de la Pauvreté  
**SSN** : Système Statistique National  
**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

## **Introduction**

L'investissement dans la santé est de plus en plus reconnu comme un vecteur important (bien que jusqu'ici négligé) de développement économique. Ainsi pour la Commission Macroéconomie et Santé (CMS) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une sensible amélioration de leur situation sanitaire est un préalable indispensable pour permettre aux pays en développement de rompre le cycle de la pauvreté. La bonne santé de la population facilite le développement par le jeu de divers mécanismes, en partie Interdépendants mais dont les effets se cumulent.

Le Niger classé parmi les derniers depuis 1990, en termes d'Indice de Développement Humain (IDH), dans les rapports mondiaux, est l'un des pays de la planète, les plus confrontés aux défis imposés par la pauvreté de leurs populations.

Combattre la pauvreté qui a de graves répercussions sur notamment la santé de la population devient dès lors un objectif ultime à atteindre par le gouvernement et ses partenaires au développement. C'est pourquoi notre pays a adhéré pleinement aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qui envisagent singulièrement une réduction de la pauvreté de moitié, à l'horizon 2015.

Sur les huit objectifs des OMD, trois se rapportent à la santé parce que celle-ci est essentielle pour le développement humain en général et pour la réduction de la pauvreté en particulier, il s'agit de : faire baisser de deux tiers (2/3) la mortalité infantile, réduire de trois quarts (3/4), la mortalité maternelle et arrêter la propagation du VIH/sida, du paludisme et de la tuberculose.

Conformément à son engagement, le Gouvernement, avec le soutien de ses partenaires a adopté et mis en œuvre depuis 2002, une Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) qui prône entre autres de garantir l'accès des pauvres aux services sociaux de base dont les services de santé avec comme axe stratégique majeur, l'amélioration des conditions de santé des couches les plus vulnérables.

L'analyse diagnostique a mis en évidence une pauvreté généralisée et une santé précaire de la population pauvre notamment des zones rurales. Pourtant, la santé est capitale surtout chez les pauvres où elle est la clé de leur survie. En effet Lorsqu'une personne pauvre ou appartenant à une catégorie socialement vulnérable tombe malade ou se blesse, la famille entière risque de se trouver piégée dans un cercle vicieux de paupérisation face au coût élevé des soins médicaux. S'enclenche alors un processus en cascade qui peut conduire certains membres de la famille à consacrer moins de temps à leurs activités rémunératrices ou à s'absenter de l'école pour prodiguer des soins aux malades, ce qui peut aller jusqu'à obliger à vendre les actifs pour pouvoir assurer la subsistance de la famille.

Centrer l'action sur les politiques sectorielles susceptibles d'améliorer la santé des pauvres est donc un impératif pour les pays en général et pour le Niger en particulier mais cela nécessite une analyse lucide de la situation afin d'apporter des réponses appropriées et bien ciblées.

Pour parvenir à améliorer la santé des pauvres, il faut adopter une démarche résolument axée sur les plus démunis.

La présente étude menée avec l'appui financier de l'Union Européenne vise à mettre à la disposition de l'INS des documents d'analyse portant sur des thèmes variés permettant de valoriser les données de l'enquête QUIBB réalisée en 2005. Plus spécifiquement, elle permettra de fournir des indicateurs supplémentaires pertinents dans le domaine de la santé en vue d'une meilleure connaissance de la relation « santé et pauvreté » dans le suivi des conditions de vie des ménages.

L'étude du thème « Santé et pauvreté » s'appuie d'abord sur les données issues du Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien Etre (QUIBB\_2005) ainsi que les résultats de l'analyse descriptive de la même enquête.

Ce travail de recherche s'est également inspiré des études similaires réalisées au niveau national et dans d'autres pays. Le présent rapport contient les résultats issus de cette étude. Il renferme six chapitres suivis de recommandations.

Le premier chapitre retrace l'évolution socio-économique et de la politique sanitaire avec une insistance particulière sur la politique actuellement en vigueur et le plan de développement sanitaire en cours d'exécution.

Le deuxième chapitre décrit le profil sanitaire général en terme de morbidité, de mortalité et de handicap des individus, tout en rappelant les facteurs influençant la santé au Niger.

Le troisième chapitre peint l'environnement sanitaire et caractéristiques socio-économiques des ménages selon le milieu de résidence.

Le quatrième traite de l'état de santé des pauvres ainsi que de l'influence de certains facteurs sociodémographiques et environnementaux sur la morbidité

Quant au chapitre V, il expose l'accès des pauvres aux services de base principalement la couverture vaccinale, l'utilisation des soins préventifs en matière de santé de la reproduction et l'utilisation des services de santé d'une part et relever les principaux facteurs déterminants de la vulnérabilité sanitaire au Niger d'autre part.

# **CHAPITRE I. : EVOLUTION SOCIO-ECONOMIQUE ET DE LA POLITIQUE SANITAIRE AU NIGER**

## **1.1. Evolution socio-économique du Niger**

De l'indépendance en 1960 à nos jours, l'évolution socio-économique du Niger a été essentiellement marquée par les aléas climatiques et les fluctuations des cours des produits d'exportation (arachide, niébé, ressources animales, uranium) qui influencent de façon cruciale la croissance de l'économie.

La période de 1960-1974 a été celle de l'économie arachidière, caractérisée par une croissance annuelle du PIB réel de 4,3% entre 1960 et 1968, ce qui a permis de réaliser les premiers efforts d'équipement du pays notamment des infrastructures sociales.

L'amélioration du régime pluviométrique mais plus encore le boom de l'uranium, contribueront à impulser de 1975 à 1981 la relance de l'économie ébranlée dans ses fondements par la sécheresse de 1973. Le PIB enregistre alors une croissance de 20%, ce qui permettra au pays d'accomplir un effort impressionnant d'équipement en infrastructures socio-sanitaires.

L'effondrement du marché de l'uranium et la mauvaise pluviométrie ralentissent l'activité économique à partir de 1982, engendrant des déséquilibres financiers aigus, qui amènent le gouvernement à engager une politique d'ajustement structurel se traduisant par entre autres une dégradation de la situation sanitaire et la détérioration du pouvoir d'achat des ménages.

Sur le plan politique, le Niger a été successivement dirigé par des gouvernements qui détenaient leur « légitimité » soit d'élections libres, soit de leur mise en place à la suite de la prise des pouvoirs par les forces armées nigériennes. Le processus de démocratisation amorcé au début des années 90 a été par deux fois interrompu par des Coups d'Etat ayant entraîné la suspension de la coopération avec plusieurs pays. Mais, à la suite de l'adoption de la Constitution du 9 août 1999, et des élections démocratiques d'octobre et novembre de la même année, la 5ème République a été favorablement accueillie par la communauté internationale et les PTF.

Au niveau administratif, la récente réorganisation relative à la décentralisation a institué des communes urbaines et rurales et des postes administratifs et transformé les Départements en Régions, les Arrondissements en Départements. Ainsi, le pays est divisé en sept (7) grandes Régions, plus la Communauté Urbaine de Niamey, qui a aussi rang de Région. Les Régions sont divisées en trente six (36) Départements. Le pays compte deux cent soixante trois (263) Communes. A la tête de chaque entité administrative est placé un responsable chargé de promouvoir les actions de développement dans son entité administrative. Il a pour tâche de mener les activités qu'il programme en collaboration avec les cadres techniques et les associations socioprofessionnelles.

## **1.2. Evolution de la politique sanitaire**

### ***1.2.1. Evolution de la politique sanitaire de l'indépendance à l'an 2002***

Au lendemain des indépendances, la politique sanitaire du Niger était axée essentiellement sur la médecine curative individuelle. Les éléments essentiels de cette politique reposaient sur la gratuité des soins. Les perspectives décennales 1965-1974 préconisaient une médecine décentralisée intégrant l'aspect curatif et préventif.

La politique du programme triennal 1974-1976 a mis l'accent sur une médecine de masse ; l'option fondamentale était une médecine globale et intégrée coordonnant les activités préventives, éducatives, curatives et promotionnelles pour toutes les communautés et visant l'autosuffisance sanitaire.

Pour renforcer cette option fondamentale, le Niger a souscrit à plusieurs déclarations régionales et internationales dont la déclaration d'Alma Ata en 1978 ou la stratégie des soins de santé primaires (SSP).

Afin d'accélérer l'application des stratégies des SSP, le Niger a aussi souscrit, depuis 1987 à l'Initiative de Bamako qui a pour but de redynamiser le système de santé en réorganisant son fonctionnement et en impliquant davantage les populations bénéficiaires dans sa gestion.

En juillet 1995 l'Etat adopte la Déclaration de Politique Sectorielle de Santé qui avait comme objectif l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des individus, des familles et des communautés. Elle impliquait le développement des activités prioritaires préventives et promotionnelles intégrées aux soins curatifs et aux actions intersectorielles coordonnées dans le cadre d'un processus gestionnaire.

En dépit des efforts consentis, au cours de la mise en œuvre de ces différentes politiques les indicateurs sanitaires sont demeurés préoccupants. Afin d'accélérer la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires et l'objectif universel de la santé pour tous au 21<sup>ème</sup> siècle, le gouvernement a adopté la Déclaration de Politique Sanitaire en mai 2002.

### ***1.2.2. Bref aperçu de la politique sanitaire et du plan national de développement sanitaire***

#### **1.2.2.1. Présentation de la politique sanitaire en vigueur**

##### **a. Orientations de la politique sanitaire**

La déclaration de la politique sanitaire adoptée en mai 2002 s'inscrit dans le cadre de la réduction de la pauvreté. La présente politique privilégie la prévention à travers les actions d'information et de sensibilisation des populations, et le renforcement de l'hygiène du milieu. L'accroissement du taux de couverture vaccinale, la réorientation des investissements en vue d'une meilleure couverture sanitaire du pays. Une attention sera accordée à la santé de la reproduction dans ses volets santé de la femme et de l'enfant et dans ses composantes nutrition, planification familiale, lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles.

## **b. Objectifs de la politique sanitaire**

- **Objectif général**

L'objectif général est d'améliorer l'état de santé de la population d'ici l'an **2011**.

- **Objectifs intermédiaires**

- Rapprocher les centres de soins de la population à travers la poursuite de la décentralisation effective des services de santé, basée sur le développement du District Sanitaire et le renforcement des centres hospitaliers de référence ;
- Accroître la couverture sanitaire de 47,6% à 80% d'ici l'an 2011 ;
- Accroître l'efficacité de la maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements biomédicaux ;
- Accroître l'efficacité du système de prévention sanitaire basée sur le renforcement de la vaccination, de l'information, de l'éducation pour la santé et de l'hygiène et l'assainissement ;
- Accroître l'efficacité et l'efficience de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières mises à la disposition des services de santé ;
- Renforcer la responsabilisation des communautés et leur capacité d'identification, de planification et de gestion des activités de santé ;
- Assurer une disponibilité et une accessibilité équitables aux soins et services à tous les niveaux du système ;
- Agir en synergie pour la mise en œuvre des politiques nationales élaborées par les secteurs connexes, en vue d'une réduction significative de la pauvreté ;
- Développer la Santé de la Reproduction en mettant l'accent sur la santé de la femme, de l'enfant, la planification familiale, la nutrition et la lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles ;
- Réduire significativement la morbidité et la mortalité dues au Paludisme, aux maladies transmissibles justiciables de prévention par la vaccination et aux maladies chroniques ;
- Contribuer à l'augmentation de l'accès à l'eau potable des populations défavorisées en développant la sensibilisation sur les interactions entre l'eau et l'hygiène sur la santé des populations et en participant au contrôle de la qualité de l'eau de boisson ;
- Développer le suivi de la croissance de l'enfant, la supplémentation en micronutriments des groupes à risque et l'allaitement maternel exclusif au sein.

- **Stratégies de développement sanitaire**

- Poursuite de la décentralisation du système de santé ;
- Accroissement de la disponibilité des ressources matérielles et la rationalisation de leur gestion ;
- Extension de la couverture sanitaire ;
- Développement de la maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements biomédicaux ;
- Développement des ressources humaines ;
- Amélioration de la qualité des soins ;
- Intensification de la lutte contre la maladie ;
- Approvisionnement, disponibilité et accessibilité des Médicaments Essentiels, des Médicaments Traditionnels Améliorés, des Dispositifs Médicaux, du Sang et de ses Dérivés ;
- promotion de la santé de la reproduction

- Développement de la participation communautaire ;
- Promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle ;
- Promotion de la Santé au Travail ;
- Développement de la recherche en santé ;
- Promotion de l'hygiène et de l'assainissement.

### **1.2.2.2. Présentation du Plan de Développement Sanitaire (PDS)**

- **Objectifs du PDS**

#### **Objectif général**

Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile en améliorant l'efficacité et la qualité du système de santé à partir des potentialités actuelles.

#### **Objectifs spécifiques**

- Augmenter l'accessibilité des populations à des soins de qualité à tous les niveaux ;
- Développer les activités de santé de la reproduction ;
- Renforcer le processus de décentralisation dans le secteur de la santé ;
- Accroître la participation de la communauté aux politiques locales de santé ;
- Renforcer les capacités de gestion et les compétences institutionnelles du MSP/LCE ;
- Pallier l'insuffisance du personnel ;
- Accroître l'efficacité et l'efficacité de la gestion des infrastructures et des ressources matérielles mise à la disposition des services de santé ;
- Accroître la disponibilité des médicaments essentiels et consommables de qualité dans les formations sanitaires.

#### **Résultats attendus par objectif**

- Augmenter l'accessibilité des populations à des soins de qualité à tous les niveaux ;
- Développer les activités de santé de la reproduction ;
- Renforcer le processus de décentralisation ;
- Accroître la participation de la communauté aux politiques locales de santé ;
- Renforcer les capacités de gestion et les compétences institutionnelles du MSP/LCE ;
- Pallier l'insuffisance de personnel ;
- Accroître l'efficacité et l'efficacité de la gestion des infrastructures et des ressources matérielles ;
- Accroître la disponibilité des médicaments essentiels et consommables de qualité dans les formations sanitaires.

### **Organisation et Gestion du Système National de Santé**

Le système de santé se subdivise en trois niveaux :

- le niveau Central ou niveau stratégique constitué par le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général et les Directions Nationales ;

- le niveau intermédiaire ou niveau d'appui technique que sont les Directions Régionales de la Santé Publique ;
- le niveau périphérique ou niveau opérationnel composé par les Districts Sanitaires (DS).

Indépendamment des structures mises en place par le Ministère de la Santé Publique, ils existaient des organes de coordination : Le COTEDEP et le COTEAR ou COTECOM.

Les organes de suivi et évaluation prévus par le PDS 1994-2000, sont :

#### Niveau National

- Comité National de santé ;
- Comité Technique National de santé.

#### Niveau régional

- Comité Technique départemental (COTEDEP);
- Comité Technique départemental de santé.

#### Niveau sous régional

- Comité Technique d'Arrondissement / Commune (COTEAR/COTECOM) ;
- Comité de Santé de District ;
- Comité de Santé de village.

Les outils de gestion mis en place sont :

- Le système national d'information sanitaire ;
- Le système de gestion financière.

En matière de gestion, les rôles et responsabilités de chaque niveau sont définis. Ceci devrait permettre l'application d'un processus gestionnaire respecté à tous les niveaux et l'intégration de la gestion des programmes et des ressources.

L'évaluation à mi-parcours du Programme d'Appui au Développement du secteur de la santé dans les zones d'intervention du Projet Santé II, faite à Agadez en mai 2000 a permis de relever de nombreux dysfonctionnements dont entre autres :

- inexistence du Comité National de santé et du Comité Technique National de santé ;
- absence de comité de santé au niveau des régions ;
- faible collaboration entre les programmes et les directions ;
- insuffisance des ressources allouées à la recherche ;
- insuffisance et/ou manque de ressources matérielles et logistiques ;
- insuffisance de crédits médicaments alloués à certaines formations sanitaires publiques ;
- difficultés dans l'harmonisation des prix des médicaments.



## **CHAPITRE II. : PROFIL SANITAIRE GENERAL**

### **2.1. Morbidité, mortalité et handicap**

#### **2.1.1. Morbidité**

Les principales pathologies pour lesquelles les nigériens consultent sont constituées en grande partie par des maladies évitables dont trois ont été identifiées comme principales causes de morbidité en 2005. Ce sont, le paludisme, les affections respiratoires (toux, rhume et pneumonie) et les maladies diarrhéiques (annuaire statistique SNIS, 2005). Leur poids à la charge de morbidité est respectivement de 24,4%, 17,16% et 8%. A elles trois, ces affections représentent la moitié (49.86%) des causes de consultations.

##### **2.1.1.1. Paludisme**

Le paludisme sévit de façon endémique avec des variations saisonnières. L'incidence est plus forte entre Juillet et Octobre, au moment de la saison des pluies. Le nombre de cas déclarés en 1998 était de 872 cas pour 1000 habitants soit une incidence de 872 pour 1000 habitants. En 2005, 817707 cas ont été notifiés par les formations sanitaires, ce qui place le paludisme au premier rang des causes de consultation. En dépit des efforts fournis, des insuffisances perdurent dans la prévention et la prise en charge des cas, tant dans la communauté que dans les services de santé.

##### **2.1.1.2. Infections Respiratoires Aiguës (IRA)**

En 2005, elles ont constitué la seconde cause de morbidité selon l'annuaire statistique du SNIS. Au sein d'une population d'enfants de moins de 3 ans, la prévalence de la pneumonie (toux et respiration rapide) est de 14,2%. Parmi les enfants présentant ces symptômes, seuls 26% sont conduits dans un établissement sanitaire ou auprès d'un endroit approprié pour recevoir un traitement<sup>1</sup>.

##### **2.1.1.3. Maladies diarrhéiques**

La prévalence de la diarrhée est très élevée au Niger. En 2000 l'enquête MICS2 a montré une prévalence de 40 %. En 1998, on avait observé pratiquement le même niveau de prévalence de la diarrhée (38 %). La prévalence de la diarrhée est particulièrement importante chez les jeunes enfants de 6-11 mois (57%) et de 12-23 mois (52%). Au-delà de ces âges, les maladies diarrhéiques continuent de toucher les enfants (46% à 24-35 mois, 31% à 36-47 mois et, enfin, 26% chez ceux de 48-59 mois). Elles touchent aussi bien les filles que les garçons (39% contre 41%).<sup>2</sup> Bien que les maladies diarrhéiques soient importantes au Niger, parmi les enfants ayant la diarrhée seulement 14% sont traités à l'aide de Sels de Réhydratation Orale (SRO)<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> EDSN 1998

<sup>2</sup> MICS 2, 2000

<sup>3</sup> MICS 2, 2000

#### **2.1.1.4. Malnutrition protéino-énergétique**

La Malnutrition Protéino-Energetique (MPE), la carence en vitamine A, les anémies liées à une carence en fer et les Troubles dus à la Carence en iode (TDCI), constituent de véritables problèmes de santé publique au Niger. Les diverses études et enquêtes ont révélé que les taux de prévalence de ces affections de carence nutritionnelle excèdent souvent les seuils de l’OMS.

Au Niger, quatre enfants sur dix (40 %) souffrent d'un retard de croissance, et 19 % présentent un retard de croissance sévère. Sur le plan de l'état nutritionnel des enfants, la situation s'est globalement améliorée. En effet, en considérant l'indicateur poids-pour-âge, qui reflète à la fois les deux formes de nutrition (chronique et conjoncturelle) par l'appréciation de l'insuffisance pondérale, il est noté que le pourcentage d'enfants malnutris qui était de 49,6%, soit près d'un enfant nigérien sur deux en 1998, s'établit à 44,4% en 2006, nonobstant l'impact défavorable de la crise alimentaire de 2005. Cette amélioration de l'état nutritionnel des enfants est beaucoup plus marquée en milieu urbain, avec une baisse du niveau d'insuffisance pondérale de 7,4 points de pourcentage par rapport à 1998 contre une baisse de 5 points de pourcentage en milieu rural. (EDSN-MICS3, 2006).

