

REPUBLIQUE DU NIGER
MINISTERE 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 NIF : 9617/R

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

ANALYSE DE LA MORATALITE à partir du RGPH-2001

Présenté par :

Dr. Soumana HAROUNA
Démographe Sociologue

Division des Etudes Démographiques et Sociales
Institut National de la statistique

Sous la supervision de

Dr. Abel Nkougourou EBONGUE
Démographe statisticien
Consultant international

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE.....	4
CHAPITRE 1 : CONTEXTE DE L'ETUDE.....	5
1 : Présentation du Niger.....	5
1.1 : Situation géo-climatique	5
1.1.1 : Aspects physiques	5
1.1.2 : Aspects climatiques.....	6
1.2 : Organisation politique et administrative	7
1.3 : Situation économique.....	8
1.4 : Situation démographique	9
2 Méthodologie du RGPH 2001.....	10
2.1 Objectifs du RGPH 2001.....	10
2.2 : Méthodologie du RGPH-2001	11
2.2.1 : Travaux de cartographie censitaire	11
2.2.2 : Dénombrement général de la population et de l'habitat	12
2.2.3 : Codification, traitement et apurement des données recueillies.....	12
2.2.4 : Thèmes prioritaires d'analyse des résultats du RGPH- 2001.....	12
CHAPITRE 2 : INTERET ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	14
1 Justification du thème.....	14
2 : Présentation des méthodes de collecte des données sur la mortalité	15
2.1 : Méthode basée sur les décès des 12 derniers mois	15
2.2 : Méthode basée sur les proportions d'enfants survivants.....	15
2.3 : Méthode basée sur la survie des parents	16
CHAPITRE 3 : CONTEXTE SANITAIRE NATIONAL	17
1 : Contexte épidémiologique	17
1.1 : Prédominance des maladies infectieuses et parasitaires	17
1.2 : Cadre de vie et habitat favorables aux infections.....	18
1.2.1 : Conditions d'accès à l'eau potable.....	18
1.2.2 : Disponibilité et accessibilité des lieux adéquats d'aisance.....	18
1.2.3 : Disponibilité et utilisation des systèmes d'évacuation des eaux usées	19
2 : Politique sanitaire du Niger de 1988 à 2001	19
2.1 : Disponibilité et accessibilité des services de santé	19
2.2 : Utilisation des services de santé par les usagers	20
2.3 : Contraintes systémiques à la promotion de la santé.....	21
2.3.1 : Qualité de la nutrition.....	21
2.3.2 : Instruction et alphabétisation des femmes	22
2.3.3 : Connaissances et pratiques sanitaires.....	22
2.3.4 : Statut de la femme, nuptialité et fécondité.....	23
2.3.5 : Dépenses de santé des ménages	24
CHAPITRE 4 : NIVEAUX ET STRUCTURE DE LA MORTALITE.....	25
1 : Critique de la qualité des données sur la mortalité	25
1.1 : Examen de la structure des décès des 12 derniers mois.....	25
1.1.1 : Estimation et analyse du taux brut de mortalité.....	25
1.1.2 : Examen de la structure par âge et sexe de la mortalité générale.....	26
1.1.3 : Comparaison des décès infantiles des 12 derniers mois aux décès à zéro an	28
1.1.4 : Examen du gain annuel moyen d'espérance de vie entre 1988 et 2001.....	30
1.2 : Examen des proportion d'enfants survivants par groupe d'ages des mères.....	31
2 : Niveaux de la mortalité estimés à partir des résultats du 3ème RGPH -2001	32
2.1 : Table ajustée de la mortalité estimée à partir des résultats du 3 ^{ème} RGPH-2001... ..	33

2.2 : Redressement des effectifs de décès des 12 derniers mois	34
CONCLUSION GENERALE	35
BIBLIOGRAPHIE	36
Annexes.....	37

TABLEAUX ET FIGURES D'ILLUSTRATION

Tableau 1 : Evolution de l'effectif de la population au cours du XX ^{ème} siècle.....	9
Tableau 2 : Comparaison des quotients de mortalité infantile et juvénile calculés à partir des déclarations de décès survenus au cours des 12 derniers mois avec ceux d'autres sources antérieures au RGPH-2001.....	27
Tableau 3 : Répartition des effectifs de naissances, de survivants et de décès des moins d'un an survenus au cours des 12 derniers par région et milieu de résidence.....	29
Tableau 4 : Quotients de mortalité infantile et juvénile selon les modèles des Nations Unies et de Coale et Demeny	31
Tableau 5 : Ecart par rapport à la médiane des modèles des Nations Unies et de Coale et Demeny	31
Tableau 6 : Quotient de mortalité infantile et juvénile observés entre 1998 et 2001.....	32
Tableau 7 : Indices ajustés des tables de mortalité selon le sexe, ensemble du Niger.....	33
Tableau 8 : Structure ajustée de mortalité en 2001 selon le sexe, ensemble du Niger	34
Figure 1 : Courbe des taux de mortalité par âge et sexe observés en 2001.....	27

INTRODUCTION GENERALE

Au cours de la décennie 1990, le Niger a élaboré et mis en œuvre son premier programme de développement sanitaire 1994-2000. Exécuté sous la tutelle du Ministère de la santé publique et de la lutte contre les endémies, ce programme de développement sanitaire avait pour objectifs la réhabilitation des anciennes infrastructures, la construction de nouvelles formations sanitaires, l'équipement des infrastructures et la formation du personnel sanitaire correspondant. Il visait ainsi l'amélioration de la couverture des soins au niveau de l'ensemble de la pyramide sanitaire composée des établissements de référence du niveau central, des centres secondaires et enfin des centres sanitaires du niveau primaire ou périphérique. La pyramide sanitaire prévoit également l'utilisation des équipes mobiles d'offre de soins ainsi qu'un personnel relais pouvant offrir les soins de base aux usagers avant leur transfert vers les établissements modernes. L'offre de santé porte non seulement sur les soins curatifs et préventifs, mais aussi sur les actions de promotion de la santé. Elle mobilise de ce fait les structures techniques gouvernementales, les partenaires au développement, la société civile et la plupart des organisations non gouvernementales oeuvrant au Niger.

L'examen de l'évolution des niveaux et de la structure de la mortalité à partir des données du 3^{ème} recensement général de la population et de l'habitation, réalisé en juin 2001 permet de ressortir les résultats concrets auxquels sont parvenus les programmes de santé en vigueur dans le pays. Il permet également de réactualiser les indicateurs de base des programmes d'action consacrés à l'accès universel aux soins de santé à l'horizon 2015 fixés dans le cadre des objectifs de développement du millénaire auxquels le Niger a adhéré en 2000 et de la stratégie de réduction de la pauvreté adoptée en 2002.

L'analyse de la mortalité est axée, dans la présente étude, sur une description du contexte sanitaire national. Le premier chapitre fait une brève présentation du pays, de la méthodologie utilisée pour collecter les données du 3^{ème} RGPH-2001, et présente les méthodes ayant servi à recueillir les informations sur la mortalité. Le second chapitre met l'accent sur le contexte épidémiologique et les programmes sectoriels consacrés à la santé au cours de la décennie ayant précédé la date du dénombrement. Il rappelle les principales causes de décès et le bilan de la mise en œuvre du premier programme de développement sanitaire de la période 1994-2000. Ce contexte épidémiologique et les actions menées dans le domaine de la santé au cours de cette période expliqueraient certainement les niveaux de mortalité qui découlent des données du 3^{ème} RGPH-2001. Le troisième chapitre est consacré à l'évaluation critique de la qualité des données portant sur la mortalité et décrit la structure de la mortalité à partir des résultats définitifs du 3^{ème} RGPH-01.

En guise de conclusion générale, il est rappelé les principaux résultats de cette étude. Il s'agit particulièrement de la qualité des données recueillies sur la mortalité et des niveaux des indicateurs de mortalité atteints (taux brut de mortalité, indicateurs de mortalité infantile, juvénile, infanto-juvénile, maternelle). Ces indicateurs sont désagrégés par âge et par sexe.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE DE L'ETUDE

L'exécution efficace de la stratégie de réduction de la pauvreté au Niger nécessite la disponibilité, sur une base régulière, d'informations statistiques et démographiques pertinentes et à jour sur les interrelations entre la population et le développement. L'une des sources majeures de ces informations est le recensement général de la population et de l'habitation dont les données permettent l'élaboration d'indicateurs statistiques, socioéconomiques et démographiques qui contribuent au suivi et à l'évaluation des programmes sectoriels de développement économique et social.

Ces différents indicateurs, tributaires de la méthodologie du recensement, doivent être considérés dans le contexte physique, politique, administratif, économique et démographique du pays. Dans ce cadre, la présentation du contexte de l'étude comprendra deux parties. La première partie porte sur la présentation succincte de la République du Niger. La deuxième partie, quant à elle, traite de la méthodologie du recensement

1 : PRESENTATION DU NIGER

La présentation du Niger porte sur la situation géo-climatique, l'organisation administrative et politique, la situation économique et sociale et enfin sur la dynamique démographique.