#### **2.1.1.5. VIH/SIDA**

Les premiers cas de SIDA ont été notifiés en 1987. Depuis lors, on observe une faible propagation de la maladie. Pour preuve, le taux de séroprévalence est de 0,87 % dans la population adulte (15 à 49 ans) en 2002. Cependant, il est de 28 % chez les prostituées et 3 % chez les militaires, selon l'enquête nationale de séroprévalence réalisée en 2002. Par ailleurs, même si la séroprévalence de l'infection à VIH reste faible, il existe des facteurs pouvant contribuer à une propagation rapide de l'infection. Ces facteurs sont liés aux différents comportements à risque (rapports sexuels non protégés), à la grande vulnérabilité des femmes, des jeunes et des populations mobiles, à l'analphabétisme et aux pesanteurs socioculturelles.

#### **2.1.1.6. Tuberculose**

Il est difficile de donner une description globale de la situation épidémiologique de la tuberculose au Niger, puisqu'il n'y a jamais eu de véritable surveillance épidémiologique de la maladie. On estime de façon générale la prévalence de la tuberculose à une microscopie positive à 3% et l'incidence à 1,5 pour 1000 : ce qui correspond à un risque annuel d'infection d'environ 2 à 3%. Au total en 2005, 1.774 nouveaux cas de tuberculose pulmonaires à frottis positifs ont été dépistés et 236 cas de rechutes représentant environ 12% des malades dépistés (SNIS).

#### **2.1.1.7. Maladies à fort potentiel épidémique**

Le Niger reste confronté chaque année aux épidémies de méningites à méningocoques. La méningite est endémique avec de nombreuses poussées épidémiques de plus en plus rapprochées. Les années suivantes ont été particulièrement plus affectées: 1995 (43203 cas), 1996 (16745 cas), 2000 (14633 cas) et 2003 (9006 cas). En 2004, 2005 et 2006, il a été notifié respectivement 4123, 1291 et 4006 cas.

Les épidémies de Rougeole surviennent chaque année avec une incidence annuelle moyenne de 43.000 cas recensés dans les formations sanitaires du pays. Au cours des années 1995 (69101 cas) ,1996 (68961 cas) ,2001(61259 cas) ,2003 (58118 cas) et 2004 (63057 cas), l'incidence de la rougeole était particulièrement élevée. Par contre 2174 cas seulement ont été déclarés par les formations sanitaires.

Les épidémies de choléra demeurent une menace permanente eu égard aux conditions d'hygiène du milieu, au faible accès à l'eau potable et à la pauvreté. Elles surviennent surtout au cours de la saison des pluies, dans la bande Sud du pays, plus arrosée et humide, et à forte concentration humaine. Plus de 30 ans après l'avènement du Choléra, le pays a connu 12 vagues épidémiques et à partir des années 80, les épidémies apparaissent presque chaque année, avec une forte létalité. Les plus fortes incidences ont été notées en 1996 (3957 cas) et 1999 (1186 cas).

Selon les rapports mensuels sur les MDO/SNIS, depuis plus de deux décennies, le Niger n'a enregistré aucun cas de fièvre jaune.

#### **2.1.1.8. Maladies à éradiquer ou à contrôler**

La Dracunculose ou Ver de Guinée est en voie d'éradication au Niger, grâce aux activités de surveillance, surtout à base communautaire. Localisée dans la zone Sud-ouest du pays (Districts de Say, Kollo, Gaya et Téra), l'onchocercose ne constitue plus aujourd'hui un problème de santé publique au Niger.

Concernant la polio, 5 passages de JNV Polio ont été organisés au Niger en 2005. Au total plus de 17 millions de doses de vaccins polio ont été administrées permettant d'obtenir une bonne couverture vaccinale. Grâce à cet effort le nombre de cas de polio virus sauvage est descendu à 10 cas tous d'importation permettant de sortir le Niger des pays endémiques.

Après les succès enregistrés dans la lutte contre la lèpre jusqu'à la fin des années 1990, on assiste actuellement à une tendance à la hausse du nombre de cas dans sept régions sanitaires considérées comme endémiques. Au total 730 cas ont été dépistés en 2005 avec un taux de prévalence national de 0,58 cas pour 10.000 habitants. Le taux de prévalence est plus élevé à Niamey (0,81 pour 10.000) et plus faible à Agadez (0,03 pour 10.000).

#### **2.1.1.9. Maladies non transmissibles**

La situation des maladies non transmissibles est assez mal connue car, à l'inverse des maladies infectieuses, il n'existe pas de système de surveillance continue. Cependant, des enquêtes nationales ou localisées, ont permis d'observer les tendances et l'ampleur de certaines d'entre elles, notamment: la cécité, les maladies carencielles, le tabagisme, les accidents du trafic routier, la santé mentale, les maladies cardiovasculaires, le diabète et les problèmes de santé bucco-dentaires.

## 2.1.2. Mortalité

Malgré les efforts déployés par l'Etat et les partenaires au développement, le contexte socio sanitaire reste très préoccupant et marqué par la forte mortalité maternelle et la mortalité élevée des enfants de moins de 5ans qui pèsent lourdement sur la charge de la mortalité générale du Niger. En 2005, les principales causes de mortalité relevées au niveau des services de santé sont le paludisme (60%), la pneumonie (11%), la diarrhée (10%). Plus de quatre décès sur cinq (81%) sont attribuables à ces trois pathologies.

**TABLEAU N°1: Evolution des principaux indicateurs de santé au Niger**

Indicateurs (En %)	1992	1998	2006
Mortalité infanto-juvénile (entre 0 et 5 ans) (pour 1000)	318	273,8	198
Mortalité infantile (pour 1000)	123,1	123,1	81
Mortalité néonatale (pour 1000)	40	44	33
Mortalité post-néonatale (pour 1000)	78	74	48
Indice synthétique de fécondité	7,4	7,5	7,1
Taux de malnutrition : insuffisance pondérale	49	49,6	44,4

**Sources : EDSN 1992, EDSN1998 et EDSN-MICS3 2006**

### 2.1.2.1. Mortalité maternelle

Au Niger, le ratio de mortalité maternelle est resté anormalement élevé à 7‰ depuis plus de trois décennies.

Des études à faible échelle réalisées attribuent les grandes causes de cette mortalité maternelle aux:

- hémorragies pour 29,10 % ;
- septicémies : 13,50 %;
- éclampsies pour 10,40 % ;
- dystocies pour 14,60 % ;
- avortements pour 1,60 % ;
- autres causes directes représentent 9,70 % ;
- et causes indirectes, 21,10 %.

Parmi les causes indirectes, on trouve le paludisme, l'anémie, le VIH, les cardiopathies qui sont des pathologies en général préexistantes aggravant l'état de morbidité de la femme.

Cette situation s'explique par les trois retards mortels pour la mère: le retard dans la reconnaissance des signes de danger et la prise de décision, le retard dans l'accès à la formation sanitaire et le retard dans l'accès aux soins au sein de la formation sanitaire.

Le 1<sup>er</sup> retard est lié à la méconnaissance des signes de danger, à la lenteur dans la prise de décision et au faible pouvoir de décision de la femme.

Le second retard est relatif à la difficulté d'accéder à une formation sanitaire en raison:

- des longues distances;
- du mauvais état des infrastructures routières;
- de l'insuffisance de moyens de transport adéquats;
- et au faible revenu des ménages.

Enfin, le 3<sup>ème</sup> retard s'explique par l'insuffisance en personnel (en quantité et en qualité), équipements, médicaments et fournitures adéquats et à la faible motivation du personnel).

### **2.1.2.2. Mortalité des enfants**

Les progrès sont très significatifs, reflétant probablement l'amélioration de la couverture sanitaire et vaccinale nationale et de l'état nutritionnel des enfants. En effet, les résultats indiquent une baisse significative du niveau de mortalité des enfants de tout âge. La mortalité infantile, relative aux enfants de moins d'un an, a reculé, aboutissant à 81 pour mille en 2006, alors qu'elle était restée stable à 123,1 pour mille depuis 1992. En clair, durant toute la décennie 1990, sur 1000 naissances vivantes intervenues au Niger, 123 de celles-ci se traduisaient par des décès avant le premier anniversaire de l'enfant. Ce nombre de décès est ainsi ramené à 81 actuellement. Pour les autres tranches d'âges, le repli de la mortalité est également constaté. En particulier, la mortalité infanto-juvénile, qui mesure l'intensité des décès des enfants avant leur cinquième anniversaire, est passée de 273,8 pour mille en 1998 à 198 pour mille en 2006 (MICS3, 2006).

### **2.1.3. Handicap et incapacités (RGP/H, 2001)**

Selon le RGP de 1988, les personnes handicapées représentent 1,3% de la population totale. Les infirmités concernées sont la cécité (plus de 2%), la surdité, la mutité, la surdi-mutité, les paralysies des membres inférieurs et supérieurs, les amputations et autres handicaps. Il faut aussi noter l'existence et la prévalence de l'handicap mental. A ce sujet, une enquête réalisée en 2000<sup>4</sup> sur 468 ménages révèle que 15% d'entre eux comportent en leur sein au moins un malade mental et que plus de 60% d'entre eux ont moins de 39 ans. On peut mentionner également d'autres pathologies handicapantes comme la fluorose à Tilabéri.

## **2.2. Facteurs influençant la santé au Niger**

### **2.2.1. Facteurs socio-démographiques et culturels**

L'âge est l'un des caractères personnels le plus important. Selon QUIBB\_2005, l'incidence de la maladie ou de la blessure est plus élevée chez les enfants de 5 ans (près de 14%) et les individus de 45 ans et plus, et plus particulièrement chez les

---

<sup>4</sup>Rapport de l'étude sur l'évaluation des besoins en santé mentale, mai 2000, MSP/LCE/DPS – Rapport général du séminaire sur la collecte de données statistiques concernant les personnes handicapées, Cotonou, février 1999

personnes âgées (80-84 ans) où le taux atteint 26,8%. Selon l'EDSN 98, les enfants de 6-11 mois sont les plus touchés par les deux premières causes de morbidité au Niger. La prévalence des Infections Respiratoires Aiguës et de la diarrhée était respectivement 18% et 50% dans cette tranche d'âge.

L'accumulation de cas de maladies peut également être liée à des personnes de même sexe. C'est ainsi que selon l'EDSN 98, les garçons ont souffert plus des IRA que les filles (16% contre 12%). L'enquête QUIBB-2005 confirme cette liaison en révélant que les femmes (9%) sont les plus affectées par la maladie ou la blessure contre une moyenne nationale de 4,7%. Par contre aucune différence significative n'a été observée du point de vue de sexe relativement à la diarrhée selon l'EDSN, 98.

Des disparités ont été également trouvées selon le milieu de résidence. Les enfants du milieu urbain (40%) sont nettement moins affectés par la fièvre que les enfants du milieu rural (EDSN, 98). QUIBB,2005 souligne que l'incidence de la maladie ou blessure est plus élevée en milieu rural(10%) qu'en milieu urbain (8,2%).

Le groupe ethnique est d'un intérêt particulier parce qu'il peut avoir un effet favorable ou défavorable pour la santé.

La religion du fait qu'elle impose à ses croyants certaines règles de vie, ces règles de vie nécessitent d'être documentés.

La famille est un des sujets les plus intéressants des études épidémiologiques. Il s'agit d'un ensemble d'individus, possédant un patrimoine génétique commun et vivant dans un environnement comparable. La concentration des sujets dans les familles nombreuses peut faciliter la propagation des maladies contagieuses à l'intérieur de la famille (nombre de personnes par pièces, contact intime, etc.). La taille moyenne de la famille au Niger selon l'enquête QUIBB est de 6,7.

La dimension de la famille peut influencer, par la suite, son niveau socioéconomique, la croissance et le développement des enfants, leur morbidité et l'état de nutrition de tous les membres. Le mode de vie est différent selon l'état matrimonial.

Il existe une relation complexe entre l'accroissement de la population, l'environnement et la santé. Dans sa plus simple expression, l'accroissement de la densité de la population conduit à l'intensification des activités humaines qui mal gérées contribuent à endommager l'environnement et à la déplétion des ressources tous deux pouvant avoir des effets directs ou indirects négatifs sur la santé humaine. L'accroissement de la population contribue également à la marginalisation de certaines couches de la population les rendant plus vulnérables.

Les mouvements de la population sont vus sous l'angle de la migration rurale-urbaine, toutes souvent associées au piège économique, au manque d'emploi et à la faim. Les flux migratoires sont souvent également associés aux déviations de comportement pouvant favoriser l'expansion de certaines maladies comme le choléra, les parasitoses, la méningite, le Sida, l'alcoolisme, le tabagisme et l'abus de drogue.

### **2.2.2. Facteurs socioéconomiques**

Des revenus plus élevés permettent de meilleures conditions de vie comme un logement plus sûr et la capacité d'acheter suffisamment d'aliments.

De nombreuses recherches révèlent que la mesure dans laquelle les gens sont maîtres de leurs conditions de vie, en particulier des situations génératrices de stress, et leur capacité d'agir exercent une influence déterminante. En règle générale, un revenu et une situation sociale plus élevés permettent d'exercer un plus grand contrôle sur sa vie.

Il y a des liens étroits entre le niveau d'instruction et la situation socio-économique. Une bonne instruction pour les enfants et un apprentissage tout au long de la vie pour les adultes sont des éléments essentiels de la santé et de la prospérité des personnes et d'un pays. Le niveau d'instruction contribue à la santé et à la prospérité en donnant aux gens les connaissances et les capacités dont ils ont besoin pour résoudre des problèmes et le sentiment d'influencer et de maîtriser leur vie. Le niveau d'instruction accroît également les possibilités d'emploi, de sécurité du revenu et de satisfaction au travail. Il améliore enfin la capacité des gens de se renseigner et de comprendre l'information pour soigner leur santé.

On associe le chômage, le sous-emploi, un travail stressant ou dangereux avec une piètre santé. Les gens qui disposent de plus de pouvoir sur leurs conditions de travail et qui sont soumis à moins de stress au travail sont en meilleure santé et vivent souvent plus longtemps que ceux qui sont exposés à davantage de stress ou de risques au travail.

### **2.2.3. Facteurs politiques et institutionnels**

Selon l'OMS, l'engagement politique doit être placé en tête de tous les indicateurs de santé parce qu'il est indispensable à l'instauration de la santé pour tous. Pour ce faire cinq aspects peuvent être considérés:

- déclaration de politique en faveur de la santé : à cet effet, le Niger est doté d'un document de politique nationale de santé adopté par le Gouvernement en Conseil de Ministres, ce qui démontre un réel engagement au plus haut sommet de l'Etat;
- affectations des ressources : c'est au niveau du budget que les déclarations d'intention des gouvernements se traduisent habituellement dans les faits. L'indicateur le plus important de l'engagement politique est l'affectation des ressources suffisantes qui peut en fait, exiger une réorientation budgétaire importante. A ce niveau, l'analyse du budget national montre que depuis plus d'une décennie l'état consacre moins de 7% de son budget au secteur santé ce qui dénote une insuffisance des ressources consacrées à ce domaine ;
- degré d'équité de la répartition des ressources financières, équipement et personnel de santé affectés à l'action sanitaire : la revue des dépenses publiques 2004 a fait ressortir une répartition inéquitable des ressources financières entre le niveau centrale et les autres niveaux du système de santé tout comme l'analyse effectuée dans le cadre des mutations institutionnelles du secteur santé a révélé des disparités criardes dans la distribution des autres ressources de santé ;
- degré d'engagement de la collectivité : l'existence de mécanismes efficaces

permet à la population d'exprimer des exigences et des besoins. A ce propos des Comités de gestions ont été créés à différents niveaux du système de santé ;

- établissement d'un cadre organisationnel et d'un processus gestionnaire approprié : pour assurer le développement sanitaire national, un cadre organisationnel et institutionnel a été établi selon le Scénario de Bamako. Le Plan de développement sanitaire quant à lui comporte des objectifs ciblés, des stratégies et un système de suivi/évaluation.

#### **2.2.4. Facteurs environnementaux**

L'environnement physique est un déterminant important de la santé. A certains niveaux d'exposition, les contaminants présents dans l'air, l'eau, les aliments et le sol peuvent provoquer divers effets néfastes sur la santé parmi lesquels on peut citer les cancers, les malformations à la naissance, les maladies respiratoires et les malaises gastro-intestinaux.

Dans le milieu bâti, les éléments qui concernent le logement, la qualité de l'air intérieur et la conception des agglomérations et des systèmes de transport peuvent influencer de façon marquée notre bien-être physique et psychologique.

#### **2.2.5. Facteurs biologiques**

La composition biologique et organique de base de l'être humain est un élément déterminant fondamental de la santé. Les gènes confèrent une prédisposition inhérente à une vaste gamme de réactions individuelles influençant la santé. Même si les éléments socio-économiques et environnementaux sont des déterminants importants de la santé globale, dans certains cas, le patrimoine génétique semble prédisposer certaines personnes à des maladies précises ou à des problèmes de santé particuliers.

### **2.3. Ressources du secteur**

#### **2.3.1. Infrastructures sanitaires**

En matière d'infrastructures, des efforts considérables ont été consentis pour construire, réhabiliter, équiper et mettre dans les normes un certain nombre d'hôpitaux de district et de centres de santé. La mise en œuvre du Plan de développement sanitaire 1994-2000 a permis d'améliorer significativement la couverture sanitaire en l'amenant à 47,6% en 2000.

La couverture sanitaire représente le taux de population (0-5 Km) desservie par un centre de Santé (niveau CSI) sur la population générale. La couverture sanitaire a évolué de 47,6 % en 2000 à 49,8 % en 2003. Les taux de couverture sanitaire présentés pour les 5 dernières années ont été calculés exclusivement à partir de la couverture en CSI. En prenant en compte les cases de santé, tenues par du personnel qualifié, la couverture monte à environ 65%.



## **TABLEAU N°2 : SITUATION DES INFRASTRUCTURES SANITAIRES**

Hôpitaux Nationaux	3
Centres Hospitaliers Régionaux	6
Maternités de références	3
Hôpitaux de District	33 dont 13 fonctionnels
Hôpitaux privés	3
Centres de santé intégrés type II	146
Centres de santé intégrés type I	452
Cases de santé	935

**Source : DOS, septembre 2006**

## **Tableau N°3 : Population et Infrastructures Sanitaires Publiques par Région**

Régions	Population	Hôpital national	Maternité de référence	Centre Hospitalier	Hôpital de District	Centre de Santé Intégré	Ensemble des Formations sanitaires
Agadez	380920	-	-	1	2	39	<b>42</b>
Diffa	438476	-	-	1	2	35	<b>38</b>
Dosso	1750363	-	-	1	4	85	<b>90</b>
Maradi	2682504	-	-	1	6	84	<b>91</b>
Tahoua	2279194	-	1	1	7	84	<b>93</b>
Tillabéri	2163227	-	-	-	6	109	<b>115</b>
Zinder	2416979	1	1	-	5	105	<b>112</b>
CUN	882236	2	1	1	1	37	<b>42</b>
<b>Total</b>	<b>12993899</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>33</b>	<b>578</b>	<b>623</b>

**Source: DOS**

### **2.3.1.1. Ratio couverture sanitaire**

Les ratios population par formation sanitaire varient selon les Régions. Au plan national ces ratios sont les suivants :

- Un (1) centre de santé public pour 20857 hbts en 2006 ;
- Un (1) officine pharmaceutique pour 22.500 hbts en 2004 ;
- Un (1) lit général pour 3.190 hbts en 2004 ;
- Un (1) lit de maternité pour 577 naissances attendues en 2004 ;
- Un (1) lit de pédiatrie pour 13.540 enfants de moins de 15 ans en 2004.

### **2.3.1.2. Utilisation des services de santé**

Au total il a été enregistré 2.908.664 nouveaux consultants pour une population de 12.579.381 habitants soit 0,23 nouveaux consultants par habitant autrement. Sur les 2.908.664 nouveaux consultants on note 134.340 références/évacuations. Le nombre moyen de consultation par nouveau consultant est de 1,8 selon l'annuaire statistique du Système National d'Informations Sanitaires (SNIS, 2005).

### **2.3.2. Ressources humaines**

A la fin de l'année 2003, selon les données disponibles, les effectifs globaux du MSP/LCE (cadres auxiliaires, contractuels) sont estimés à environ 6215 agents en activité auxquels s'ajoutent les quelques 120 agents relevant de l'assistance technique étrangère.