1.1 : Situation géo-climatique

La République du Niger, pays situé en Afrique Subsaharienne, est limitée au nord par l'Algérie et la Libye, à l'est par le Tchad, au sud par la République Fédérale du Nigeria et le Bénin, à l'ouest par la Burkina Faso et au nord-ouest par le Mali. De par sa superficie, le Niger est l'un des pays les plus vastes en Afrique de l'ouest avec 1.267.000 km². C'est aussi un pays continental et enclavé, sans débouché sur la mer. Le port le plus proche est situé à près de 1.000 km. Cette situation géographique lui confère des aspects physiques et climatiques peu propices à l'agriculture et à l'élevage qui constituent, pourtant, les deux principales mamelles de l'économie nationale.

1.1.1 : Aspects physiques

Deux bassins sédimentaires et trois régions de socle caractérisent le relief au Niger. Le bassin Oullimenden, avec une structure monoclinale orientée vers le Sud-ouest, s'étend de l'Aïr au Nord au plateau du Liptako à l'Ouest. Ce bassin sédimentaire présente en son sein certaines artères du réseau hydrographique actuel. Il y a également le bassin sédimentaire du Tchad dont le Niger ne possède que sa partie nord occidentale. A ces deux grands bassins, il faut ajouter ceux du Tamesna, du Djado, de Termit et de Bilma.

Les régions de socle sont constituées de l'Aïr, des hauts plateaux du Nord-Est et des basses terres du Sahara. Elles se caractérisent par une série de massifs montagneux et de dunes de sable qui entourent quelques pénéplaines entaillées par un réseau hydrographique hiérarchisé qui facilite le développement de vies humaines par endroit, notamment sur les oasis. La majeure partie du pays, soit les deux tiers du territoire national, est ainsi composée de massifs et de déserts peu habitables. Les résultats définitifs du troisième recensement général de la

population et de l'habitat réalisé en mai-juin 2001 révèlent une densité moyenne de moins d'un habitant au Km² dans cette région du pays.

La partie restante, essentiellement composée des plateaux du Sud, est une bande de terre de 1.300 km de long et 200 km de large. Elle comprend la vallée du fleuve Niger à l'Ouest, l'Ader, les Goulbi, le Tégama et le Tadress au centre et enfin le Damagaram, le Mounio, le Damergou, le Koutous et le pays Manga à l'Est. Cette zone, caractérisée par un ensablement progressif, laisse apparaître quelques collines granitiques et des buttes témoins. C'est principalement dans cette zone tampon entre le Sahara et la région soudanienne du continent africain que se développent, dans des conditions climatiques très aléatoires, l'agriculture et l'élevage qui constituent les principales ressources du Niger. Il ressort de la description du relief que sur une superficie de 1.267.000 km², moins de 500.000 km² sont habitables. En 2001, la densité moyenne de cette région du pays varie entre 15 et 120 habitants au Km² selon le département de résidence (Niger, 2005a). C'est donc sur le tiers de l'étendue du pays que se concentre le peuplement humain.

1.1.2 : Aspects climatiques

Il en est de même du réseau hydrographique et des conditions climatiques propices à l'agriculture et à l'élevage. Trois saisons rythment la vie des populations. Il s'agit de la saison sèche et froide (novembre à février), de la saison sèche et chaude (mars à juin) et enfin de la saison des pluies qui s'étalent de juillet à octobre avec des précipitations très variables. La saison sèche et froide se caractérise par une basse hygrométrie, des journées courtes et une atmosphère sèche. La température moyenne à midi est de 30°C à l'ombre alors que l'amplitude diurne varie de 15 à 18°C. Les matinées sont ressenties comme très fraîches à cause de l'Harmattan qui draine dans son sillage des vents en provenance du Nord-est responsables des basses températures du moment.

L'Harmattan continue à souffler d'avril à mai avec des vents de brume sèche atteignant six à dix mètres par seconde. Au cours de cette saison sèche et chaude, la température moyenne journalière tourne autour de 42-43°C avec une amplitude diurne moyenne de pas moins de 30°C. Le paroxysme est atteint en mai avec des températures de 46°C pendant plusieurs semaines. Les mois de juin et d'octobre qui encadrent la saison des pluies sont aussi difficiles à supporter à cause de l'hygrométrie élevée et des nuits moites dues à l'incapacité de la mousson à provoquer l'orage. Au cours des mois de juillet, août et septembre la mousson s'installe et occasionne des pluies régulières. Les températures sont douces et la végétation régénère sur toute la bande sahélo-soudanienne du pays.