Sur ces 6215 agents, 4438 (71%) sont des cadres (dont 296 soit 7% sont des médecins et 64 % sont constitués du groupe des infirmiers et sages-femmes), 1281 (21%) sont des auxiliaires et 496 (11 %) sont des contractuels. Sur la base du fichier unique l'effectif total estimé en mai 2006 serait de 6272 agents. (Programme d'appui aux mutations institutionnelles, Rapport final, 6 juillet 2006)

La distribution du personnel de santé est caractérisée par une insuffisance et une répartition très disparate :

- disparités entre les structures hospitalières ;
- disparités entre les zones urbaines et rurales et selon les régions. Niamey concentre 33% des effectifs totaux pour 6% de la population et près de 37% des cadres si on compte les EPA de Niamey (ISP, ENSP, HNN, HNL et Maternité Gazoby).

Les sept chefs-lieux de région où résident moins de 25% de la population absorbent 65% du total des agents cadres. Les disparités selon les régions sont elles aussi très grandes comme l'atteste le tableau ci-dessous relativement au ratio personnel de santé /population/région.

Afin de remédier à ces différents déséquilibres, le gouvernement à travers la politique sanitaire en cours prévoit la régionalisation des postes budgétaires. En outre, des primes très attractives sont désormais accordées aux médecins servant dans les zones défavorisées.

**Tableau n°4: Ratio personnel de santé y compris les contractuels / population par région en 2005**

Région	Médecin			Infirmiers			Sage femmes		
	Nbre	Ratio (1/...hts)	Normes OMS	Nbre	Ratio (1/...hts)	Normes OMS	Nbre	Ratio (1/...FAP)	Normes OMS
<b>Agadez</b>	13	27352	<b>1/10000</b>	184	<b>1932</b>	<b>1/5000</b>	36	4247	<b>1/5000</b>
Diffa	13	30688	<b>1/10000</b>	146	<b>2732</b>	<b>1/5000</b>	30	5718	<b>1/5000</b>
Dosso	24	68762	<b>1/10000</b>	289	<b>5710</b>	<b>1/5000</b>	64	11088	<b>1/5000</b>
Maradi	26	95893	<b>1/10000</b>	332	<b>7510</b>	<b>1/5000</b>	61	17575	<b>1/5000</b>
Tahoua	25	87609	<b>1/10000</b>	318	<b>6887</b>	<b>1/5000</b>	46	20474	<b>1/5000</b>
Tillabéri	19	107723	<b>1/10000</b>	356	<b>5749</b>	<b>1/5000</b>	105	8382	<b>1/5000</b>
Zinder	28	81185	<b>1/10000</b>	540	<b>4210</b>	<b>1/5000</b>	84	11636	<b>1/5000</b>
<b>Niamey</b>	212	3811	<b>1/10000</b>	595	<b>1358</b>	<b>1/5000</b>	229	1517	<b>1/5000</b>
<b>Total Niger</b>	360	33933	<b>1/10000</b>	2760	<b>4426</b>	<b>1/5000</b>	655	8020	<b>1/5000</b>

**Source : Annuaire statistique sanitaire (SNIS, 2005)**

Seuls Agadez, Diffa, Zinder et Niamey respectent les normes établies par L'OMS en ce qui concernent les ratios infirmiers et Agadez et Niamey pour les ratios sages femmes. Au niveau des médecins, ces ratios sont encore loin des normes OMS. L'amélioration quantitative et qualitative du personnel est une des conditions indispensables pour assurer une disponibilité et une accessibilité équitables aux soins et services de qualité à tous les niveaux du système. C'est pourquoi, le gouvernement accorde une priorité élevée au développement des ressources humaines et recrutement du personnel dans le secteur de la santé.

### 2.3.3. Ressources financières

L'OMS recommande d'allouer 10% du budget national pour subvenir aux besoins essentiels de santé de la population. Les Chefs d'Etat et de Gouvernements Africains sont encore beaucoup plus ambitieux parce qu'ils se sont engagés à porter le budget de la santé de leurs pays respectifs à 15% du budget lors de la réunion sur le Sida, le paludisme et la tuberculose tenue à Abuja (Nigéria) en 2001. En dépit de la démographie galopante entraînant l'accroissement vertigineux des besoins en santé et nonobstant la priorité accordée au secteur et les déclarations successives de bonnes intentions, le budget de la santé ne suit pas l'évolution du budget national. Le budget de santé n'a jamais atteint la barre de 10% du budget national de l'indépendance à nos jours, y compris pendant les années fastes du boom de l'uranium. Au contraire des baisses se sont opérées au moment des différents plans d'ajustements structurels qui ont entraîné la contraction des ressources de l'Etat.

***Tableau N°5 : Evolution de la part du budget de la santé dans le budget national***

Période	1961	1979	1983	1994	2000	2003	2004
Evolution du budget	9,95%	6,35%	5,37%	5,83%	5,84%	8,8 %	6,4%

**Source: Rapports MSP, CDMT, 2004**

L'une des caractéristiques de la répartition économique des dépenses publiques de santé en 2004 est la charge importante du fonctionnement (47,3%) dont une part substantielle est réservée au paiement des salaires (36,4%). Une très faible partie est attribuée à l'achat des médicaments (5,5%) qui sont essentiellement pris en charge par la population à travers le recouvrement partiel des coûts des soins. Le tableau N°6 indique l'évolution de la répartition économique des dépenses publiques de santé.

L'Etat demeure le principal garant des dépenses nationales de santé (40,39%). Les autres efforts de financement proviennent des ménages (27,70%) et des partenaires techniques et financiers (27,48%).

**TABLEAU N°6: EVOLUTION DE LA REPARTITION ECONOMIQUE DES DEPENSES PUBLIQUES DE SANTE (EN MILLIONS DE FCFA ET EN%)**

Catégories	2001	Part	2002	Part	2003	part	2004	Part
Total	31 119	100,00%	32 030	100,00%	32 974	100,00%	28 466	100,00%
Investissement	13 492	43,36%	12 743	39,78%	21 532	65,30%	14 991	52,66%
Fonctionnement	17 627	56,64%	19 287	60,22%	11 442	34,70%	13 475	47,34%
Salaires	4 508	25,57%	4 655	24,13%	4 686	40,95%	4 899	36,36%
Fonctionnement hors salaires, médicaments et vaccins	9 128	51,78%	10 016	51,93%	2 736	23,91%	4 021	29,84%
Médicaments et vaccins	500	2,84%	979	5,07%	230	2,01%	743	5,51%
Subventions EPA	3 491	19,80%	3 637	18,6%	3 790	33,12%	3 812	28,29%

**Source : revue des dépenses publiques du secteur santé 2004**

Le secteur privé santé bien qu'en plein essor contribue à hauteur de 3,95%. Quant à la participation des ONG nationales, elle est encore très faible (0,24%). Enfin la Caisse Nationale de Sécurité Sociale concourt à un niveau encore très faible (0,24%). La répartition de la dépense nationale de santé est présentée au tableau N°7.

**Tableau N°7: Répartition de la dépense nationale de santé par source de financement**

Sources de financement	Montant (en millions de FCFA)	Part
Etat	19 236	40,39
Collectivités locales	18	0,04
Partenaires technique et financiers	13 088	27,48
Ménages	13 191	27,70
CNSS	96	0,20
ONG nationales	116	0,24
Secteurs privé santé	1 880	3,95
Total	47 625	100

**Source : revue des dépenses publiques du secteur santé 2004**

## Encadré n° 1. NOTE METHODOLOGIQUE

Cette note a pour objet d'énoncer et clarifier certains concepts utilisés dans le cadre de cette analyse du thème « Santé et pauvreté au Niger ». L'objectif étant de faire ressortir des variables pouvant se révéler déterminantes pour une étude des liens entre la vulnérabilité et la pauvreté des ménages. ces concepts sont pour l'essentiel comme suit :

- La catégorisation et la classification des individus et des ménages dans l'échelle du statut de pauvreté .l'étude de la pauvreté et vulnérabilité a fait ressortir une classification à cinq niveaux à savoir, pauvres durables ,pauvres transitoires, non pauvres vulnérables et précaires ,Non pauvres vulnérables, Non pauvres et non vulnérables. Cette définition est basée sur la définition du seuil absolu national de pauvreté qui tient compte des besoins nutritionnels mais aussi des dépenses non alimentaires. Cette ligne en dessous de laquelle l'individu est considéré comme pauvre est estimée à 144750FCFA en milieu urbain et à 105827FCFA en milieu rural. Ainsi il ressort de l'enquête que 62,1% de la population nigérienne est pauvre.
- Un autre concept utilisé est celui de la résidence principale. Il s'agit d'une variable à trois modalités qui permettent de distinguer la population de Niamey, la capitale ; la population des autres villes et la population rurale. La détermination des groupes socio-économiques sur la base du statut de l'emploi groupé ensuite en emploi formel (public ou privé) et en emploi informel et apparenté dans le but d'étudier les relations existantes entre la pauvreté et la vulnérabilité des individus et des ménages à la maladie.

Ainsi il a été procédé à l'exploitation des données de l'enquête QUIBB réalisée par l'INS du Niger en 2005. Les variables utilisées dans l'analyse sont à la fois en relation avec la santé, la nutrition et d'autres caractéristiques sociodémographiques des ménages urbains et ruraux du Niger.

Les tableaux d'analyse ont été élaborés de manière à présenter les indicateurs de santé et de nutrition croisés avec des indicateurs sociodémographiques et économiques. En procédant de la sorte, il fut possible de distinguer la situation sanitaire des ménages nigériens selon la résidence principale (la capitale, les autres villes et les ruraux), le statut de pauvreté (pauvres et non pauvres), le sexe et les régions du pays. Sur la base des résultats obtenus, une analyse globale a permis d'apprécier globalement la situation sanitaire de la population nigérienne et de manière spécifique, l'état nutritionnel des enfants, et le comportement des femmes en matière de santé de la reproduction en faisant surtout le lien avec l'état de pauvreté.

En ce qui concerne les variables relatives aux conditions sanitaires des ménages, il a été procédé à des regroupements de modalités pour certaines d'entre elles dans le but de raffiner les analyses. Ce qui a permis de générer les nouvelles variables suivantes avec deux modalités pour chacune d'entre elles: (1.précaire et 2.non précaire)

**Mamur** : Etat du matériau des murs de la maison. La variable est à deux (2) modalités (1. non précaire, issu du regroupement des modalités suivantes : terres, briques de terre, ciment, béton, brique cuite ; et 2.précaire, issu du regroupement des modalités suivantes : bois, bambou, tôle en métal, paille)

**Matoit** : Etat du matériau du toit de la maison. La variable est à deux (2) modalités (1. précaire, issu du regroupement des modalités suivantes : terres, paille, bois, peau, natte ; et 2.non précaire, issu du regroupement des modalités suivantes : tôle en métal, ciment, béton, tuile)

**Tytoit** : Type de toilette utilisée dans la maison. La variable est à deux (2) modalités (1. précaire, issu du regroupement des modalités suivantes : nature, brousse, cuvette, seau; latrine non couverte ; et 2.non précaire, issu du regroupement des modalités suivantes : chasses d'eau avec égout ou avec fosse, latrines couvertes et latrines ventilées)

**Moboir** : Mode d'approvisionnement en eau du ménage. La variable est à deux (2) modalités (1. non salubre, issu du regroupement des modalités suivantes : puits non protégé, rivière, lac, vendeur, camion citerne; et 2.salubre, issu du regroupement des modalités suivantes : robinet, forage, puits protégé)

**Favor** : Habitat favorable à la santé. La variable est à deux (2) modalités (1. favorable à la santé, issu du regroupement des modalités suivantes : état de matériau du mur non précaire et état de matériau du toit de la maison non précaire; et 2.non favorable à la santé, issu du regroupement des modalités suivantes : état du mur précaire et état de la toiture de la maison précaire.

L'objectif de cette étape de l'analyse vise à faire ressortir des variables pouvant se révéler déterminantes pour une étude des liens entre la vulnérabilité et la pauvreté des ménages.

## **CHAPITRE III. : ENVIRONNEMENT SANITAIRE ET CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DES MENAGES**

La constitution du 16 juillet 1999 consacre au titre des droits de la personne humaine, le droit de toute personne à un environnement sain, l'Etat étant chargé par ailleurs de veiller à la protection de l'environnement (article 27 al-1). L'état de l'environnement surtout immédiat de la population est un facteur important de la diffusion des maladies particulièrement transmissibles. L'habitat et les alentours de l'habitation sont des espaces où les ménages passent la plupart de leur temps. Les affections sur lesquelles l'environnement influe le plus sont les maladies infectieuses et parasitaires, les infections et maladies respiratoires qui sont en somme des maladies remarquées prééminentes dans notre pays, d'où la nécessité d'accorder une attention particulière à ces deux facteurs essentiels de l'environnement sanitaire qui ont une influence déterminante sur l'état de santé des ménages.

Le logement, défini comme l'ensemble des constructions groupées ou non dans un même endroit qui abritent le ménage et ses biens ( QUIBB 2005), est examiné à travers ses principales caractéristiques physiques qui sont la nature du mur, du sol et du toit. Pour les besoins de cette étude, l'habitat a été classé en deux catégories selon les matériaux utilisés : habitat précaire<sup>5</sup> et habitat non précaire<sup>6</sup>.

L'environnement immédiat est vu selon le confort qu'il procure au ménage à travers l'équipement sanitaire (le type de lieu d'aisance ou de toilette et le type de sanitaire.), le mode d'approvisionnement en eau et le mode d'évacuation des ordures<sup>7</sup> ménagères.

### **3.1 Cadre de vie des ménages selon le milieu de résidence**

#### **3.1.1. Milieu rural**

##### **3.1.1.1. Habitat**

Un nombre considérable de données témoignent du fait que certaines conditions d'habitat peuvent représenter une menace pour la santé humaine. Les résultats de l'EDSN 98 ont mis en évidence une certaine précarité des conditions de logement: la grande majorité des ménages (85%) vivent dans des logements dont le sol est en terre /sable ou en bouse. L'enquête QUIBB 2005 a fait ressortir que la terre (Banco/argile) est dans une large proportion le matériau le plus utilisé, ce qui dénote une certaine précarité du logement notamment en milieu rural (78,6%) où en plus la majorité (61,9%) des toits de logement sont faits à base de terre et près de 30% sont faits à partir de la paille. Ces toits sont soutenus majoritairement (78,6%) par des murs également en terre comme l'indique le tableau N°8.

---

<sup>5</sup> L'habitat précaire correspond à toute catégorie de construction dont les matériaux du mur et de la toiture sont de qualité précaire comme le banco, les tôles pour le mur, le bois, la peau, les nattes, la paille.

<sup>6</sup> L'habitat non précaire renvoie aux types d'habitat dont les matériaux de la toiture sont en ciment/béton, tuiles, tôles en métal ; et les matériaux du mur en brique, pierres, ciment ou béton.

<sup>7</sup> Le questionnaire de QUIBB, ne disposant pas de la variable sur le mode d'évacuation des ordures, l'analyse s'est basée à ce niveau sur le type de lieu d'aisance pour juger l'équipement sanitaire des ménages.

**Tableau n°8 : Répartition (%) des ménages par milieu, région de résidence et la principale activité de l'employeur principal du chef de ménage selon le type de matériau du toit**

	Terre	Paille	Bois	Tôle en métal	Ciment/ béton/ tuile	Peau/ natte	Autres	Total
<b>Ensemble</b>	58,5	26,6	6,0	6,4	0,8	1,7	0,1	100,0
<b>Milieu de résidence</b>								
Rural	61,9	29,2	5,4	1,6	0,3	1,6	0,1	100,0
CU Niamey	20,8	25,8	3,6	44,8	5,0	0,0	0,0	100,0
Autre urbain	55,6	6,0	12,3	20,2	1,8	3,8	0,3	100,0
<b>Région de résidence</b>								
Agadez	0,1	8,9	30,1	9,6	0,4	50,5	0,4	100,0
Diffa	68,8	14,6	13,7	2,7	0,3	0,0	0,0	100,0
Dosso	54,4	35,5		9,7	0,2	0,2	0,0	100,0
Maradi	36,1	42,6	15,4	5,0	0,8	0,0	0,1	100,0
Tahoua	85,7	7,9	4,9	0,9	0,7	0,0	0,0	100,0
Tillabéri	55,2	43,6	0,5	0,7	0,1	0,0	0,0	100,0
Zinder	76,6	17,7	0,8	4,0	0,4	0,2	0,3	100,0
CU Niamey	20,8	25,8	3,6	44,8	5,0	0,0	0,0	100,0
principale activité de l'employeur principal								
Agriculture	62,6	29,1	5,0	1,5	0,2	1,5	0,1	100,0
Mines/carrières	56,9	27,8	3,2	8,9	3,0	0,2	0,0	100,0
Production/transformation	52,1	29,9	8,6	6,5	0,8	2,2	0,0	100,0
Construction	52,4	27,9	8,2	10,4	0,0	1,1	0,0	100,0
Transport	43,8	10,7	5,5	33,1	5,3	1,5	0,0	100,0
Commerce/vente	58,0	20,9	9,1	9,1	0,9	1,9	0,1	100,0
Services	53,3	17,7	8,3	16,8	2,9	1,2	0,0	100,0
Éducation/santé	49,6	14,4	2,9	28,0	1,3	2,3	1,6	100,0
Administration	22,6	7,7	6,6	58,6	3,0	1,5	0,0	100,0
Autre	50,6	27,8	8,2	7,7	1,5	4,2	0,0	100,0

**Source: ME/F/INS/QUIBB-2005**

**Tableau N°9: Répartition des ménages selon le matériau de toit et du mur de la maison en milieu rural**

Matériau du toit de la maison	Toit	Mur
Terre	61.9	59.4
Paille	29.2	33
Bois	5.4	5.1
Tôles	1.6	1.2
Ciment	0.3	0.3
Tuiles	0	0
Peau	0.1	0
Natte	1.5	1
Autres	0.1	0.1
Total	100	100

**Source: ME/F/INS/QUIBB-2005**

### 3.1.1.2. Évacuation des ordures ménagères

Les ménages produisent des déchets dits "domestiques" issus des activités ménagères (cuisine, nettoyage, etc.). De nombreux ménages pratiquent en plus dans leur concession ce qui est communément appelé le petit élevage d'animaux domestiques : volailles, moutons, chèvres, voire bœufs. Les ménages sont alors confrontés au problème d'évacuation des ordures ménagères, des excréments d'animaux et des déchets issus d'aliments de bétail comme la paille et les herbes. Comme il n'existe pratiquement pas de système organisé d'évacuation de ces ordures ménagères en milieu rural, les ménages les collectent et les déversent dans la nature le plus souvent aux alentours immédiats des villages. Quant aux excréments d'animaux, ils sont

acheminés dans les champs pour servir d'humus d'engrais.

### 3.1.1.3. Type de toilette du ménage

L'EDSNII de 1998 a révélé que 81% de ménages nigériens ne disposaient d'aucun type de système d'évacuation des excréta. Il n'y a pas eu d'évolution sensible en 2005 puisqu'ils sont encore 78,4% à être dépourvus de cet équipement à cette date selon l'enquête QUIBB de 2005.

En l'absence de tout système d'évacuation des excréta, la majorité des ménages (80%) en milieu rural utilise la nature pour la défécation. Cette situation peut se justifier par, d'une part le faible niveau d'éducation à l'hygiène qui ne permet pas à la population de percevoir les risques sanitaires encourus par une mauvaise évacuation des excréta et d'autre part par l'insuffisance de la promotion des latrines en milieu rural.

***Tableau N°10: distribution des répondants par type de toilette***

Type de toilette	%
nature/brousse	89.6
chasse avec égout	1.1
chasse fosse	0.3
cuvette/seau	0.8
latrine couverte	2.6
latrine non couverte	5.6
latrine ventilée	0
autres	0
total	100

**Source: ME/F/INS/QUIBB-2005**

### 3.1.1.4. Mode d'approvisionnement en eau

La majorité des ménages ruraux (53,5%), pour obtenir de l'eau s'approvisionnent au puits non protégé, rivières et lacs qui sont considérés comme des sources d'eau insalubres. Bien que l'approvisionnement en eau potable demeure encore une préoccupation majeure pour une part importante des ménages, la situation est en nette amélioration puisqu'en 1998 trois quart (74%) des ménages ruraux n'avait pas d'eau potable à leur disposition. Les sources d'approvisionnement en eau potable sont le robinet public et le puit protégé utilisé de façon égalitaire (21,2%). Très peu de ménages disposent d'un robinet dans le logement. Il faut noter que la politique actuelle en matière d'implantation des infrastructures hydrauliques favorise l'implantation des équipements publics au niveau rural.



**Tableau n°11: Répartition des ménages selon le mode d'approvisionnement en eau en milieu rural**

Mode d'approvisionnement en eau	% Rural
Robinet dans le logement	3.2
Robinet public	21.2
Puits protégé	21.2
Puits non protégé	50.8
Rivière, lac	2.7
Vendeur, camion	0.4
Autres	0.5
Total	100

**Source: ME/F/INS/QUIBB-2005**

### **3.1.2. Milieu urbain**

#### **3.1.2.1. Habitat**

En milieu urbain, le matériau utilisé pour la construction de l'habitat est principalement la terre aussi bien pour le mur que pour le toit avec une grande disparité entre Niamey où 20,8% des toits et 33,6% des murs seulement sont en terre et les autres villes du pays dont plus de la moitié (55,6%) des toits et la quasi-totalité (83,8%) des murs sont en terre. C'est à Niamey qu'on rencontre le plus d'habitats dont le mur est construit en ciment (45.9%) et la toiture en tôle (44.8%).

**Tableau N°12: Répartition des ménages selon le matériau de toit de la maison en milieu urbain**

matériau de toit	Niamey	Autres villes
Terre	20.8	55.6
Paille	25.8	6
Bois	3.6	12.3
Tôles	44.8	20.2
Ciment	4.5	1.5
Tuiles	0.5	0.3
Peau	0	0.1
Natte	0	3.7
Autres	0	0.3
Total	100	100

**Source: ME/F/INS/QUIBB 2005**

**Tableau 13: Répartition des ménages selon le matériau des murs de la maison et la résidence principale**

Matériau de mur	Niamey	Autres villes
Terres	33.6	83.8
Pierre	0.6	0.41
Briques	1.6	1
Ciment	45.9	8.9
Bois/bambou	2.4	1
Tôle métallique	0.4	0.3
Paille	15.3	3.1
Autres	0.3	1.5
Total	100	100

**Source: ME/F/INS/QUIBB 2005**

### **3.1.2.2. Évacuation des ordures ménagères en zone urbaine**

Avec l'urbanisation accélérée insuffisamment contrôlée de nos villes et l'accroissement rapide de leurs populations, l'évacuation des ordures ménagères est certainement l'un des problèmes cruciaux auxquels nos centres urbains auront à faire face au cours des prochaines années. D'ores et déjà les ménages des zones urbaines, surtout au niveau des grosses agglomérations ont du mal à évacuer correctement leurs ordures. Au niveau des petits centres urbains les ordures sont évacuées comme en milieu rural, les ordures sont collectées et évacuées aux alentours des agglomérations où entre les habitations. Au niveau des centres importants les ordures une fois collectées sont déversées le plus souvent dans des dépotoirs sauvages ou dans des rares cas dans des poubelles clairsemées de la municipalité. Ces poubelles sont irrégulièrement enlevées et même si elles le sont, leur contenu est déversé dans des décharges sauvages et se retrouvent ainsi dans la nature. Il est à noter qu'aucune commune ne procède au traitement des déchets avant de les jeter dans le milieu naturel.

### **3.1.2.3. Type de toilette du ménage**

Au Niger même en milieu urbain y compris Niamey la capitale du pays, la nature continue à être utilisée par une part importante de la population pour l'évacuation des excréta. Jusqu'à 16.3% de ménages à Niamey se soulagent en brousse et presque un tiers (28,5%) des habitants des autres villes se contentent également de la nature pour déposer leur excréta. La latrine non couverte est le moyen d'évacuation le plus répandu à Niamey (52,2%) comme dans les autres villes (30,2%).

**Tableau N 14: Répartition des ménages selon le type de toilette et la résidence principale**

Type de système	Niamey	Autres villes
nature/brousse	16.3	28.5
chasse avec égout	3.8	4.2
chasse fosse	4.3	3.4
cuvette/seau	0.7	0.4
latrine couverte	22.3	3.9
latrine non couverte	52.2	30.3
latrine ventilée	0	1.2
autres	0.4	0.1
total	100	100

**Source: ME/F/INS/QUIBB-2005**

### **3.1.2.4. Mode d'approvisionnement en eau**

Le mode d'approvisionnement en eau couramment utilisé dans les centres urbains est le robinet public ou fontaine publique suivi du robinet dans le logement. A Niamey 34,8% s'approvisionnent au robinet public. Dans les autres villes c'est jusqu'à 65% qui utilisent ce type de source d'eau. Le robinet dans le logement n'est pas encore très répandu même en milieu urbain puisque seulement un ménage sur 3 (30,5%) possède un branchement à domicile à Niamey. Dans les autres villes 27,5% seulement disposent de cette facilité. L'autre source d'approvisionnement en eau à Niamey est constituée des vendeurs d'eau ambulants et des camions citernes qui se ravitaillent généralement auprès des bornes fontaines publiques. L'une des caractéristiques des villes est que l'eau de surface n'est pratiquement pas utilisée comme source d'approvisionnement par les ménages.

**Tableau n°15: Répartition des ménages selon le mode d'approvisionnement en eau en milieu urbain**

Mode d'approvisionnement en eau en milieu urbain	Niamey	Autres villes
Robinet dans le logement	30.5	27.5
Robinet public	34.8	65
Puits protégé	3.8	1.3
Puits non protégé	4.3	3.4
Rivière, lac	0	0.2
Vendeur, camion	26.1	2.4
Autres	0.5	0.3
Total	100	100

**Source: ME/F/INS/QUIBB 2005**

## **CHAPITRE IV. : ETAT DE SANTE DES PAUVRES**

La présente étude utilise les données de l'enquête QUIBB-2005 qui sont des informations sur une période de 4 semaines précédant l'enquête. Ces informations ont été utilisées pour estimer la morbidité générale avec la possibilité de distinguer la situation sanitaire des ménages ou des individus les plus pauvres de la population. Les données de l'enquête se prêtent également pour une analyse de la morbidité spécifique en terme de proportion pour les affections et problèmes suivants:

- maux de ventre/diarrhée ;
- fièvre/paludisme ;
- accidents ;
- problèmes dentaires ;
- problèmes de la peau ;
- problèmes de l'œil ;
- maux d'oreille/nez/gorge.

L'analyse a ensuite consisté à la recherche des relations éventuelles de la morbidité avec les variables suivantes :

- statut de la résidence principale : Niamey, autres villes, rural ;
- mode d'approvisionnement en eau : source salubre, non salubre ;
- caractéristiques de l'habitat (matériaux des toits et des murs précaires ou non précaires)
- système d'évacuation des excréta ; adéquat, non adéquat ;
- pauvreté monétaire ;
- sexe du membre du ménage ;
- sexe du chef de ménage ;
- état de handicap du chef de ménage
- emploi ;
- niveau d'instruction.

### **4.1. Morbidité générale**

L'enquête QUIBB-2005 a révélé un taux de morbidité générale de 9,6% pour l'ensemble des ménages ayant fait l'objet de l'enquête au niveau national reparti de façon symétrique entre les occupants d'un habitat précaire (49.3%) et habitat non précaire (50.7%). La morbidité est prédominante chez les occupants d'habitat précaire en zone rurale (56,1%) où de façon générale le taux de morbidité est plus élevé (10%). Niamey enregistre le taux le plus bas avec 6,4%. Les autres villes ont un taux de morbidité de 8,2%. A Niamey (70.2%) comme dans les autres villes (94%) la charge morbide est contre toute attente beaucoup plus lourde chez les résidents d'habitat non précaire. En zone rurale la précarité du logement semble jouer un rôle important dans le développement des pathologies aussi bien au niveau des pauvres que des non pauvres.

Selon les données disponibles, la fréquence du paludisme chez les pauvres est beaucoup plus élevée à Agadez (64,5%), Tahoua (61,8%) et Dosso (57,4%). La plus faible fréquence est rencontrée à Diffa (39,2%) et Maradi (42,9%).

**Tableau N°16: Taux de morbidité générale selon la résidence principale et le statut de pauvreté**

Statut de pauvreté	Résidence principale			
	Niamey	Autres villes	Rural	Total
Ensemble	6.4	8.2	10	9.6
Non Pauvres	6.8	8.9	10.9	10.1
Pauvres	5.1	7.7	9.5	9.2

**Source: ME/F/INS/QUIBB-2005**

Les pauvres d' Agadez (28,6%) sont également beaucoup plus touchés par la diarrhée, suivis de ceux de Maradi (27,4%) et Diffa (23,7%). Les pauvres de Niamey (13% et Zinder (15, %) sont les moins touchés.

Toujours à Agadez (6 %), on observe une prédominance des problèmes dentaires au niveau des pauvres en comparaison avec les autres Régions. Les autres Régions enregistrant des fréquences plus élevées sont notamment Tillabéri (4,5%), Maradi (4,2%) et Zinder (4,1%). En revanche, Diffa est moins affecté par cette affection, ensuite vient Niamey avec une plus faible proportion (1,3%).

**Tableau n°17: Incidence des types de maladies chez les pauvres selon les régions**

Type de maladies ou blessure	Régions du pays								
	Agadez	Diffa	Dosso	Maradi	Tahoua	Tillabéri	Zinder	Niamey	Ensemble
fièvre, palu	64,5	39,2	57,4	42,9	61,8	44,9	56,9	50,5	51,5
diarrhée	28,6	23,7	18,1	27,4	19,9	20,9	15,8	13	21
blessure, accident	0	0	0,9	3,9	4,1	1	2,3	4,2	2,4
problème dentaire	6	0	3,2	4,2	3,5	4,5	4,1	1,3	3,9
problème de peau	14,2	3,8	8,9	8,8	9,3	12,4	7,1	5,1	9,2
problème d'œil	3,9	23,7	10,6	6,9	7,6	8,6	5,3	6	8
problème d'oreille, nez	3,3	37,2	20,9	18,9	10,9	16,9	11,2	13,8	16,9
autres	5	7,4	15,1	14	6,6	10,2	13,1	20,2	12,8

**Source : ME/F/INS/QUIBB-2005**

Les accidents surviennent plus fréquemment chez les pauvres de Niamey (4,2%), Maradi (4,1%) et Tahoua (3,9%). A Agadez aucun cas d'accident n'a été enregistré au niveau des individus enquêtés pendant la période considérée. Aussi, une proportion infime des répondants de Dosso ont déclaré avoir été victimes d'accidents (0,9%) les 4 dernières semaines précédant l'enquête.

Ce sont également, les pauvres d'Agadez qui payent un lourd tribut eu égard au problème de peau (14,2%), suivis dans une moindre mesure de ceux de Tillabéri (12,4%). Ces affections liées à l'hygiène individuelle sont moins fréquentes dans les Régions de Diffa (3,8%) et Niamey (5,1%).

Par contre s'agissant des problèmes d'œil, les pauvres du Manga se sont signalés comme étant les plus concernés avec une fréquence de 23,7% alors que la moyenne

nationale s'estimait à 8% pendant l'enquête.

L'analyse a démontré par ailleurs un taux de handicap de 1,5% sans variation significative entre les zones et entre les pauvres (1,5%) et les non pauvres (1,4%). Ce taux est très légèrement plus élevé en milieu rural (1,5%) qu'en milieu urbain où il s'établit à 1,1% à Niamey et 1,2% dans les autres villes.

**Tableau n°18 : Répartition des handicaps physiques ou mentaux selon la résidence et le niveau de vie**

<b>Résidence</b>	<b>% handicapés</b>
Niamey	1,1
Autres villes	1,2
Rural	1,5
<b>Statut de pauvreté</b>	<b>% handicapés</b>
<b>Pauvres</b>	<b>1,5</b>
Non pauvres	1,4
Ensemble	1,5

**Source: ME/F/INS/QUIBB-2005**

#### **4.2. Influence du mode d'approvisionnement<sup>8</sup> en eau sur la morbidité**

Quelque soit la localisation de la résidence principale, le mode d'approvisionnement en eau, a été identifié comme facteur déterminant de la morbidité. En effet, l'incidence de la maladie ou de la blessure les 4 dernières semaines ayant précédé l'enquête est beaucoup plus élevée dans les ménages dont l'eau ne provient pas d'une source sûre. De manière spécifique, une différence très nette ressort dans les autres villes entre le taux de morbidité des personnes qui utilisent une eau présumée insalubre (13%) et celui des personnes utilisant une source d'eau salubre (7,9%). A Niamey la morbidité est de 5,8% dans les ménages qui obtiennent leur eau d'une source saine contre 7,6% pour les autres sources. En zone rurale cette différence est beaucoup moins marquée avec un taux de morbidité de 10,6% et 9,2 % respectivement pour les sources potables et non potables.

**Tableau n° 19: Taux de morbidité selon le mode d'approvisionnement en eau et selon la résidence principale**

Morbidité selon le mode d'approvisionnement en eau et le lieu de résidence	1. salubre	2. non salubre	Ensemble
Niamey	5.8	7.6	6.4
Autres villes	7.9	13	8.2
Rural	9.2	10.6	10
Total	8.7	10.5	9.6

**Source: ME/F/INS/QUIBB-2005**

Les disparités en termes de morbidité sont moins fortes chez les pauvres par rapport à

<sup>8</sup> Le mode d'approvisionnement en eau est une variable à deux modalités (1. salubre, pour les robinets et les puits protégés ; 2. non salubre, pour les puits non protégés, les mares, les rivières, les camions, les vendeurs et les eaux de pluie)

la classe d'approvisionnement en eau du ménage.

**Tableau n°20 : Taux de morbidité selon le mode d'approvisionnement en eau**

Morbidité selon la classe mode approvisionnement en eau	1. Non précaire	2. Précaire	Ensemble
Pauvres	8,7	9,7	9,2
Non pauvres	8,7	11,9	10,1
Total	8.7	10.5	9.6

**Source: ME/F/INS/QUIBB-2005**

### **4.3. Influence de l'évacuation des excréta sur la morbidité**

La disponibilité des systèmes adéquats d'évacuation des excréta dans une communauté est reconnue comme une condition favorisant la réduction des maladies notamment liées au péril fécal.

A première vue, il ressort globalement un lien entre l'existence de ces équipements et le niveau de morbidité. Cela se confirme à travers un taux de morbidité plus élevé chez les individus ne disposant pas de sanitaires adéquats (9,7% contre 8,6% pour les autres mieux nantis en la matière).

Il ressort par ailleurs des disparités selon les individus en intégrant à cette analyse des variables liées à la résidence principale et au statut de pauvreté. En effet, les résultats de l'enquête QUIBB de 2005 montrent que le taux des personnes ayant souffert de maladies ou de blessures est beaucoup plus important dans le milieu rural (10%) que dans les autres villes (8,9%) et à Niamey (4,8%) , au niveau des ménages disposant d'équipements sanitaires non adéquats. En revanche, Niamey et le milieu rural enregistrent des taux de morbidité plus élevés en ce qui concerne les individus utilisant les types de toilette adéquats.

Par ailleurs, le niveau de morbidité lié à la variable type de toilette utilisé est plus élevé chez les non pauvres que chez les pauvres quelque soit la modalité (adéquat ou non) considérée. Il faudra toutefois faire preuve de prudence dans la mesure où les non pauvres pourraient être mieux enclins à répondre objectivement à la question liée à la maladie ; ce qui justifierait leur taux de morbidité relativement plus élevé contrairement à ce qu'on aurait pu penser.

**Tableau N°21. Taux de morbidité lie au type de toilette selon le statut de pauvreté et selon la résidence principale**

Morbidité selon le type de toilette	1. Non adéquat	2. Adéquat	Ensemble
Niamey	4,8	9,6	6,4
Autres villes	8,9	7,3	8,2
Rural	10	9,6	10
Pauvres	9,3	8	9,2
Non pauvres	10,3	9,1	10,1
Total	9,7	8,6	9,6

**Source: ME/F/INS/QUIBB-2005**

#### **4.4. Influence de la pauvreté monétaire sur le taux de morbidité**

Selon Jean-Luc Dubois (1998), La pauvreté monétaire exprime un aspect de niveau de vie et résulte d'une insuffisance de ressources engendrant une consommation insuffisante (expression d'un niveau de bien-être trop faible). Sa mesure s'appuie soit sur le revenu, soit sur la consommation, traduite en valeur monétaire. On définit un seuil monétaire en deçà duquel on est considéré comme pauvre, et l'on comptabilise le nombre de pauvres par référence à ce seuil (ligne de pauvreté).

**TABLEAU N°22. Taux de morbidité lié à la résidence principale et le statut de pauvreté**

Morbidité selon le statut de pauvreté et la résidence principale	Pauvres	Non pauvres	Ensemble
Niamey	5.1	6.8	6,4
Autres villes	7.7	8.9	8,2
Rural	9.5	10.9	10
Total	9.2	10.1	9.6

**Source: ME/F/INS/QUIBB-2005**

Schématiquement on associe la pauvreté monétaire à l'insuffisance de la satisfaction des besoins essentiels de base comme se nourrir et s'habiller et à la limitation de l'accès aux services essentiels de base, comme l'assainissement, l'habitat, l'éducation ou la santé avec comme implication présumée la détérioration de l'état de santé de la famille ou du ménage pauvre par rapport au plus fortuné. Partant de cette logique, le taux de morbidité générale au niveau national étant de 9.6%, il convient de déterminer les effets du statut économique sur la pauvreté en distinguant les ménages en deux catégories « pauvres » et « non pauvres » ; en recherchant le poids de la morbidité dans chaque catégorie.

Ceci a permis de constater que la morbidité est plus élevée chez les non pauvres qui enregistrent un taux de 10,1%, alors que ce taux est de 9,2% chez les pauvres.



L'explication qui peut en résulter est que les non pauvres ont accès à plus d'information sur la santé pour prendre plus au sérieux tous les symptômes de maladies qui leurs surviennent tandis que les pauvres ne perçoivent pas la gravité de certaines affections comme la diarrhée et le paludisme au point de les ignorer dans la réponse donnée pendant l'enquête. L'analyse a fait ressortir tout de même que les pauvres de la zone rurale sont les plus touchés avec un taux de (9.5%), tandis que les pauvres des autres villes détiennent (7.7%) et ceux de Niamey (5.1%).

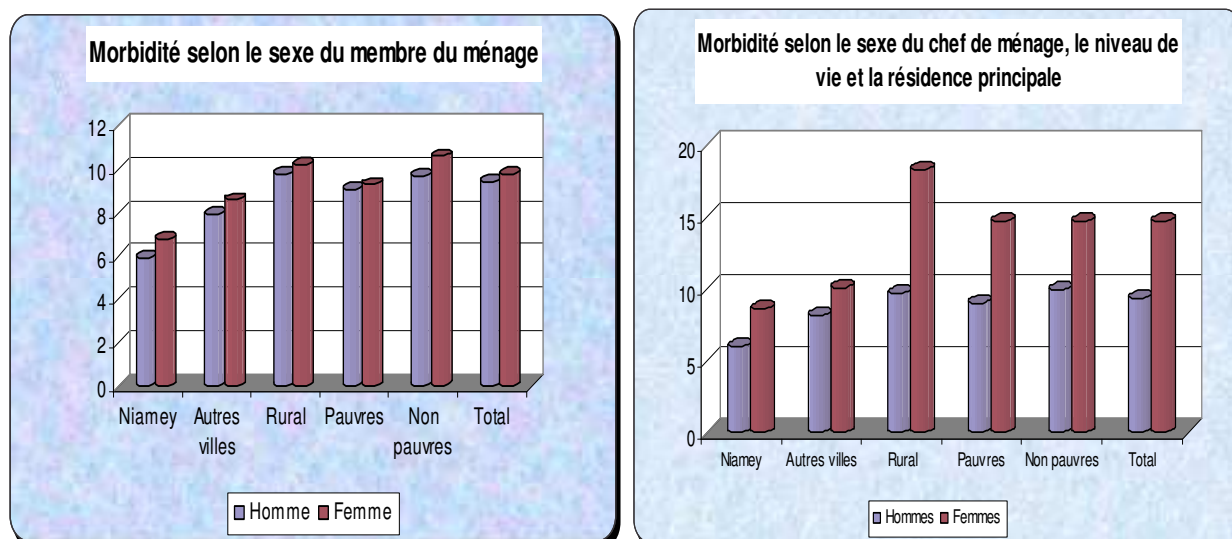
#### 4.5. Influence des autres facteurs sociodémographiques et environnementaux sur la morbidité

##### 4.5.1. Genre et morbidité

Le statut de la femme dans la société traditionnelle limite son accès aux activités rémunératrices. Cette situation résulte de nombreux facteurs parmi lesquels, nous pouvons retenir le manque d'éducation et d'accès au crédit, les pesanteurs socioculturelles.