Dans l'extrême Nord du pays, caractérisé par les déserts du Ténéré et du Talak, les massifs montagneux de l'Aïr et les hauts plateaux, il règne un climat désertique avec lequel aucune pluviométrie annuelle n'est assurée. Dans la zone nord sahélienne par contre, on enregistre quelques précipitations annuelles ne dépassant guère 350mm et n'autorisant pas par conséquent la culture sous pluie. Ces précipitations autorisent par contre la reconstitution des stocks fourragers. Cette région constitue la zone pastorale du pays. Plus au sud de cette région, on rencontre un climat sahélien et un climat nord soudanien. Le climat sahélien se caractérise par des précipitations de 350 à 750mm de pluie par an permettant la culture sous pluies pendant les mois de juillet, août et septembre. Il concerne la majeure partie de la bande sud du pays et englobe la Communauté Urbaine de Niamey, capitale du pays. Le climat nord soudanien prévaut dans l'extrême sud du pays (le Dendi, c'est-à-dire la frontière avec le Bénin) avec une pluviométrie relativement abondante.

L'observation météorologique nationale mise en place depuis 1921 montre une succession de périodes de sécheresse et d'années "normales" en matière de production agricole. Aux périodes de sécheresse des années 1921-1946, 1968-1974, 1982-1987 et 1996-1997 se sont succédées celles des années humides caractérisées par des tranches d'eau annuelles plus abondantes et des jours de précipitations plus nombreux. Il s'agit de 1947-1967, 1975-1981, 1988-1995 et 1998-1999. En réalité, les variations saisonnières de la pluviométrie ont toujours existé d'une année à l'autre, d'une région à l'autre et pendant une même saison de pluie. La pluie qui a permis les semences peut n'être suivie d'aucune autre précipitation pendant plusieurs semaines, occasionnant ainsi la perte des semis déjà effectués. La pluie peut aussi faire défaut pendant l'épiaison. Les sécheresses de 1930, 1973, 1984 et 1997 ont ainsi concerné plusieurs milliers de nigériens n'ayant aucune autre ressource que l'agriculture et l'élevage (Alpha G.B., 1994).

1.2 : Organisation politique et administrative

La République du Niger a accédé à l'indépendance en 1960, comme beaucoup d'autres pays africains. La langue officielle est le français. L'histoire du territoire, qui est devenu le Niger moderne actuel, est très riche en événements. Elle a été marquée, depuis le VII^{ème} siècle après Jésus christ, par d'importantes migrations et de multiples brassages des populations favorisés par sa position géographique et l'expansion rapide de l'Islam. Il en résulte une histoire politico-administrative jalonnée de régimes tirant leur légitimité soit du peuple soit de l'action des forces armées nationales. De 1960 à 2005, le Niger a connu cinq républiques et trois coups d'Etat militaires. La première république, au cours de laquelle un régime monopartisan a fini par s'imposer entre 1960 et 1974, a cédé sous la pression conjuguée de la contestation sociale et l'action des forces armées nationales le 15 avril 1974. Le régime militaire, dirigé par le Conseil Militaire Suprême (CMS), qui en est issu gouverna le pays jusqu'en 1989. Les élections générales de 1989 ont permis la naissance de la seconde république qui a aussi cédé sous la pression de la grogne sociale ayant abouti à l'organisation de la Conférence Nationale Souveraine de juillet à octobre 1991. Cette conférence a permis la mise en place des organes transitoires ayant occasionné l'organisation des élections générales de 1993 dont est issue la troisième république renversée elle aussi en janvier 1996 par coup d'état militaire. La naissance de la quatrième république au cours de la même année n'a pas mis fin à l'instabilité politique, car elle est à son tour renversée en avril 1999 pour donner naissance à la cinquième république actuellement en vigueur depuis juillet 1999. Cette cinquième république, dont la seconde mandature est actuellement en cours, a permis de parachever la mise en place de l'ensemble des institutions démocratiques et de relancer le processus de décentralisation administrative dont la finalité est d'assurer la gouvernance locale par les populations elles mêmes. Ce processus de décentralisation, amorcé depuis plusieurs années, est opérationnel depuis le 24 Juillet 2004, date des élections locales. Il permettra, d'une part, aux représentants élus des populations de prendre en charge la gestion des nouvelles entités administratives, et, d'autre part, d'améliorer le processus d'identification, d'élaboration et d'exécution des plans et programmes de développement avec une meilleure prise en compte des préoccupations et des besoins des populations.

Sur le plan administratif, le Niger était subdivisé, jusqu'avant la loi sur la décentralisation, en sept (7) départements et une (1) communauté urbaine. Les départements étaient subdivisés en arrondissements, les premiers étant administrés par des préfets et les seconds par des sous-préfets. Cependant, la réforme administrative adoptée au courant de l'année 1999 a

transformé les départements en régions, et les arrondissements en départements. De ce fait, le Niger est actuellement divisé en sept grandes régions plus la Communauté urbaine de Niamey (la capitale du pays). Ces régions sont subdivisées en départements (il en existe 36 au total) qui sont à leur tour divisés en postes administratifs, en communes rurales et en communes urbaines. En mars 2005, le pays compte 28 postes administratifs et 265 communes. A la tête de chaque entité administrative est placé un responsable. Les gouverneurs sont nommés à la tête des régions et les chefs de postes administratifs à la tête des postes administratifs. Il en est de même des Préfets qui administrent les départements. Par contre, depuis juillet 2004, les conseillers municipaux élus au suffrage universel élisent les maires qui administrent les communes rurales et urbaines. Chaque responsable est chargé de promouvoir les actions de développement dans son entité administrative. Il a pour tâche de mener les activités programmées en collaboration avec les cadres techniques et les associations professionnelles.

1.3 : Situation économique

La situation économique du Niger est fortement marquée par une évolution en dents de scie. Trois étapes charnières ont caractérisé son évolution. La première période allant de 1960 à 1975 a été marquée par une économie à composantes dominantes rurales. Il s'agit de l'agriculture de subsistance et de l'élevage extensif. Le secteur rural occupait plus de 80% de la population active et contribuait à hauteur de 60% à la formation du produit intérieur brut (PIB). C'était une économie fortement tributaire des aléas climatiques comme en témoignent les années de sécheresse de 1969 à 1973 qui ont occasionné la famine et décimé le cheptel.

L'exploitation des ressources minières et la succession des périodes de pluviométrie abondante au cours de la seconde moitié de la décennie 1970 a permis de modifier sensiblement la structure de l'économie nationale. Le secteur agricole ne représente plus que 40% environ du PIB alors que le secteur marchand moderne intervenait pour 20% et l'administration pour 8%. L'économie est monétarisée avec une masse monétaire de 12,5% du PIB. Les récoltes céréalières sont diversifiées grâce aux investissements importants injectés dans le secteur primaire avec la manne financière provenant de l'exploitation de l'uranium et de l'endettement extérieur.

Cette période de croissance et de prospérité n'a malheureusement pas duré assez longtemps. Le début des années 1980 a été marqué par l'effondrement du marché de l'uranium et le rétrécissement de la capacité d'endettement du pays. Le taux d'accroissement économique est passé en termes réels de 4,6% en 1973 à 2,3% en 1983. Cette récession économique s'est accompagnée d'un déficit budgétaire d'environ 10% du PIB et d'un déficit de la balance de paiement estimé à 22% du PIB. Elle a occasionné, de la part des pouvoirs publics, la mise en œuvre de plusieurs mesures d'austérité dont l'ajustement structurel appuyé par les institutions financières internationales (Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International particulièrement). Ces mesures, s'appuyant sur une limitation des charges et une mobilisation accrues des ressources internes et externes, étaient destinées à contenir les déséquilibres économiques. Elles n'ont cependant pas permis au Niger de retrouver le chemin de la croissance économique au cours des années 1990. Les principales raisons avancées pour expliquer cet échec résident dans l'instabilité des institutions politiques au cours des décennies 1980 et 1990, les multiples remous sociaux et les faibles performances de l'économie nationale.

La stabilité sociale et politique retrouvée après l'organisation des élections générales de 1999 a redonné un nouveau souffle à l'économie nigérienne. Le deuxième rapport de mise en œuvre de la stratégie de réduction de la pauvreté publié en 2004 relève une performance globalement satisfaisante en ce qui concerne la mise en œuvre du programme économique et financier, des résultats encourageants dans l'accès aux services sociaux de base (santé, éducation, emplois, etc.), un accroissement des infrastructures hydro-agricoles, des infrastructures d'hydraulique urbaine, villageoise et pastorale et une augmentation des activités génératrices de revenu dans le cadre du renforcement de la sécurité alimentaire. En guise d'illustration, rappelons que le taux de scolarisation de base a atteint 50% tandis que la couverture sanitaire est de l'ordre de 65% en 2003.

Cependant, malgré les progrès accomplis, plusieurs contraintes limitent les actions entreprises. « Ces contraintes tiennent en un ensemble de facteurs qui freinent, d'une part la croissance des revenus et d'autre part, altèrent la qualité de vie et de nutrition des populations les plus vulnérables. [...] Ces facteurs sont liés aux ressources limitées, aux conditions climatiques, au faible développement des activités génératrices de revenu en milieu rural, à une forte croissance démographique, à la faible disponibilité des terres cultivables et à la dégradation de l'environnement, ainsi qu'à l'insuffisance des infrastructures de base » (Niger, 2004a : 6).