Le ratio anormalement élevé de la mortalité maternelle au Niger depuis plus de trois décennies laisse supposer que les femmes sont beaucoup plus vulnérables aux maladies que les hommes particulièrement en situation de pauvreté. Il s'agit donc de chercher à savoir si le sexe constitue un facteur de discrimination relativement à la morbidité. Suite à l'analyse des résultats issus de l'enquête QUIBB, 2005, il en ressort que le taux de morbidité chez la femme (9,8%) contre 9,4% chez l'homme, quelque soit le statut économique de la femme comparé à l'homme. Dans la catégorie ' pauvre' le taux de morbidité est de 9,3% et 9,1% respectivement chez la femme et l'homme. Au niveau des non pauvres les femmes sont frappées à 10,6% et les hommes 9,7%. On peut donc affirmer que le sexe est un facteur déterminant en relation avec la morbidité quelque soit le statut économique de la femme.

#### Graphiques 1 et 2 : Taux de morbidité selon le sexe, le statut de pauvreté et la résidence principale



Source : A partir des données de l'enquête QUIBB-2005

En considérant la morbidité selon le sexe du chef de ménage, les disparités ressortent mieux selon la résidence et le statut de pauvreté des individus. En effet, on constate

qu'elle se situe à 14,7% au niveau des individus vivant dans des ménages dirigés par une femme contre 9,3% pour les personnes résidant dans un ménage dirigé par un homme. Cette disparité selon le genre est encore plus forte en milieu rural (18,3% dans le cas des ménages dirigés par une femme contre 9,7% autrement).

#### **4.5.2. Influence du milieu de résidence sur la morbidité**

En prenant en considération le statut de la résidence principale l'enquête QUIBB, 2005 a révélé une disparité entre la zone urbaine et la zone rurale caractérisée surtout par la faiblesse de l'accessibilité des membres des ménages ruraux aux services sociaux de base en faisant ressortir une situation peu favorable à la santé qui se présente comme suit :

- taux net de fréquentation scolaire au primaire ou taux net de scolarisation (TNS) pour les zones rurales de 36,8% contre 64,2% pour les zones urbaines ;
- population active sous-employée plus présente en milieu rural (21,4%) contre 18,3% en milieu urbain ;
- prédominance d'habitat précaire ;
- faible taux d'accès à l'eau potable de 60,3% en milieu rural contre 96,7% en milieu urbain ;
- forte proportion des ménages (50,8%) utilisant des puits non protégés ;
- faible accessibilité aux systèmes d'évacuation des excréta. C'est principalement en milieu rural que l'utilisation de la nature comme lieu d'aisance est presque commun (environ 90% des ménages).

Il s'agit à ce point précis de chercher de déterminer si le statut de résidence ainsi décrit a une influence sur la morbidité.

Selon, les données de QUIBB, 2005, plus le centre est urbanisé, plus il y'a déclin de la morbidité. C'est ainsi que Niamey la capitale qui est le centre le plus urbanisé du pays présente le plus faible taux (6,4%), les autres villes ont un taux de 8,2% et le niveau rural qui a le plus fort taux (10%) dépasse la moyenne nationale qui est de 9,6%. Comme on vient de le constater le statut de résidence a une forte influence sur la morbidité.

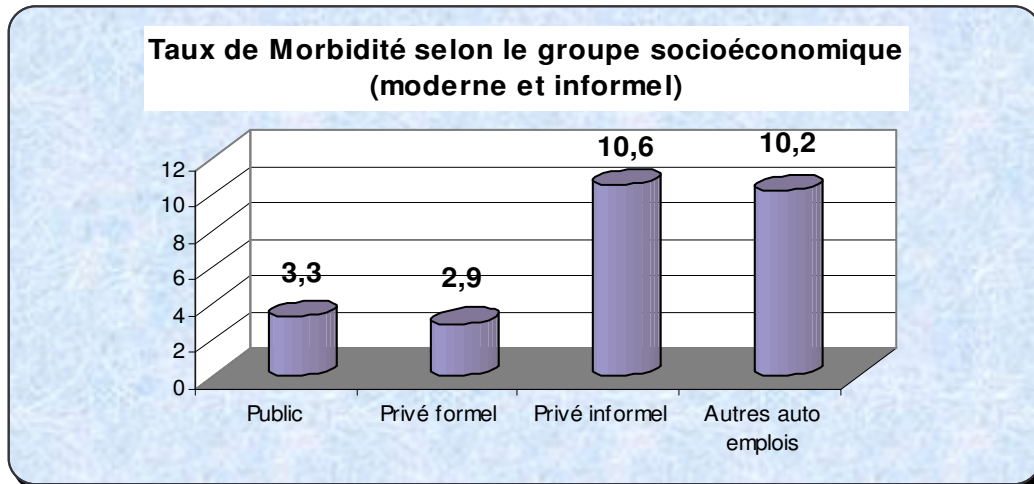
#### **4.5.3. Influence de l'emploi sur la morbidité**

L'emploi est souvent associé à l'acquisition du revenu déterminant souvent la consommation de l'individu ou du ménage. Plusieurs études ont démontré une relation étroite entre l'emploi et le statut sanitaire tout comme le risque pour la santé est associé à certaines expositions professionnelles. L'objet de cette analyse est de cerner la portée de l'emploi sur la morbidité. A cette fin, l'emploi a été examiné selon les catégories suivantes : Public, privé formel, privé informel, agriculteur, autre auto emploi, pas employé.

Comme il fallait s'y attendre, le statut de l'emploi est intimement lié au statut sanitaire où deux pôles se sont dégagés à savoir le secteur formel et le secteur informel et apparenté. Subséquemment, les travailleurs du secteur formel public et privé encourrent moins de risque de tomber malade selon les résultats de l'enquête QUIBB, 2005. C'est au sein de ces travailleurs qui bénéficient généralement plus de stabilité dans l'emploi et de couverture sociale que des taux plus faibles de morbidité ont été notifiés. Les taux

enregistrés sont de 2,9% pour le secteur privé formel et 3,3% pour le secteur public. Les employés des autres secteurs (informel et apparenté) courent pratiquement tous au moins trois fois plus de risque que leurs homologues du secteur formel de contacter des maladies. Parmi ces travailleurs le risque le plus élevé (10,2%) a été noté chez le privé informel (10,6%) et l'auto-emploi (10,2%).

**Graphique 3 : Taux de morbidité selon le groupe socioéconomique**



Source : A partir des données de l'enquête QUIBB-2005

Cependant, il ressort de l'analyse que chez les pauvres, on n'observe pas de disparités fortes en termes de morbidité liée à l'emploi du secteur formel public au secteur informel, contrairement à la situation qui prévaut chez les non pauvres.

#### **4.5.4. Influence du logement sur la morbidité (caractéristiques du logement et morbidité)**

Le logement est une affaire privée, une responsabilité de santé publique et une mesure de statut personnel et familiale. Le logement est important en termes de santé physique, mentale et sociale et il a également des implications pour toutes les phases de l'existence humaine. Mais il est difficile d'isoler, l'impact du logement sur la santé, parce que plusieurs facteurs autres que le logement ont des effets simultanés sur les personnes impliquées. Là où il existe un standard élevé de logement, il y a généralement un revenu élevé, un niveau élevé d'éducation, la disponibilité des soins médicaux, un excellent niveau nutritionnel et d'autres facteurs relatifs à la promotion et à la protection sanitaire.

Au contraire dans l'habitat précaire, il y'a tendance à avoir des facteurs qui constituent une menace pour la santé et la vie. A titre d'exemple, le comité sur l'hygiène de l'habitat de l'association américaine de santé publique considère que si quatre des critères suivants existent, l'habitat peut être considéré de précaire ou insalubre:

- eau insalubre ;
- source d'eau en dehors de l'habitation;
- partage de toilette ou toilette hors de l'habitation ;
- partage de la douche ou douche hors de l'habitation ;
- plus de 1,5 personnes par chambre ;
- moins de 40 pieds carrés de chambre à coucher ;

- manque d'issue bilatérale ;
- manque d'électricité ;
- manque de fenêtres ;
- détérioration.

Sans pour autant appliquer les paramètres sus énumérés on peut se faire une idée de ce que représente le standard des habitations au niveau local. Pour les besoins de l'exercice les logements ont été catégorisés en précaire et non précaire selon les caractéristiques des matériaux des murs et du toit. Cette distinction devrait permettre de chercher les liens entre les caractéristiques de l'habitat et la morbidité.

L'enquête QUIBB-2005 a révélé un taux de morbidité générale de 9,6% pour l'ensemble des ménages ayant fait l'objet de l'enquête au niveau national.

Globalement, la morbidité est légèrement plus élevée au niveau des personnes vivant dans les habitats précaires (matériau du toit et matériau du mur inadéquats) (9,6% contre 9% autrement). Toutefois, cela mérite d'être nuancé.

A Niamey, la disparité en termes de morbidité selon les deux catégories d'habitat est relativement faible des constructions précaires aux non précaires. C'est d'ailleurs les individus vivant dans un habitat non précaire qui ressortent avec un taux de morbidité de 6,5% légèrement supérieur au taux obtenus pour les habitats précaires (6,2%).

En milieu rural, également, le constat est identique à celui de la capitale ; à la seule différence que les disparités sont plus fortes en termes de morbidité (13% pour les non précaires contre 9,9% pour les précaires).

A contrario, les autres villes présentent une situation différente pour cette analyse dans la mesure où la morbidité y est plus élevée chez les habitats précaires (8,5% contre 7,6% autrement). En effet en zone rurale, la précarité du logement semble jouer un rôle important dans le développement des pathologies aussi bien au niveau des pauvres que des non pauvres.

**Tableau N°23 : Morbidité liée au type d'habitat selon la résidence principale et le statut de pauvreté**

Morbidité selon le type d'habitat	Non précaire*	Précaire	Ensemble
Niamey	6,5	6,2	6,4
Autres villes	7,6	8,5	8,2
Rural	13	9,9	10
Pauvres	9,9	9,2	9,2
Non pauvres	8,5	10,5	10,1
Total	9	9,6	9,6

**Source : ME/F/INS/QUIBB-2005**

\* la précarité est liée au matériau du mur et du toit

#### **4.5.5. Influence du niveau d'instruction sur la morbidité**

Le niveau d'instruction est un capital potentiel qui permet à l'individu d'accéder à un statut socio-économique élevé. Par contre les personnes pauvres sont souvent pauvres à cause de leur faible niveau d'éducation ; ils sont souvent incapables de trouver un travail bien rémunéré ou de ne pas trouver du tout du travail. Leur faible niveau d'éducation les rend incapables de comprendre ou de réagir adéquatement à l'éducation

pour la santé contrairement aux personnes d'un niveau d'éducation élevé qui peuvent comprendre et avoir une réaction appropriée.

Fort de cette présomption, il faudra dans cette rubrique identifier les effets du niveau d'instruction sur la morbidité afin de voir si l'on peut aboutir au résultat attendu qui veut que le niveau d'instruction soit un facteur discriminant de la morbidité. Dans cette optique, le niveau d'instruction a été échelonné en 7 niveaux : aucun niveau, alphabétisé sans distinction du stade atteint, instruction coranique sans différenciation du niveau, niveaux primaire et secondaire, formation technique et professionnelle et niveau supérieur. Les résultats ont mis en évidence que le niveau d'éducation est un facteur déterminant pour le développement de maladie. Le faible niveau étant le facteur le plus favorisant et le niveau élevé le moins favorisant. Dans ce sillage on remarque que jusqu'à l'école primaire, les individus courent un risque plus élevé de tomber malade, les alphabétisés courant un risque beaucoup grand (21,3%) que même ceux qui n'ont aucune instruction (7,8%). Cependant ces chiffres méritent d'être interprétés avec prudence dans la mesure où le niveau d'alphabétisation n'est pas éclaté, ce qui peut signifier que beaucoup d'individus au premier stade d'alphabétisation c'est-à-dire sans pratiquement aucun niveau d'instruction peuvent gonfler cette catégorie. Dix (10%) des personnes ayant reçu un enseignement coranique ont été malades ou blessés durant les 4 semaines précédant l'enquête, donc un risque plus élevé que les personnes qui ont un niveau du primaire (7,0%). Là également l'enseignement coranique n'a pas été échelonné.

Les répondants qui ont un niveau secondaire ou supérieur ainsi que ceux ayant reçu une formation professionnelle et technique ont une probabilité moins grande de tomber malade. La plus faible proportion des personnes tombées malades étant notée au niveau de la formation professionnelle et technique (3,8%). Il n'a pas été trouvée une différence notable entre le niveau supérieur (5,9%) et le secondaire (5,3%).

A contrario, les taux de morbidité les plus élevés sont observés chez les individus très peu instruits, à savoir les sans niveau (7,8%), ceux qui ont le niveau coranique (10,1%) et surtout ceux qui sont alphabétisés (21,3%).

En considérant la population des pauvres, force est de constater une disparité plus forte entre les personnes peu ou pas du tout instruits et les individus bien instruits. En guise d'illustration, les alphabétisés pauvres ont une morbidité de 23,1% contre moins de 7% pour les pauvres du niveau au moins égal au secondaire.

**Tableau N°24 : Morbidité liée au niveau d’instruction de l’individu selon la résidence principale et le statut de pauvreté**

Morbidité selon le niveau d'instruction	Aucun	Coranique	Alphabétique	Primaire	Secondaire	Professionnelle et technique	Supérieure
Niamey	8,1	8,2	9	5,4	4,4	4,1	5,2
Autres villes	3,6	6,3	27,4	5,5	5,3	5,3	5,2
Rural	8,5	10,7	21,3	7,7	5,9	1	12,9
Pauvres	6,4	9,3	23,1	7	5,6	7,6	0
Non pauvres	10,4	11,4	18,7	7,1	5,1	3,4	6,2
Total	7,8	10,1	21,3	7	5,3	3,8	5,9

**Source : ME/F/INS/QUIBB-2005**

#### **4.5.6. Etat de Handicap dans les ménages (chefs de ménage)**

Un handicap réfère surtout aux difficultés qu’éprouve un individu à accomplir certaines activités ou à exercer certains rôles correspondant à un fonctionnement normal en société. Plusieurs pathologies ou accidents peuvent être responsables de ce problème dans notre pays. Ce sont les accidents de trafic, les accidents cardiovasculaires, la lèpre, certaines maladies infectieuses et parasitaires comme la méningite, l’onchocercose et la poliomyélite, les affections oculaires pour ne citer que ceux-là. La gravité d’un handicap dépend des éléments suivants :

- les caractéristiques socio-économiques de l’individu, son histoire sociale, son métier, son niveau de formation académique et professionnelle, etc. ;
- la réaction personnelle de l’individu à cette déficience ;
- les valeurs dominantes dans la société ainsi que les attentes que celle-ci entretient envers l’individu déficient ;
- l’organisation et l’accessibilité des équipements collectifs.

Au Niger les handicapés sont assimilés aux mendiants ou à une charge pour la société parce qu’ils sont généralement démunis et l’organisation des équipements collectifs demeure encore très faible. L’handicap du chef de ménage a très souvent des répercussions négatives sur la santé et le bien être de la famille.

Les résultats de l’enquête QUIBB, 2005 ne permettent pas de procéder à la différenciation entre handicap locomoteur, handicap mental et handicap visuel.

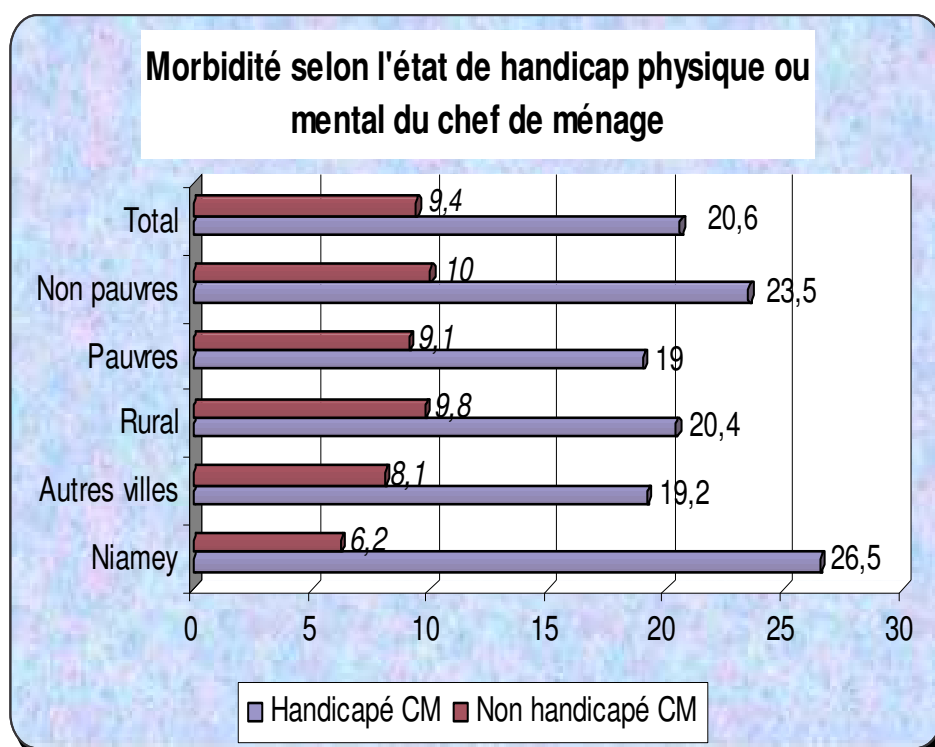
Globalement 1,9% des ménages nigériens présentent un handicap mental ou physique. Il n’existe pas une différence significative entre la zone urbaine et la zone rurale; mais la zone rurale est légèrement plus touchée (1.5%). La Région de Zinder comporte le plus fort taux de handicap soit pratiquement le double (3,6%) de la moyenne nationale. La seconde Région avec un taux plus élevé est Tillabéri. Dosso est la Région la moins touchée avec un taux de 0,9%. Les pauvres (1,4%) et les non pauvres (1,4%) sont équitablement atteints.

**Tableau n°25 : Répartition des chefs de ménage selon l'état de handicap, le statut de pauvreté et la résidence principale**

Handicap mental ou physique	Pauvres				Non pauvres			
	Niamey	Autres villes	Rural	Total	Niamey	Autres villes	Rural	Total
%	0.8	1.4	1.6	1.5	1.1	1.2	1.5	1.4

Source : ME/F/INS/QUIBB-2005

**Graphique 4 : Morbidité selon l'état de handicap du chef de ménage, le statut de pauvreté et la résidence principale**



Source : A partir des données de QUIBB-2005

Il ressort du graphique N°4, que l'handicap physique ou mental du chef de ménage a des répercussions significatives sur la morbidité sans distinction de statut de pauvreté ou de résidence.

#### **4.5.7. Statut sanitaire et nutritionnel des enfants issus des ménages pauvres**

##### **4.5.7.1. Statut sanitaire**

La diarrhée est communément appelée maladie des pauvres ou maladie des mains sales parce qu'elle est généralement associée à une faible accessibilité à l'eau et à un manque d'hygiène particulièrement des mains et des aliments.

Selon l'EDSN-II de 1998, la prévalence de la diarrhée est particulièrement élevée au Niger. Près de deux enfants sur cinq (38%) ont été touchés en 1998.