Au niveau macro-économique, la Stratégie de Réduction de la Pauvreté a prévu d'accélérer la croissance et de maintenir la stabilité économique. Si les programmes économiques antérieurs ont souffert d'instabilité sociale et politique défavorable, le présent bénéficie du maximum de sérénité pour sa mise en œuvre. La crédibilité retrouvée vis-à-vis de l'extérieur est aussi un grand atout dont l'interaction avec la stabilité sociale peut être une base pour assurer une croissance continue et une économie stable. Au niveau des ménages et des individus, les objectifs de réduction de la pauvreté, d'amélioration du niveau d'éducation, de santé et d'accès à l'eau potable ont toujours été cités comme prioritaires. Cependant, la lutte contre la pauvreté risque d'être confrontée à la croissance rapide de la population nigérienne au cours des prochaines décennies.

1.4 : Situation démographique

Au 1er juin 2001, selon les résultats définitifs du 3^{ème} recensement général de la population et de l'habitat, le Niger comptait 11.060.291 habitants. Entre le recensement de 1988 et celui de 2001, la population nigérienne a augmenté en moyenne de 3,3% par an. Un regard sur les sources de données statistiques disponibles montre qu'au cours du vingtième siècle, le temps de doublement de la population nigérienne s'est considérablement raccourci. En effet, selon plusieurs estimations basées sur les recensements administratifs et les archives coloniales (Tableau 1), l'effectif de la population nigérienne, qui était d'environ un million en 1905, est passé à près de trois millions à la fin des années cinquante (Alpha G.B., 1994).

Tableau 1 : Evolution de l'effectif de la population au cours du XX^{ème} siècle

Période	1905 Recensement administratif	1960 Estimation (enquête par sondages)	1977 RGPH 1977	1988 RGPH 1988	2001 RGPH 2001
Nombre d'habitants	1.075.000	2.876.000	5.102.980	7.251.626	11.060.291

Source : Adapté de May J., Harouna S. et Guengant J. P., 2004 :19

Le second doublement de la population nigérienne a pris moins de trente ans car il serait intervenu vers le début des années 1980. Au recensement général de la population et de l'habitat de 1988, le Niger comptait plus de sept millions d'habitants contre onze millions en 2001. En fait, au cours du siècle dernier, l'effectif de la population nigérienne a été multiplié par onze.

Cette croissance rapide de l'effectif de la population nigérienne s'explique par les niveaux élevés de fécondité, la baisse progressive des niveaux de la mortalité et certainement aussi par l'amélioration de la qualité de la collecte des données ces dernières années. En effet, toutes les sources de données statistiques disponibles concordent pour montrer une augmentation des niveaux de fécondité entre 1960 et 1998 alors que les niveaux de mortalité dans l'enfance ont considérablement baissé au cours de la même période ; ce qui engendre un fort taux d'accroissement naturel de la population. Au même moment, les données sur les migrations indiquent un solde migratoire international proche de zéro. Ces différents éléments concourent pour expliquer les niveaux élevés des taux d'accroissement intercensitaire de 3,4% et 3,3% trouvés respectivement entre 1977-1988 d'une part et entre 1988-2001 d'autre part.

2 METHODOLOGIE DU RGPH 2001

Cette section traite des généralités sur la méthodologie du troisième recensement général de la population et de l'habitation. Elle aborde aussi bien la méthodologie de collecte des données que les procédures de traitement et d'exploitation des résultats définitifs.

Définition du recensement de la population

Le recensement de la population est l'ensemble des opérations qui consistent à recueillir, regrouper, évaluer, analyser et publier (ou diffuser de toute autre manière) des données démographiques, économiques et sociales se rapportant, à un moment donné, à tous les habitants d'un pays ou d'une partie déterminée d'un pays¹.

Un recensement de la population fournit des informations sur l'état et la structure, et éventuellement la dynamique, de la population étudiée.

2.1 Objectifs du RGPH 2001

Le troisième recensement général de la population et de l'habitat du Niger avait pour objectifs à court terme² :

- de mettre à la disposition des différentes institutions et structures étatiques et divers utilisateurs à l'échelon national, des données récentes et fiables relatives à toutes les divisions administratives du pays, jusqu'aux petites localités. Ces données portent sur:
 - l'effectif, la structure et la distribution spatiale de la population;
 - les indicateurs sur les mouvements de la population (fécondité, mortalité, migrations);

¹ Nations Unies, New York, 1980

² RGP/H 2001, Manuel de l'agent recenseur

- les caractéristiques économiques;
- les caractéristiques socioculturelles et
- les caractéristiques de l'habitat ;
- de permettre de mesurer par comparaison avec les résultats des recensements précédents et ceux provenant d'autres sources, de l'évolution de la croissance de la population, le processus de sédentarisation des nomades et d'urbanisation ;
- de permettre l'actualisation et l'amélioration du fichier national des localités ;
- de servir à la préparation des futures opérations de collecte par le biais des travaux cartographiques et des résultats du dénombrement en fournissant une base de sondage adéquate.