La prévalence de la diarrhée est singulièrement importante chez les jeunes enfants de 6-11 mois (50%) et de 12-23 mois. L'enquête QUIBB, 2005 montre une prévalence de la diarrhée de 20.9% avec une prédominance des cas (21%) au niveau des ménages dont la source d'approvisionnement en eau est insalubre contre 20% pour les sources saines. Le taux le plus bas (19%) est enregistré au niveau des ménages disposant de robinet dans le logement.

Le taux de diarrhée est relativement plus élevé (21%) chez les ménages ne disposant pas d'installations sanitaires adéquates d'évacuation des excréta. Il est de 20,8% chez les ménages dotés d'équipement appropriés. Enfin les Régions de Maradi (26.7%), Diffa (25.8%) et Tillabéri (21.2%) sont les plus affectées et les moins affectées sont Diffa (15,4%) et Zinder (15,4%).

Si pour l'ensemble des individus de tout âge de la population, la prévalence de la diarrhée est plus forte chez les pauvres (21%) que chez les non pauvres (20,8%), il n'en est pas de même en considérant le cas spécifique des enfants de moins de cinq ans. En effet pour ce groupe d'âge d'individus fortement exposés à la morbidité, la prévalence de la diarrhée ne varie pas selon le statut de pauvreté du ménage (23,2% pour les pauvres comme pour les non pauvres) même si ce taux est au dessus de la moyenne nationale tout âge confondu, estimée à 20,9%. Par ailleurs, la prévalence de la diarrhée pour les enfants de moins de cinq ans, est moins élevée à Niamey que dans les autres centres urbains et en milieu rural.

**Tableau n°26: prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans selon le mode d'approvisionnement en eau, le statut de pauvreté et la résidence principale**

Résidence et statut de pauvreté	Prévalence diarrhée selon le mode d'approvisionnement en eau		
	approvisionnement eau non précaire	approvisionnement eau précaire	Ensemble
Pauvres	23,6	22,9	23,2
Non pauvres	23,9	22,6	23,2
Niamey	23,7	15,9	21,7
Autres villes	25,2	25,7	25,2
Rural	23,5	22,9	23,1
Total	23,7	22,8	23,2

**Source : ME/F/INS/QUIBB-2005**

S'agissant de la fièvre et du paludisme au niveau des enfants de moins de cinq ans, on observe que la prévalence est légèrement plus forte chez les pauvres (61% environ) que chez les non pauvres (60%) ; surtout à Niamey (79,6% contre 52%).

Pour les autres villes et le milieu rural, cette prévalence est identique entre pauvres et non pauvres.



**Tableau n°27: prévalence de la diarrhée et du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans selon le statut de pauvreté et la résidence principale**

Enfants de moins de 5 ans	Pauvres				Non Pauvres				Ensemble			
	Niamey	Autres villes	Rural	Total	Niamey	Autres villes	Rural	Total	Niamey	Autres villes	Rural	Total
prévalence diarrhée	12,4	30,7	22,9	23,2	24,6	14,2	23,6	23,2	21,7	25,2	23,1	23,2
prévalence fièvre et paludisme	79,6	55,8	60,9	60,9	52	55,6	61,7	60	58,4	55,7	61,2	60,6

**Source : ME/F/INS/QUIBB-2005**

#### **4.5.7.2. Statut nutritionnel**

L'état de nutrition revêt une importance particulière pour la santé de l'enfant et son développement mental et locomoteur. Il est connu que le risque de maladies contagieuses est plus élevé chez les sujets dénutries, phénomène corrélé à la malnutrition.

La relation entre infection et nutrition est réciproque, car l'infection affecte aussi l'état de nutrition. Pour ces raisons évidentes, il est d'une impérieuse nécessité de suivre le statut nutritionnel notamment celui des enfants issus de la population défavorisée.

Pour la présente étude, l'analyse porte sur les résultats de l'enquête QUIBB-2005 où l'état nutritionnel est évalué à partir d'indicateurs anthropométriques calculés à partir de l'âge, du poids et de la taille. Il s'agit des indicateurs combinant à la fois, la taille et l'âge (émaciation), le poids et la taille (retard de croissance) ; et le poids et l'âge (insuffisance pondérale). A cet effet, les enfants de moins de 5 ans ont été mesurés et pesés.

Ces indices sont comparés pour chaque enfant enquêté à ceux des enfants ayant les mêmes caractéristiques (âge et sexe) et faisant partie de la population de référence internationale définie par le Centre National Américain des Statistiques Sanitaires (NCHS) et adoptée par le Centre de Contrôle des Maladies d'Atlanta (CDC) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'échantillon utilisé par le NCHS/CDC/OMS est supposé représentatif d'une population saine et bien nourrie.

Selon les résultats préliminaires de l'EDSN-MICS3, la situation nutritionnelle s'est globalement améliorée. En effet, en considérant l'indicateur poids-pour-âge, qui reflète à la fois les deux formes de nutrition (chronique et conjoncturelle) par l'appréciation de l'insuffisance pondérale, il est noté que le pourcentage d'enfants malnutris qui était de 49,6%, soit près d'un enfant nigérien sur deux en 1998, s'établit à 44,4% en 2006. Cette amélioration de l'état nutritionnel des enfants est beaucoup plus marquée en milieu urbain.

L'analyse du statut nutritionnel a porté sur trois facteurs essentiels, qui sont l'émaciation, le retard de croissance et l'insuffisance pondérale.

L'enquête QUIBB-2005 a mis en évidence que 25,4% des enfants souffrent de malnutrition aigue ou d'émaciation. Ce chiffre est 11 fois plus élevé à celui que l'on

s'attend (2,3%.) à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie. Les enfants émaciés représentaient déjà un taux de 21% en 1998 selon la deuxième Enquête Démographique et de Santé de 1998.

**Tableau n°28: Malnutrition des enfants de moins de cinq ans selon le statut de pauvreté et la résidence principale**

	National				Pauvres				Non pauvres			
	Niamey	Autres villes	Rural	Total	Niamey	Autres villes	Rural	Total	Niamey	Autres villes	Rural	Total
Nutrition	63,6	29,9	10,2	14,9	55,8	26,4	9	11,4	66,7	35	13	21,4
suivi de croissance	79,4	66,7	26,1	32,5	65	61,9	24,9	28,7	85	73,6	28,6	39,7
Emacié	20,6	28	25,4	25,4	20,1	27,2	25,1	25,1	20,8	29,1	26,1	25,8
Retard de croissance	34,8	46,9	60,4	57,8	45,7	49,6	62,2	60,8	30,8	43	56,7	52,3
Insuffisance pondérale	33,5	51,2	57,6	55,7	38,4	52,8	59,3	58,3	31,7	48,7	53,9	50,8

**Source : ME/F/INS/QUIBB-2005**

Si pour l'indicateur relatif à l'émaciation, on ne signale pas de disparités selon le statut de pauvreté, il n'en est pas autant en ce qui concerne le retard de croissance et l'insuffisance pondérale. En effet, force est de constater que pour ces deux indicateurs, la situation est beaucoup plus préoccupante chez les enfants vivant dans des ménages pauvres et cela quelque soit la résidence principale. En fait, la situation précaire en termes d'accès à la nourriture et aux médicaments assez généralisée dans la population est encore plus alarmante dans les ménages pauvres, ce qui rend davantage vulnérables à la malnutrition, les enfants s'y trouvant. Une autre raison corrélée à l'état de malnutrition plus préoccupante chez les pauvres serait due au faible suivi de leur part, des programmes de nutrition et de suivi de croissance.

En 2006, l'EDSN/MICS3 a mis en évidence une nette amélioration de ce taux qui s'établit à 10,3% soit une réduction de plus de 50% comparativement à 1998.

Il a été recensé 57,8% d'enfants atteints de malnutrition chronique qui se manifeste par une taille trop petite pour l'âge, se traduisant par un retard de croissance. Cette proportion est 26 fois plus élevée à celle que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie à savoir 2,3%. En 1998, 41% souffraient de malnutrition chronique (EDSN, 98). Mais en 2006, il a été enregistré un taux de malnutrition chronique de 50%, selon EDSN/MICS3.

Un enfant nigérien sur deux (50%) souffraient d'insuffisance pondérale en 1998 (EDSN, 98), un taux 25 fois plus élevé à celui que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie à savoir 2,3%. ils sont 55,7% en 2005 (QUIBB, 2005) dans cette situation. Il faut au besoin rappeler que l'enquête QUIBB s'est déroulée dans un contexte de crise alimentaire. Il a été observé une nette amélioration de la situation en 2006, car l'EDSN-MICS3 a fait ressortir un taux de 44.4%.

L'âge est un facteur déterminant en matière de nutrition comme nous l'indique l'EDSN-

MICS3. Pour preuve, la période autour du sevrage s'avère la plus critique pour les enfants en termes d'état sanitaire. Les tranches d'âges de 12-23 et 24-35 enregistrent les plus forts taux de malnutrition avec respectivement 59,4% et 54,1%. Le premier semestre de la vie comporte moins de risque pour la malnutrition. A cette période où l'on préconise l'allaitement exclusif parce que suffisant pour la nutrition de l'enfant, on ne dénombre presque pas de malnutrition (3,9%).

En observant de près les données de l'enquête QUIBB et en s'intéressant au statut de la résidence principale, on se rend compte que les trois états de malnutrition sévissent moins à Niamey tout comme dans les ménages non pauvres, avec des taux respectifs selon les formes qui est de 20,6% d'émaciation, 34,8% pour le retard de croissance et 33,5% pour l'insuffisance pondérale. L'émaciation est plus fréquente (28%) dans les villes du pays ce qui confirme les résultats de l'EDSN, 98 qui indiquent que le milieu urbain se caractérise par une prévalence de malnutrition aiguë nettement inférieure à celle enregistrée en milieu rural (13% contre 22%).

Le retard de croissance et l'insuffisance pondérale sont l'apanage de la zone rurale qui détient des taux anormalement élevés : 60.4% pour le retard de croissance et 57.6% pour l'insuffisance pondérale. L'EDSN-II de 1998 a mis également en évidence la prédominance de ces deux formes de malnutrition en zone rurale.

Cependant d'après l'EDSN-MICS3, toutes les formes de malnutrition sont prédominantes en zone rurale avec un taux d'émaciation de 10,6%, un taux retard de croissance de 53,3% et d'insuffisance pondérale de 47,3%.

Selon le sexe, on remarque (tableau N°28) que l'émaciation frappe plus les filles (26,1%) que les garçons (24,6%). Tandis que le retard de croissance (59%) et l'insuffisance pondérale (56%) sont beaucoup plus importants au niveau des garçons.

**Tableau n°29 : Malnutrition des enfants de moins de cinq ans selon le sexe et la résidence principale**

Sexe	Masculin				Féminin			
	Niamey	Autres villes	Rural	Total	Niamey	Autres villes	Rural	Total
Emacié	18.8	27.9	24.7	24.6	22.2	28	26.2	26.1
Retard de croissance	37.6	49.1	61.2	59	32.2	44.9	59.6	56.7
Insuffisance pondérale	32.2	54.1	57.7	56	34.8	48.6	57.6	55.4

**Source : ME/F/INS/QUIBB-2005**

L'EDSN-MICS3, nous rapporte que le niveau d'instruction et l'âge de la mère sont des facteurs déterminants de la malnutrition.

En ce qui concerne l'âge, il a été constaté que les malnutritions chroniques (51,1%) surviennent chez les enfants des mères plus âgées comprises dans la tranche de 35 à 49 ans.

Les autres formes de malnutrition surviennent chez les enfants de très jeunes mères (adolescentes) comprises dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans. On compte au niveau

de ces enfants un taux d'émaciation de (12,4%) et un taux d'insuffisance pondérale de 48,7%.

Le niveau d'instruction est encore beaucoup plus parlant. En effet en se référant à cette variable, on constate que tous les niveaux les plus élevés pour toutes les formes de malnutrition sont observables chez les enfants des mères qui n'ont aucun niveau d'instruction. Les taux enregistrés dans ce groupe est au moins le double pour toutes les formes de malnutrition de ceux existants chez les enfants de mère d'un niveau d'instruction élevé.

Les taux recensés auprès des enfants de mères sans aucune instruction sont pour l'émaciation de l'ordre de 10,5%, pour la malnutrition chronique 51,1% et pour l'insuffisance pondérale de 46,1%.

L'état de nutrition des enfants est tributaire de la faculté physique ou mentale du chef de ménage tel qu'illustré par les résultats issus de l'enquête QUIBB-2005 qui montrent que 27% des enfants émaciés proviennent des ménages dont le chef est mentalement ou physiquement handicapé.

## **CHAPITRE V: ACCES DES PAUVRES AUX SERVICES DE BASE**

### **5.1. Couverture vaccinale**

**Selon l'EDSN-MICS3 pour la vaccination des enfants de moins de cinq ans**, des progrès notables sont réalisés entre 1998 et 2006. En effet, la proportion des enfants vaccinés s'est nettement améliorée sur la période, en passant de 60% en 1998 à 83,5% en 2006. Cette hausse est notamment plus marquée en milieu rural, où le taux est passé de 52,7% à 81,5% au cours de la période de référence. Ces progrès enregistrés sur l'ensemble des vaccinations du PEV sont particulièrement visibles concernant la POLIO1, dont le taux de prévalence a bondi de plus de 27 points entre 1998 et 2006, pour se situer à 79,6%. Par milieu de résidence, la proportion des enfants ayant reçu au moins une vaccination est plus faible en milieu rural (81,5%) comparée au milieu urbain (93,6%). A Niamey, la quasi-totalité des enfants ont reçu au moins une vaccination (97,3%) contre 81,2% pour les autres villes du Niger en 2006.

Les données de l'enquête et les résultats préliminaires de l'EDSN-MICS3 ne donnent pas la possibilité d'établir une ségrégation entre la couverture vaccinale des enfants provenant des ménages pauvres et les non pauvres.

Toutefois on remarque seulement 14,9 % des enfants fréquentent le programme de nutrition. La majorité de ces enfants proviennent de Niamey (63,6%) et des autres villes (29,9%). 10, 2% des enfants des ménages ruraux sont atteints par le programme de nutrition. Les enfants des ménages pauvres de la zone rurale (9%) sont encore plus défavorisés que les autres habitants non pauvres de la zone rurale (13%). Les enfants des familles pauvres des zones urbaines sont également plus marginalisés que les non pauvres. Ils sont (55,8%) des enfants pauvres à Niamey et 66,7% des non pauvres conduits au programme de suivi de croissance. Dans les autres villes l'écart entre pauvres (61.9%) et non pauvres (73.6%) est encore plus important.

En matière de suivi de croissance, 32.5% seulement sont inscrits à ce programme. Comme précédemment les enfants des ménages ruraux (26.1%) sont également désavantagés que ceux de Niamey (79.4%) et des autres villes (66.7%). Les pauvres qu'ils résident à Niamey (65%), dans les autres villes (61.9%) ou en zone rurale (24.9%) ont moins accès que les autres citoyens non pauvres qui sont pour Niamey (85%) autres villes (73.6%) et milieu rural (28.6%). On note au passage une fois encore que ce sont les enfants des ménages pauvres du milieu rural qui sont les moins servis de tous.

### **5.2. Utilisation des services de consultation**

Très peu de nigériens (7,6%) de l'ensemble de la population utilisent les services de santé/guérisseurs pour diverses raisons sauf en cas de maladies où on a enregistré selon l'enquête QUIBB 2005, 68,2% des personnes tombées malades font recours au service/personnel de santé guérisseurs ou marabout. En 2005, selon l'annuaire de statistiques sanitaires du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies, au total il a été enregistré 2.908.664 nouveaux consultants au niveau des soins curatifs pour une population de 12.579.381 habitants soit 0,23 nouveaux consultants par habitant, autrement dit un taux d'utilisation de 23%. C'est à Niamey qu'on rencontre le plus faible taux de consultation (5,3%) avec une différence appréciable comparativement avec la zone rurale (7,9%) où on remarque que la population fait plus appel au service /personnel de santé guérisseur ou marabout. Les

autres villes présentent un taux (7,2%) assez proche de la zone rurale.

Les pauvres sont plus nombreux que les non pauvres aux premières visites, ils sont 82,9% des malades à effectuer 1 à 3 fois de visites contre 78,7% chez les moins pauvres. A partir de la 3<sup>ème</sup> visite on constate une baisse vertigineuse du nombre de consultants et une inversion de la tendance au détriment des pauvres qui s'essouffent pour laisser la place aux non pauvres. En effet, 14,7% des non pauvres parviennent à se rendre 4 à 6 fois au service de consultation contre seulement 11,5% de consultants pauvres. Pour plus de 6 consultations on enregistre que 6,6% auprès des non pauvres et 5,6% au niveau des pauvres. Cette situation fait ressortir d'une part que dans la plupart des cas dès que la personne sent une amélioration elle ne revient plus au centre de santé et d'autre part que les non pauvres ont une plus grande capacité à faire face à la maladie financièrement mais également du point de vue comportemental puisque dans cette couche de population se trouve souvent les personnes avec un niveau élevé d'éducation qui leur permet d'adopter un comportement plus favorable à la santé, notamment à revenir plus régulièrement auprès du service ou de la personne qui offre les soins.

### **5.3. Consultation par type de services**

Dans la majorité des cas pour se faire soigner, les nigériens font recours aux centres de santé intégrés/ dispensaires publics (37,8%) qui sont le premier niveau de santé où on peut trouver un personnel qualifié (infirmier/sage femme). Les autres structures les plus utilisées sont les centres de santé communautaire (20,4%), autre premier niveau de contact où les gens vivent et travaillent mais ne disposant pas de personnel qualifié. Ce sont des structures qui dispensent les soins de santé de base et qui sont les plus disséminées dans le pays, mais souvent leur utilisation est limitée du fait de la proximité des CSI, où les gens préfèrent directement s'y rendre.

Les guérisseurs traditionnels comme leur nom l'indique sont ancrés dans le socle culturel de la société où 15% de la population utilisent leur service.

Des inégalités subsistent quant au type de service consulté, où l'on observe comme attendu la plus forte proportion de la population qui utilise les services spécialisés aussi bien publics que privés qui sont pour la plupart implantés dans la capitale . C'est ainsi que 20,8% des habitants de Niamey consultent les cliniques, 9,8 % l'hôpital national et 4,2% le médecin et dentiste privés. Ils ne sont en zone rurale que 1,6% pour les cliniques, 0,7% pour l'hôpital et 1,6% pour le médecin et dentiste privés. Mais c'est en zone rurale que les pharmacies sont le plus consultées avec 16.6% des répondants.

En dehors des pharmacies, l'ordre pour consultation des différents services est respecté aussi bien au niveau des pauvres que non pauvres. Concernant les pauvres, ils consultent respectivement les dispensaires publics (37.8%), les centres de santé communautaires (21.8%) et les guérisseurs traditionnels (15.7%). Les non pauvres font également plus recours aux mêmes types de services : dispensaires publics (37.7%), centres de santé communautaires (18.4%) et guérisseurs traditionnels (14.1%).

**Tableau n°30: Incidence des consultations par type de services, la résidence principale et le statut de pauvreté**

Type de services de santé consultés	Pauvres				Non pauvres			
	Niamey	Autres villes	Rural	Total	Niamey	Autres villes	Rural	Total
dispensaire privé	4.2	2.6	1.3	1.5	4.7	7	1.7	2.6
dispensaire public	48.9	45.3	37	37.8	40.7	49.4	35.7	37.7
clinique	13.2	4.5	1.4	1.8	22.4	5.3	2.1	4.3
case, centre de santé	7.2	6.4	23.4	21.8	5.3	1.4	22.3	18.4
Médecin, dentiste privé	1.3	0	0.3	0.3	4.9	1.1	0.6	1.1
guérisseur traditionnel	16.8	7.6	16.4	15.7	4.1	5.1	16.5	14.1
hôpital de district	2.3	6.5	0.9	1.4	3.5	7.8	2.8	3.4
hôpital régional	0	4.1	1.7	1.9	3.7	10.3	1.6	2.8
hôpital national	6	3.6	0.5	0.9	10.7	1.3	0.9	1.8
pharmacie, pharmacien	0	19.5	17.1	17	0	11.3	15.8	13.9

**Source: ME/F/INS/QUIBB-2005**

#### **5.4. Utilisation des soins préventifs en matière de santé de la reproduction**

##### **5.4.1 Assistance avant le dernier accouchement selon le personnel**

L'assistance par un personnel qualifié pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum est une des conditions essentielles à remplir par le service de santé afin de garantir un paquet minimum de soins à la mère et de réduire la mortalité maternelle. Sont considérés comme personnel qualifié, le gynécologue, le médecin, la sage femme et le médecin. Les accouchements assurés par l'accoucheuse traditionnelle même formée ne constituent pas une prise en charge par un personnel qualifié. C'est pourquoi, la feuille de route nationale sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale préconise d'accroître de 50% d'ici 2015 conformément aux objectifs du millénaire, l'assistance par un personnel qualifié de la grossesse.

Il est heureux de constater que la presque totalité (94,4%) des accouchements sont assistés par un personnel qualifié. Il y'a eu une nette amélioration de la situation par rapport à 1998 où l'EDSN, 98 constatait que seulement 18% des naissances se déroulaient dans les établissements sanitaires. Cette évolution exceptionnelle doit être interprétée avec beaucoup de prudence quand on sait que les cases de santé sont détenues par des agents de santé communautaires qui peuvent être assimilés aux infirmiers ou sages femmes par les répondants. Cela pourrait s'opposer aux résultats préliminaires de l'EDSN/MICS qui indiquent que seulement 17,2% des femmes ont accouché dans un centre de santé. L'essentiel de la prise en charge des grossesses selon QUIBB-2005 est assuré par les infirmiers et sages femmes (90,8%), qui constituent le plus gros effectif du personnel qualifié. Les médecins ne prenant en charge que 2,6% des cas. Par milieu de résidence, on

remarque les zones urbaines, Niamey (93,5%) et autres villes (97%) sont un peu plus favorisées par rapport au personnel infirmier et sages femmes. La même situation prévaut pour le personnel médical. L'inégale répartition du personnel entre zone urbaine et zone rurale semble expliquer cette situation.

L'examen des données par caractéristiques économiques laissent apparaître que ce sont les non pauvres qui font le plus recours au personnel qualifié: sage femme/infirmier (32.1%), médecin (1.2%). Au niveau des pauvres, ils ne sont que 19,7% pour les infirmiers/sages-femmes et 0,6% pour les médecins.

Les femmes pauvres ont plus recours aux services des accoucheuses, non formées (35,1%), formées (26,7%) ou ne sont tout simplement pas assistées (10%) pendant l'accouchement. Leurs homologues non pauvres 33,2 % se font assister par une accoucheuse non formée et (19,1%) par une accoucheuse formée. Huit (8%) ne trouvent aucune assistance. En portant un regard par rapport au statut de résidence on se rend compte que quelque soit le milieu, les pauvres ont moins accès à un personnel qualifié comparé aux non pauvres.

**Tableau n°31: Assistance avant le dernier accouchement selon le statut de pauvreté et la résidence principale**

Assistance pendant le dernier accouchement par type personnel	Pauvres				Non pauvres			
	Niamey	Autres villes	Rural	Total	Niamey	Autres villes	Rural	Total
médecin	2.2	0.4	0.6	0.6	5	2	0.4	1.2
infirmière, sage-femme	59	76.4	13.4	19.7	81.9	83.4	17	32.1
accoucheuse traditionnelle formée	9.9	10.5	28.7	26.7	1.3	2.5	24.3	19.1
accoucheuse traditionnelle non formée	10.6	8.8	38.1	35.1	4.6	7.4	41.4	33.2
pas d'assistance	9.8	1.2	11	10.1	3.3	1.6	9.6	8
parent, amie	8.5	2.8	8.2	7.8	3.9	3.2	7.2	6.4

**Source: ME/F/INS/QUIBB 2005**

#### **5.4.2 Utilisation de la contraception**

La planification familiale est une des interventions prouvées les plus efficaces pour accélérer la réduction de la maternité maternelle.

Pourtant selon le PDS, le taux d'acceptantes de la PF est globalement faible pour l'ensemble du pays, soit 4%. En plus, l'évolution de ce taux montre une tendance à la baisse à partir de 2001, année d'introduction du recouvrement des coûts pour les contraceptifs à Diffa, Dosso, Tahoua, et dans la Communauté Urbaine de Niamey. Le taux reste stationnaire mais faible à Zinder et à Agadez.



Selon le PDS, la demande potentielle non satisfaite en PF des femmes en union est estimée à 67 % et les besoins en PF des adolescentes 15-19 ans sont généralement non satisfaits.

Le taux d'utilisation de la contraception moderne au niveau national reste encore très bas (14,7%) selon les résultats de QUIBB, 2005 surtout au niveau rural (12,7%), mais plus élevé à Niamey (28%) et dans les autres villes (35%).

En faisant intervenir, le milieu de résidence on observe que le taux de prévalence contraceptive est plus bas (13%) chez les pauvres contre (17,4%) chez les non pauvres quelque soit le statut de la résidence principale. Ainsi en milieu rural 12,5% seulement des pauvres utilisent la contraception moderne. Pour les autres villes et Niamey, ils sont respectivement de 23,9% et 28%. Les moins pauvres qui font appel à la contraception sont de 13% en milieu rural, 31,8% dans les autres villes et 32,3%.

**Tableau n° 32: Taux d'utilisation de la contraception moderne par la femme selon le statut de pauvreté et la résidence principale**

Pauvres				Non pauvres			
Niamey	Autres villes	Rural	Total	Niamey	Autres villes	Rural	Total
14.3	17.5	12.5	13	32.3	31.8	13	17.4

**Source: ME/F/INS/QUIBB 2005**

#### **5.4.3 Raisons de non utilisation de la contraception moderne par la femme ou son conjoint**

Le désir d'avoir un enfant est la première raison (44,3%) évoquée par les répondants pour justifier la non utilisation de la contraception moderne. A cet effet il convient de rappeler que le Niger a été toujours classé parmi les pays où la fertilité désirée est l'une des plus élevée au monde. Le désir d'avoir un enfant est beaucoup plus fort en zone rurale (47,4%) qu'en zone urbaine où Niamey enregistre le plus faible taux (25,4%). Pour les autres villes ce taux est 33,7%.

**Tableau n°33: Raison principale de non utilisation de la contraception moderne par la femme selon le statut de pauvreté et la résidence principale**

Raisons de non utilisation de la contraception moderne	Pauvres				Non pauvres			
	Niamey	Autres villes	Rural	Total	Niamey	Autres villes	Rural	Total
Non mariée, veuve, divorcée	53.2	42.5	20.6	23.8	50.8	45.5	19.6	27
Veux avoir des enfants	24.1	34.2	45	43.3	25.9	33	51.5	45.8
partenaire ne veut pas	8.9	8.6	9.1	9.1	8.3	4.7	8.2	7.8
interdit par la religion	3.7	9.9	8.9	8.8	6.6	11.7	7.1	7.5
ignore l'existence des méthodes	7.2	3	10.5	9.7	3.9	2.7	10.6	8.7
méthodes trop chères	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.1	0.5	0.4
inaccessibles	0.5	0.2	3.8	3.4	0.5	0.5	1.4	1.2
autres raisons	2.1	1.2	1.8	1.7	3.8	1.8	1.1	1.6

**Source: ME/F/INS/QUIBB 2005**

En ce qui concerne le lien avec le statut de pauvreté, il est à remarquer que les non pauvres mettent plus en avant le désir d'avoir un enfant (45,8%) contre 43,3 % de pauvres et le statut de non mariée ou divorcée (27%) contre 23,8% de pauvres, pour légitimer la non utilisation de la contraception.

La seconde raison (25,1%) qui légitime la non utilisation de la contraception moderne est le fait d'être non mariée ou divorcée. L'utilisation de la contraception dans cette situation est associée à la prostitution dans notre contexte. Mais contre toute attente c'est en ville et plus particulièrement à Niamey, que cette raison a été la plus citée alors que l'on s'attendait à une plus large proportion plutôt en zone rurale où l'on pense que les pesanteurs socioculturelles persistent encore. Pesanteurs socioculturelles qui entourent l'acte sexuel qui n'est toléré qu'en situation de mariage.

Il y'a comme autre raison que près d'une femme sur dix (9,3%) ignore encore l'existence de la contraception surtout en milieu rural. 8,6% des répondants disent que le partenaire ne veut pas de la contraception et 8,3% pensent que la religion interdit la contraception. Ces différentes raisons témoignent sans nul doute d'une faiblesse de la sensibilisation sur les Informations Education Communication (IEC), dans certains groupes cibles.

Enfin il faut noter que la contraception n'est ni inaccessible, ni trop chère selon les interviewés dont 2,5% seulement ont trouvé qu'elle est inaccessible et 0,3% seulement ont estimé qu'elle est chère. Effectivement bien qu'il persiste encore un problème d'approvisionnement en contraception, il y a des avancées significatives dans le domaine notamment de la législation et réglementation et de l'approvisionnement en contraceptifs. En effet, la loi autorise les femmes mariées à recourir à la contraception moderne sans autorisation préalable du conjoint, de même les contraceptions ont été inscrites sur la liste des médicaments essentiels génériques, ce qui permet aux responsables de santé de disposer de ces produits à tous les échelons de la pyramide sanitaire à travers les commandes de médicaments effectuées sur le budget national. Les contraceptifs sont également disponibles dans toutes les officines publiques et privées à des tarifs modiques.

## **Encadré n°2. Analyse approfondie de la morbidité**

La première phase du travail a eu le mérite de mettre en exergue, un certain nombre de variables pouvant se révéler déterminantes pour expliquer l'état général de santé selon le niveau de vie (revenu) des individus et de la population.

Toutefois, le niveau de vie de la population ne pourra être appréhendé de manière complète qu'en allant au-delà de la pauvreté monétaire et en portant un regard sur le niveau de satisfaction ou d'accès aux services sociaux et autres actifs productifs. C'est pourquoi, nous avons procédé à une deuxième méthode d'analyse explicative en étudiant les liens entre les indicateurs de santé, nutrition et plus particulièrement la morbidité ; et le niveau de vie combinant cette fois-ci la pauvreté monétaire et la vulnérabilité des ménages.

Les méthodes explicatives utilisées qui viennent compléter l'analyse descriptive découlant des tableaux statistiques croisant les variables sont de deux types, à savoir :

- l'analyse de la variance ;
- la régression logistique.

L'analyse de la variance est une méthode de régression fondée sur l'examen d'une statistique dite de Fisher qui permet de tester la significativité globale de la relation entre une variable endogène ou expliquée et des variables exogènes explicatives. Lorsque les résultats de la régression affichent une valeur de la statistique de Fisher avec une probabilité critique tendant vers 0, on déduit une bonne significativité globale de la relation testée.

La régression logistique est une méthode qui permet de déterminer un certain nombre de facteurs explicatifs d'une variable endogène à expliquer (par exemple la variable : taux de morbidité dans la population). La régression logistique est dite binaire lorsque la variable endogène est binaire, à deux modalités (dont l'une correspond à l'état qu'on cherche à expliquer).

Les résultats de l'analyse s'affichent dans un tableau qui présente le seuil de significativité des coefficients de chaque variable exogène introduite dans le modèle. Lorsque le seuil d'un coefficient tend vers 0, on déduit que la variable exogène correspondante a un lien significatif avec la variable endogène. Par ailleurs, au-delà de la significativité du coefficient d'une variable, on peut déterminer le degré de la relation qu'elle a, avec la variable endogène. Pour ce faire on se réfère aux odds ratios (colonne exp. (B)) du tableau présentant le modèle. Ainsi, l'odds ratio est d'autant plus élevé que la relation est significative.

### **Formalisation des deux (2) méthodes d'analyse :**

#### **A. Analyse de la variance**

- Variable endogène: (Y) taux de morbidité ;
- Variable exogène explicative : (X) variables sur l'état sanitaire et variables Sociodémographiques ;
- Test de validité fondé sur F, la statistique de Fisher.

#### **B. Régression logistique:**

- Variable dépendante (Y) taux de morbidité ;
- Variables explicatives (Xi) variables sur l'état sanitaire et variables sociodémographiques ;
- Test de validité fondé sur les coefficients des variables exogènes, le signe des coefficients et l'examen des odds ratios.

## **5.5 Facteurs de vulnérabilité sanitaire**

### **5.5.1 Analyse descriptive de la vulnérabilité**

L'étude sur «pauvreté et vulnérabilité » conduite en même temps que la présente étude a identifié au Niger 5 groupes socio-économiques comme suit : Pauvres durables, pauvres transitoires, non pauvres vulnérables et précaires, non pauvres vulnérables, non pauvres et non vulnérables. A partir des groupes vulnérables et des différents facteurs de risques relevés, des relations ont été établies suite à l'analyse des données sanitaires de QUIBB où certains facteurs de vulnérabilité sanitaire ont été déterminés dont entres autres:

- La pauvreté monétaire: les résultats indiquent que la variabilité du revenu donc de la pauvreté monétaire a une incidence sur le taux de morbidité. La vulnérabilité s'établit dans les seuils de revenu, avec plus d'acuité au niveau des pauvres durables et les individus dont les dépenses de santé se situent à un faible niveau ;
- Ménage tenu par une femme: les ménages qui ont à leur tête des femmes de jure ou de facto et qui ont comme obligations de subvenir à tous les besoins de la famille, ont été identifiés comme étant des groupes vulnérables;
- Ménage tenu par un handicapé: le handicap est tenu comme responsable d'une morbidité élevée au sein des ménages avec comme chef un handicapé physique ou mental ; rappelons que l'OMS estime à 10% la prévalence du handicap au niveau mondial .Selon le RGP de 1988, les personnes handicapées représentent au Niger 1,3% de la population totale et la présente analyse a fait ressortir un taux de handicap de 1,5%.
- Faible instruction de l'individu en dessous du secondaire: les individus qui n'ont pas atteint le niveau secondaire ou qui n'ont pas reçu une formation professionnelle sont plus menacés par les maladies que les groupes ayant atteint le niveau considéré;
- Travailleur du secteur informel et apparenté: les travailleurs du secteur privé informel, l'auto-emploi, les agriculteurs et les chômeurs sont les couches les plus vulnérables ;
- Personne vivant dans un habitat non favorable à la santé.

Toutefois, la santé influe et est aussi affectée par les questions d'environnement, de transport, d'eau, d'énergie, d'urbanisation et d'emploi. En conséquence, la santé constitue une porte d'entrée idéale pour adopter une approche intégrée de développement dans le cadre de réduction de la pauvreté.

En marge de tous ces résultats observés par ailleurs en examinant les tableaux de l'analyse descriptive, l'analyse approfondie à partir de la base des données de l'enquête QUIBB de 2005, nous a permis de confirmer plusieurs aspects socioéconomiques et démographiques influençant la morbidité.

### **5.5.2 Résultats de la régression logistique d'explication de la morbidité**

La régression logistique nous a permis d'aboutir à un modèle explicatif de la morbidité au niveau des ménages. Il s'agit de voir quelles sont les variables sociodémographiques et économiques pertinentes pour expliquer l'incidence de la maladie ou de la blessure dans la population.

**La variable dépendante est le taux de morbidité :** (pourcentage des individus ayant été malades ou blessés les 4 dernières semaines ayant précédé l'enquête)

**Les variables exogènes explicatives** sont :

- le sexe du chef de ménage HGENDER ;
- le statut matrimonial du chef de ménage HMSTAT ;
- la résidence principale RESIDENC ;
- le mode d'approvisionnement en eau MOBOIR ;
- le statut de pauvreté PAUVULN ;
- l'état de handicap physique ou mental du chef de ménage ;
- le niveau d'instruction du chef de ménage INSTRUCM ;
- le niveau d'instruction de l'individu B6 ;
- le secteur d'activité de l'individu SEGB.

Les résultats de la régression (voir annexe) montrent que les variables qui influencent significativement sur la morbidité sont : le sexe du chef de ménage, le statut matrimonial du chef de ménage, la résidence principale de l'individu, le mode d'approvisionnement en eau du ménage, le statut de pauvreté, l'état de handicap du chef de ménage, le niveau d'instruction du chef de ménage, le niveau d'instruction de l'individu et le secteur d'activité de l'individu.

- **Le sexe du chef de ménage** est une variable qui influence la morbidité dans la mesure où les ménages dirigés par une femme sont plus vulnérables à la maladie ou à la blessure ;
- la morbidité des individus varie selon la **situation matrimoniale du chef du ménage** dans lequel ils résident. En effet, le coefficient négatif de la modalité monogame traduit une baisse du niveau de morbidité en passant d'un ménage de célibataire à un ménage dirigé par un monogame. Les ménages dirigés par un monogame sont pour ainsi dire moins vulnérables à la maladie ou à la blessure que les ménages de célibataires. Pour la troisième modalité aussi, le signe du coefficient est aussi négatif, ce qui signifie que la morbidité baisse encore d'un ménage dirigé par un monogame à un ménage dirigé par un polygame. Pour la modalité polygame, le signe positif de son coefficient indique que la morbidité s'aggrave en passant d'un ménage dont le chef a au moins deux épouses à un ménage dans lequel il y'a eu une situation de divorce, de séparation ou de décès d'un des conjoints ;
- les signes positifs observés au niveau des coefficients bêta des trois modalités de la **résidence principale** que sont : Niamey, les autres villes et le milieu rural confirment comme cela fut déjà révélé dans l'analyse descriptive, une aggravation de la morbidité en passant des centres urbains au milieu rural ;
- les signes négatifs observés au niveau des trois modalités **du niveau de vie** considérées que sont : la pauvreté durable, la pauvreté transitoire et l'absence de pauvreté traduisent contre toute attente une certaine augmentation de la morbidité du statut des pauvres à celui des non pauvres ;
- concernant **l'état de handicap du chef de ménage**, il s'agit d'une autre variable déterminante de la morbidité. En effet la régression logistique vient confirmer que la morbidité est beaucoup plus accentuée au niveau des ménages dirigés par des individus handicapés physiques ou mentaux. Cette relation est très significative au vu de la forte valeur de l'odds ratio (voir la colonne Exp. (B) dans l'annexe) ;
- dans un autre registre, le **niveau d'instruction du chef de ménage** est aussi un facteur déterminant de la morbidité du ménage. La régression nous confirme

que la morbidité est plus élevée lorsque le niveau d'instruction du chef de ménage est bas. C'est la même remarque en ce qui concerne le niveau d'instruction de l'individu qui est aussi un facteur aggravant sa morbidité lorsqu'il est très faiblement instruit ;

- par ailleurs, la régression nous a permis de valider une observation relative à l'influence du **secteur d'activité** sur l'état de maladie ou de blessure de la personne. En effet, les travailleurs du secteur informel ont tendance à être plus vulnérables à la maladie ou à la blessure que les travailleurs du secteur moderne (public et privé formel).

Il convient toutefois de retenir que les facteurs les plus déterminants de la morbidité, du fait de la probabilité critique tendant à s'annuler et du niveau plus élevé des odds ratios sont : le sexe du chef de ménage, l'état de handicap du chef de ménage, le secteur d'activité (formel et informel), la résidence principale, le niveau d'instruction à travers la modalité « supérieur » et le mode d'approvisionnement en eau du ménage.

Dans une moindre mesure, on peut retenir comme déterminants de la morbidité, le niveau de vie (pauvres durables, pauvres transitoires et non pauvres), et le statut matrimonial du chef de ménage (groupe des conjoints vivant ensemble et groupe des ménages avec un chef vivant sans conjoint).

# CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

## Conclusion

De nombreuses recherches avaient déjà établi le lien qui existe entre la pauvreté et la santé. La présente étude a déterminé le lien entre la morbidité générale et d'autres facteurs sociaux et économiques en mettant l'accent sur les ménages pauvres du pays.

L'état de l'environnement sanitaire étant un facteur important de la diffusion des maladies, a été décrit afin de faire ressortir les facteurs les plus déterminants pour le développement et de propagation des affections en cause. De même, certaines pathologies spécifiques constituent les premières causes de cette morbidité notamment au niveau des enfants de moins de 5 ans dont l'état de santé est un des baromètres les plus sensibles de la mesure de la situation sanitaire d'une population. Un accent particulier a été également mis sur la santé de la reproduction élément fondamental de la santé du ménage.