2.2 : Méthodologie du RGPH-2001

L'exécution du troisième RGPH-2001 a été précédée par la mise en place du cadre légal (textes réglementaires) et des structures de gestion (administratives et financières) des activités y afférentes. Il a également été procédé à une évaluation des difficultés rencontrées lors des recensements généraux précédents (1977 et 1988) afin de ne pas répéter les mêmes erreurs et de capitaliser les expériences antérieures. Le document de projet, les outils techniques de collecte des données ont été élaborés et soumis aux différentes structures nationales et aux partenaires au développement pour appréciation et amendement. A la suite de ces différentes concertations, ces documents ont été finalisés et approuvés, ce qui a permis d'acquiescer les financements nécessaires à la réalisation des travaux de terrain.

2.2.1 : Travaux de cartographie censitaire

La phase d'exécution a démarré avec les travaux cartographiques dont le but était de répertorier l'ensemble des sites habités, de délimiter et de découper les aires ou zones de dénombrement, de réaliser la couverture exhaustive de l'ensemble du territoire sans omissions ni double compte, d'évaluer les besoins en personnel de terrain et la logistique requise pour une exécution satisfaisante du dénombrement général de la population.

Les travaux cartographiques devaient permettre d'illustrer les données démographiques, économiques et sociales recueillies (représentation graphique, figures, croquis, cartes thématiques) et d'établir une base de sondage pour les enquêtes futures. La principale insuffisance constatée au niveau des travaux cartographiques concerne le délai qui sépare son exécution de la date du dénombrement général de la population. En effet, ces travaux ont été finalisés en 1998 alors que le dénombrement n'a pu avoir lieu qu'en mai-juin 2001 ; entre temps des nouveaux sites habités ont vu le jour tandis que d'autres ont certainement disparus. Dans les centres urbains par exemple il a été nécessaire de reprendre les travaux cartographiques afin de faciliter le repérage des agents recenseurs dans leurs zones de dénombrement ; cela n'a pas été possible à l'échelle nationale compte tenu du coût financier exorbitant et des délais d'exécution très longs. Il a fallu attendre la fin du dénombrement pour procéder aux remises à jour des travaux cartographiques à l'échelle nationale. Ces types d'insuffisance des travaux cartographiques ont naturellement des incidences dans la collecte des données, dans la mesure où ils peuvent constituer des risques d'omissions de ménages et donc de différentes catégories de personnes.

2.2.2 : Dénombrement général de la population et de l'habitat

Le dénombrement général de la population et de l'habitat du troisième recensement général de la population et de l'habitat a été réalisé du 20 mai au 10 juin 2001. Des données ont été collectées sur les:

- Caractéristiques des ménages: lieu de résidence (région, département, canton, commune, localité), milieu de résidence (urbain, rural), mode de vie (sédentaire, nomade), etc. ;
- Caractéristiques démographiques (âge, situation matrimoniale, présence d'handicap, survie des parents, etc.), socioculturelles (instruction, langue d'alphabétisation, appartenance ethnique, religion) et économiques (situation d'activité, occupation principale, branche d'activité, situation dans l'emploi principal) de l'ensemble des individus membres des ménages ;
- Caractéristiques de l'habitat (type d'habitation du ménage, caractéristiques dominantes du logement occupé, mode d'approvisionnement en eau, type de source d'énergie utilisée, type de lieu d'aisance, mode d'évacuation des ordures ménagères, équipements du ménage et statut d'occupation du logement) ;
- Evènements survenus dans le ménage au cours des douze derniers mois (décès par âge et sexe, naissances vivantes de chaque femme de 10 ans ou plus).

2.2.3 : Codification, traitement et apurement des données recueillies

Certaines réponses recueillies au cours du dénombrement général de la population et de l'habitat ne peuvent être exploitées directement. Il a donc été nécessaire de procéder à leur codification. Ces travaux ont précédé la phase de traitement informatique des données qui a consisté à saisir les informations recueillies et à apurer les données brutes pour éliminer certaines erreurs. Les procédures d'apurement et de redressement des données ont été appliquées à l'aide des résultats de l'enquête post censitaire de couverture et de certaines informations liées aux principaux phénomènes démographiques (fécondité, migration, nuptialité, etc.) et socioéconomiques (instruction, emploi, catégorie socio-professionnelle, branche d'activité).

2.2.4 : Thèmes prioritaires d'analyse des résultats du RGPH- 2001

Les résultats définitifs du RGPH 2001, présentant la répartition de la population du Niger par sexe selon la région et le département, ont été publiés en avril 2005. Un séminaire atelier de consensus national sur les thèmes d'études prioritaires et les indicateurs du RGP/H-2001 a été organisé du 28 au 30 avril 2003. Il a recommandé la réalisation des analyses thématiques ci-dessous.