Le statut de pauvreté et de vulnérabilité des ménages a été le cadre global de cette analyse qui de surcroît a cherché à établir les corrélations existantes entre ces deux facteurs et les caractéristiques économiques, démographiques socioculturelles de la population faisant l'objet de l'étude.

Cette démarche a permis ainsi d'identifier à partir de l'analyse du Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-être (QUIBB, 2005), un certain nombre de problèmes qui assaillent les ménages et qui les rendent vulnérables à la maladie. L'essentiel de ces problèmes qui sont relatifs à l'économie, au secteur santé et à l'environnement se présente comme suit:

- Malgré la priorité au droit d'accéder à la santé que la constitution accorde à chaque nigérien, et la priorité élevée accordée par le gouvernement au secteur santé à travers la déclaration de la politique générale du gouvernement et la politique nationale de santé, l'enquête a fait ressortir que l'état de santé et de nutrition d'une proportion importante de la population est tributaire dans une large mesure de la pauvreté monétaire qui rend cette frange plus vulnérable;
- La pauvreté surtout durable exerce un effet pervers sur les ménages qui fragilise d'une part leur état de santé et d'autre part limite leur accès aux services de santé surtout en milieu rural;
- La vulnérabilité des membres des ménages pauvres est accentuée d'une part, par le bas niveau d'instruction surtout quand celui-ci n'atteint pas le secondaire et d'autre part par l'instabilité de l'emploi ou le manque d'emploi. L'appartenance à une région pouvant jouer un rôle important dans la dégradation de la situation sanitaire;
- L'environnement sanitaire des ménages surtout pauvres particulièrement en milieu rural reste encore hostile avec un type d'habitat dominé par des conditions non favorables à la santé de part l'instabilité de leur structure et au manque d'équipement de base comme une source d'eau salubre et un système d'évacuation correcte des excréta et eaux usées. L'environnement sanitaire des nigériens est également caractérisé par son insalubrité liée à l'insuffisance de l'évacuation des ordures ménagères et accentué par un comportement à risque;
- Dans ce contexte peu favorable à la santé, un nigérien sur dix a déclaré être tombé malade deux semaines ayant précédé l'enquête. Les maladies qui frappent ces

ménages sont pratiquement toutes évitables parce qu'il s'agit surtout du paludisme, de la diarrhée et des infections respiratoires aiguës;

- Les enfants continuent d'être frappés par la diarrhée communément appelée maladie des pauvres et le paludisme lié à un comportement à risque. La malnutrition reste encore anormalement élevée au sein de ces enfants, plus particulièrement ceux issus de mères avec un faible niveau d'instruction, mère jeune, âgée ou handicapée;
- L'accessibilité des services publics de santé demeure encore limitée découlant tout d'abord de la faiblesse de la couverture sanitaire et ensuite de la cherté des prestations des services selon les répondants. D'autre part des inégalités entre riches et pauvres dans l'utilisation des services offerts par un personnel qualifié, les pauvres étant défavorisés.
- La quasi-totalité des personnes qui ont fréquenté les services de santé pour cause de maladie 4 semaines précédant l'enquête, n'est pas satisfaite de l'offre de soins, car en plus du coût inaccessible des soins évoqués précédemment, les clients mettent en doute la qualité du traitement offert.
- En matière de santé de la reproduction des inégalités d'accès aux soins qualifiés persistent encore au détriment des pauvres particulièrement pour ceux résidant en zone rurale. Le taux de prévalence contraceptive est encore très faible et fortement influencé par une fécondité désirée et des pesanteurs socioculturelles entourant la contraception chez les femmes non mariées.

## Recommandations

Les problèmes soulevés et qui viennent d'être décrits nous amènent à faire les recommandations suivantes:

1. Au vu des multiples facteurs exogènes au secteur santé qui influencent la santé de la population de façon défavorable dont la pauvreté constitue le socle de la vulnérabilité sanitaire des ménages, le gouvernement doit se préoccuper davantage du renforcement des capacités des ménages pauvres à rompre avec la pauvreté surtout durable afin de briser le cercle vicieux entre la santé et la pauvreté. Ce faisant, toutes les initiatives tendant à augmenter les revenus des ménages surtout pauvres doivent être encouragées afin de permettre à ces ménages de prendre en charge leur santé ;
2. Bien que le gouvernement ait accordé une priorité aux affections qui constituent une menace grave pour la santé publique dans la déclaration de la politique sanitaire, il y a lieu d'axer davantage les interventions sur les problèmes de santé prédominants surtout qu'ils sont évitables au sein de la population démunie particulièrement en zone rurale en tenant compte des disparités régionales;
3. La promotion de la santé des groupes vulnérables implique la maîtrise de certains facteurs imbriqués comme le niveau d'instruction (jusqu'au secondaire) dont le relèvement surtout au niveau de la femme serait un facteur favorable à la prévention et au contrôle de certaines affections notamment les maladies des enfants comme la diarrhée, le paludisme, les IRA, etc. ;
4. La mise en œuvre d'un programme spécifique de soutien aux handicapés, chefs de ménages et aux femmes chefs de ménages serait d'un apport appréciable pour l'amélioration de la situation sanitaire de ces groupes vulnérables ;



5. La jeune mère et la mère âgée devront être un groupe cible d'éducation nutritionnelle intégré dans un vaste programme d'éducation sanitaire et nutritionnel au regard de leur lien avec la malnutrition de leurs progénitures ;
6. Devant la faible prévalence de la contraception, il est urgent de mettre en œuvre la stratégie de communication en matière de planification familiale déjà élaborée ;
7. La couverture sanitaire adéquate étant la pierre angulaire de toute promotion de la santé, il convient de poursuivre l'extension de la couverture sanitaire couplée si nécessaire des interventions offensives et mobiles au sein de la population rurale ;
8. Le renforcement des services de santé par un personnel qualifié, suffisant , motivé et soucieux de la qualité des soins agissant dans un cadre structuré appliquant l'assurance qualité pourrait rétablir la confiance des bénéficiaires des services ;
9. Le recouvrement partiel des coûts qui est présentement le pilier de la politique de l'accessibilité nécessite d'être analysé périodiquement en collaboration avec la population afin de procéder aux ajustements nécessaires dans le but de pallier aux coûts inaccessibles des soins par la population vulnérable ;
10. Une des insuffisances du système de santé national est l'insuffisance de la couverture sociale des soins de santé pour les travailleurs notamment du secteur informel. Il serait donc judicieux de renforcer un tel système ;
11. Selon la PANA Niamey, Niger, le Premier ministre nigérien, a préconisé, la construction en masse de logements économiques adaptés aux besoins des ménages à faibles et moyens revenus en Afrique. Au Niger nous préconisons dans le même ordre d'idée d'instaurer une politique d'habitat favorable à la santé, c'est-à-dire un habitat qui assure les circonstances nécessaires et suffisantes à la santé physique, mentale et sociale, à la sécurité, à l'hygiène, au confort et à l'intimité ;
12. Enfin, bien que le gouvernement a affirmé clairement de privilégier la prévention à travers notamment le renforcement de l'hygiène du milieu, il est impérieux actuellement de faire de cette intention une réalité dans nos villes et villages en mobilisant les ressources nécessaires pour le développement du sous secteur. Dans le même cadre, la poursuite de l'approvisionnement en eau potable des populations des zones défavorisées s'impose. Tillabéri

## **BIBLIOGRAPHIE**

- **Care International et alliés (1999)** : Enquête Démographique et de Santé, 1998.
- **Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux, Ministère des Finances et du Plan (1993)** : Enquête Démographique et de Santé, 1992.
- **INS, Niger (2006)** : résultats préliminaires de la troisième Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger (EDSN-MICSIII-2006)
- **INS, Niger (2005)**: Rapport préliminaire de l'enquête QUIBB de 2005.
- **INSD, Burkina Faso (2002)** : Pauvreté et Santé au Burkina Faso.
- **INSD, Burkina Faso (2003)** : Pauvreté et Vulnérabilité au Burkina Faso.
- **ISPC (2002)** : pauvreté et santé, liens vers des mesures concrètes, procès verbal.
- **MSP (1994)** : Projet de Plan de développement Sanitaire 1994-2000, Tome 1, Draft Final.
- **MSP (2000)** : Analyse de la Situation Sanitaire du Niger de 1994 à l'an 2000.
- **MSP/LCE (2004)**: Revue des Dépenses Publiques du Secteur Santé- exercice 2004.
- **MSP/LCE (2002)** : Déclaration de Politique Sanitaire.
- **MSP/LCE (2002)** : Orientations stratégiques pour la première décennie du 21ème Siècle.
- **MSP/LCE (2004)** : Cadre de Dépenses à Moyen Terme du secteur de la Santé au Niger 2002-2010.
- **MSP/LCE (2006)** : Programme National Santé de la Reproduction.
- **MSP/LCE (mai 2000)**: Rapport de l'étude sur l'évaluation des besoins en santé mentale.
- **MSP/LCE (2004)** : Plan de Développement Sanitaire.
- **MSP/LCE/DPS (1999)** : Rapport général du séminaire sur la collecte de données statistiques concernant les personnes handicapées, Cotonou, février 1999.
- **Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale Baromètre social**, Edition 2005/I, [WWW.Observatbru.be](http://WWW.Observatbru.be).
- **OMS (2002)** : Pauvreté et Santé, stratégie pour la Région Africaine, Rapport du Directeur Régional.

## **ANNEXES**

### **Annexe 1. Termes de Référence de l'étude**

Dans le cadre du renforcement des capacités du système statistique national pour le suivi évaluation de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP), le Gouvernement du Niger a obtenu un financement de l'Union Européenne sur les ressources du 9<sup>ème</sup> Fonds Européen de Développement (FED).

Le projet vise à contribuer techniquement et financièrement à l'ancrage du Système Statistique National (SSN) dans sa nouvelle organisation et l'amélioration de son fonctionnement et de sa production.

L'objectif global du projet est de mettre en place les produits nécessaires au suivi permanent et à l'évaluation de la stratégie de réduction de la pauvreté.

Le projet est organisé autour de deux types d'interventions (I) un contrat global d'assistance technique permanente et ponctuelle, internationale et locale, (II) et la mise en œuvre des activités par le biais de devis-programme, dont le régisseur est le Directeur Général de l'Institut National de la Statistique.

L'INS a réalisé en 2005 l'enquête Questionnaire Unique sur les indicateurs de Base du bien-être dénommée QUIBB, à couverture nationale .Cette enquête devrait fournir des indicateurs récents et fiables pour l'analyse, le suivi et la révision en cours de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté au Niger. Des analyses statistiques de données sont déjà réalisées par l'INS dont les indicateurs sociaux et le profil de pauvreté qui sont en cours de finalisation par l'INS.

Cependant, les études statistiques réalisées à partir des données de l'enquête sont intéressantes mais ne permettent d'analyser en profondeur la pauvreté. C'est pourquoi il a été prévu la réalisation d'analyses approfondies de certains thèmes à partir des données de l'enquête QUIBB initiée par l'INS en 2005. C'est dans ce cadre que se situe cette étude spécifique qui porte sur le thème précis suivant : « **santé et pauvreté au Niger** ».

## **RAPPEL DES OBJECTIFS ET DES RESULTATS ATTENDUS**

### **Objectifs**

#### **Objectif global**

L'objectif global est de mettre à la disposition de l'INS des documents d'analyse portant sur des thèmes variés permettant de valoriser les données de l'enquête QUIBB réalisée en 2005.

#### **Objectif spécifique**

L'objectif spécifique de la mission est de fournir des indicateurs supplémentaires pertinents dans le domaine de la santé en vue d'une meilleure connaissance de la relation « santé et pauvreté » dans le suivi des conditions des ménages.

#### **Résultats attendus, tâches et activités**

## Résultats attendus

Les résultats attendus de cette mission de consultation sont :

- L'analyse approfondie de la pauvreté se rapportant au thème « santé et pauvreté » est réalisée ;
- Le rapport d'analyse du consultant national est disponible et validé par le consultant international ;
- Le rapport d'analyse est présenté et validé par l'atelier ;
- Les capacités d'analyse des cadres de l'INS sont renforcées.

## Tâches et activités

Sous la supervision technique du consultant international et de l'Institut National de la statistique, le consultant national est chargé sur la base des données et documents disponibles (notamment celles des enquêtes auprès des ménages déjà réalisées ) de mener l'étude ci-dessus citée. En particulier, il devra :

- Partir de l'ensemble des travaux de recherche déjà effectués dans ce domaine notamment dans le cadre du recensement général de la population et de l'habitat de 2001 et des enquêtes réalisées récemment ;
- Faire ressortir la situation sanitaire ainsi que la politique sanitaire du Niger ;
- Faire ressortir l'environnement sanitaire (cadre de vie des ménages selon le milieu de résidence) ainsi que les caractéristiques socio-économiques des ménages selon les milieux ;
- Etudier de façon spécifique l'état sanitaire des ménages pauvres en mettant l'accent sur les enfants ;
- Etudier l'accès des pauvres aux services de santé (accessibilité physique, financière et autres) ;
- Faire des recommandations pertinentes en vue d'améliorer l'accès des pauvres aux services de santé ;
- Rédiger un rapport définitif de l'étude d'environ 60 pages.

Le consultant bénéficiera d'une séance de discussion autour de la définition et de l'analyse de la pauvreté qui sera animée par l'expert international. Enfin, le consultant national soumettra un plan d'analyse au consultant international, qui, une fois validé, sert de canevas de référence pour la rédaction du document.

## Annexe 2. Résultats des analyses explicatives de la morbidité

### 1. Influence du niveau de vie et du sexe du chef de ménage sur la morbidité

ANOVA<sup>b</sup>

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Signification
1	Régression	2189,919	2	1094,959	9882,870	,000 <sup>a</sup>
	Résidu	219754,501	1983457	,111		
	Total	221944,420	1983459			

a. Valeurs prédites : (constantes), Pauvreté et Vulnérabilité à la pauvreté, Sexe du chef de ménage

b. Variable dépendante : a été malade ou blessé durant les 4 dernières semaines?

Coefficients<sup>a</sup>

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification	Intervalle de confiance à 95% de B		Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Borne inférieure	Borne supérieure	Corrélation simple	Partielle	Partie
1	(constante)	1,992	,001		1812,914	,000	1,990	1,994			
	Sexe du chef de ménage	-,127	,001	-,098	-138,804	,000	-,129	-,126	-,097	-,098	-,098
	Pauvreté et Vulnérabilité à la pauvreté	7,824E-03	,000	,022	31,589	,000	,007	,008	,016	,022	,022

a. Variable dépendante : a été malade ou blessé durant les 4 dernières semaines?

### 2. Influence du niveau de vie et de la résidence principale sur la morbidité

Coefficients<sup>a</sup>

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification	Intervalle de confiance à 95% de B		Corrélations		
		B	Erreur standard	Bêta			Borne inférieure	Borne supérieure	Corrélation simple	Partielle	Partie
1	(constante)	1,940	,001		1380,764	,000	1,937	1,943			
	Pauvreté et Vulnérabilité à la pauvreté	2,585E-03	,000	,007	10,234	,000	,002	,003	,016	,007	,007
	Résidence principale (Niamey, Autres villes, Rural)	-2,67E-02	,000	-,045	-61,772	,000	-,028	-,026	-,046	-,044	-,044

a. Variable dépendante : a été malade ou blessé durant les 4 dernières semaines?

### 3. Influence du mode d'approvisionnement en eau sur la morbidité

ANOVA<sup>b</sup>

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Signification
1	Régression	1035,274	1	1035,274	11974,083	,000 <sup>a</sup>
	Résidu	1091730,7	12627061	8,646E-02		
	Total	1092766,0	12627062			

a. Valeurs prédites : (constantes), classe mode approvisionnement en eau

b. Variable dépendante : a été malade ou blessé durant les 4 dernières semaines?

### Coefficients

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification	Intervalle de confiance à 95% de B		Corrélations		
	B	Erreur standard				Borne inférieure	Borne supérieure	Corrélation simple	Partielle	Partie
			Bêta							
1 (constante)	1,931	,000		7410,566	,000	1,931	1,932			
classe mode approvisionnement en eau	,81E-02	,000	-,031	-109,426	,000	-,018	-,018	-,031	-,031	-,031

a. Variable dépendante : a été malade ou blessé durant les 4 dernières semaines?

## 4. Influence de l'état de handicap du chef de ménage sur la morbidité

### ANOVA<sup>b</sup>

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Signification
1	Régression	2290,194	1	2290,194	26519,090	,000 <sup>a</sup>
	Résidu	1090475,8	12627061	8,636E-02		
	Total	1092766,0	12627062			

a. Valeurs prédites : (constantes), est mentalement ou physiquement handicapé ou infirme?

b. Variable dépendante : a été malade ou blessé durant les 4 dernières semaines?

### Coefficients

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification	Intervalle de confiance à 95% de B		Corrélations		
	B	Erreur standard				Borne inférieure	Borne supérieure	Corrélation simple	Partielle	Partie
			Bêta							
1 (constante)	1,683	,001		1233,646	,000	1,680	1,685			
est mentalement ou physiquement handicapé ou infirme?	,112	,001	,046	162,847	,000	,110	,113	,046	,046	,046

a. Variable dépendante : a été malade ou blessé durant les 4 dernières semaines?

## Résultats de la régression logistique d'explication de la morbidité

**La variable dépendante est le taux de morbidité : D4** (pourcentage des individus ayant été malades ou blessés les 4 dernières semaines ayant précédé l'enquête)

**Variables dans l'équation**

	B	E.S.	Wald	ddl	Signif.	Exp(B)	IC pour Exp(B) 95,0%		
							Inférieur	Supérieur	
Étape 1	HGENDER(1)	,625	,027	531,006	1	,000	1,868	1,771	1,970
	HMSTAT			205,514	3	,000			
	HMSTAT(1)	-,497	,039	158,605	1	,000	,608	,563	,657
	HMSTAT(2)	-,145	,031	22,586	1	,000	,865	,815	,918
	HMSTAT(3)	-,175	,031	31,594	1	,000	,840	,790	,892
	RESIDENC			597,584	2	,000			
	RESIDENC(1)	,430	,018	568,639	1	,000	1,537	1,484	1,592
	RESIDENC(2)	,131	,013	96,607	1	,000	1,140	1,111	1,170
	MOBOIR(1)	,196	,008	632,044	1	,000	1,216	1,198	1,235
	PAUVULN			295,922	2	,000			
	PAUVULN(1)	-,138	,008	287,179	1	,000	,871	,857	,885
	PAUVULN(2)	-,102	,013	60,123	1	,000	,903	,880	,926
	D3	,673	,026	655,733	1	,000	1,961	1,862	2,065
	INSTRUCM			10825,640	6	,000			
	INSTRUCM(1)	-1,962	,055	1258,488	1	,000	,141	,126	,157
	INSTRUCM(2)	-,878	,038	525,062	1	,000	,416	,386	,448
	INSTRUCM(3)	-1,577	,040	1572,798	1	,000	,207	,191	,223
	INSTRUCM(4)	-,372	,039	92,883	1	,000	,689	,639	,743
	INSTRUCM(5)	,010	,040	,070	1	,791	1,011	,935	1,092
	INSTRUCM(6)	,456	,044	108,787	1	,000	1,578	1,448	1,719
	B6			592,565	1	,000			
	B6(4)	-,820	,034	592,565	1	,000	,440	,412	,471
	SEGB			5126,243	6	,000			
	SEGB(1)	-,381	,087	19,384	1	,000	,683	,576	,809
	SEGB(2)	4,597	,620	55,000	1	,000	99,216	29,439	334,378
	SEGB(3)	,221	,019	131,075	1	,000	1,247	1,201	1,295
	SEGB(4)	,078	,018	18,115	1	,000	1,081	1,043	1,121
	SEGB(5)	5,202	,476	119,651	1	,000	181,635	71,515	461,321
	SEGB(6)	-,632	,020	987,195	1	,000	,532	,511	,553
	Constante	,821	,069	140,880	1	,000	2,273		

a. Variable(s) entrées à l'étape 1: HGENDER, HMSTAT, RESIDENC, MOBOIR, PAUVULN, D3, INSTRUCM, B6, SEGB.