1. Etat de la population
2. Evaluation directe de la qualité des données sur l'âge
3. Alphabétisation et fréquentation scolaire
4. Activités économiques de la population
5. Nuptialité et situation matrimoniale
6. Natalité et fécondité
7. Mortalité
8. Migrations

9. Dynamique de la population
10. Situation sociale des enfants
11. Situation socio-économique des jeunes
12. Situation socio-économique des personnes âgées
13. Situation socio-économique de la femme
14. Situation socio-économique des personnes handicapées
15. Caractéristiques démographiques et socio-économiques des ménages
16. Caractéristiques de l'habitation et cadre de vie des ménages

CHAPITRE 2 : INTERET ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

La présente étude intitulée "Analyse de la mortalité" s'inscrit dans le cadre des recommandations du séminaire atelier de consensus national sur les thèmes d'études prioritaires et les indicateurs du 3^{ème} recensement général de la population et de l'habitat tenu du 28 au 30 avril 2003 à Niamey ci-dessus mentionné. Elle se justifie amplement par la situation sanitaire du pays.

Les études récentes sur la mortalité menées dans la plupart des pays en développement ont conclu à une tendance générale à la baisse. Les facteurs évoqués pour expliquer cette baisse résident dans le développement des technologies médicales, dans la qualité de la nutrition, et dans l'amélioration du niveau et des conditions de vie des ménages. Malgré les progrès enregistrés dans ces différents domaines, on constate que dans certains pays africains, le niveau de la mortalité demeure encore très élevé et la tendance à la baisse se ralentit.

1 JUSTIFICATION DU THEME

Au Niger le risque de mortalité infantile était de 123 pour mille en 1992 (EDSN1). La seconde Enquête Démographique et de Santé réalisée en 1998 montre qu'un enfant sur vingt-trois nés vivants décède avant son quarantième jour. Ce risque est de un enfant sur treize durant la période post-néonatale. En définitive, un tiers des enfants nés vivants décède avant le cinquième anniversaire.

Les premiers programmes de lutte contre la mortalité dans l'enfance ont pourtant été bénéfiques. Le niveau de la mortalité dans l'enfance a considérablement baissé entre 1960 et 1980 (Zourkaleini, 1989 : 57). La mortalité infantile a diminué de 32%, la mortalité juvénile de 36% et celle des enfants de zéro à cinq ans a baissé de 33,5%. A partir de 1980, on observe un retournement de ces tendances. On note ainsi un accroissement de 20,7% de la mortalité néonatale, de 9,5% de la mortalité post néonatale, de 13,4% de la mortalité infantile, de 6,9% de la mortalité juvénile et enfin de 8,4% de la mortalité infanto-juvénile entre 1980 et 1985. Même si la mortalité néonatale, la mortalité infantile et, dans une moindre mesure, la mortalité post-néonatale ont réamorcé une nouvelle tendance à la baisse à partir de 1985, on constate que la mortalité juvénile a maintenu le cap à la hausse jusqu'au début des années 1990³. Cette tendance révélée par la première enquête démographique et de santé est aussi confirmée par celle menée en 1998. En 1997 déjà, Dominique Waltisperger tirait la sonnette d'alarme en mentionnant le fait qu'au Niger, les indicateurs de santé entamaient « *un retour à la case départ* ».

L'évolution des niveaux, structures et tendances de la mortalité relate les résultats concrets auxquels sont parvenus les programmes de santé en vigueur dans le pays. L'examen de l'évolution des risques de décès aux niveaux national, régional et départemental selon certaines caractéristiques démographiques, socioculturelles et économiques à partir des données du 3^{ème} recensement général de la population et de l'habitation, réalisé en juin 2001, permet de réactualiser les indicateurs de base des programmes d'action consacrés à l'accès universel aux soins de santé à l'horizon 2015 dans le cadre de la stratégie de réduction de la

³Les chiffres avancés ont été calculés à partir des données du tableau 9.1 du rapport de l'Enquête Démographique et de Santé réalisée au Niger en 1992 (EDSN, 1992 : 135).

pauvreté adoptée en février 2002 et des objectifs de développement du millénaire auxquels le Niger a adhéré en 2000.

2 : Présentation des méthodes de collecte des données sur la mortalité

2.1 : Méthode basée sur les décès des 12 derniers mois

Le questionnaire ménage administré lors du 3^{ème} recensement général de la population et de l'habitation a permis de recueillir trois types d'informations relatives à la mortalité. Le premier type d'informations est lié aux décès des 12 derniers mois ayant précédés le passage de l'agent recenseur. Pour chacun des ménages ordinaires interrogés, il a été demandé le nombre total de décès survenus au cours des 12 derniers mois, l'âge au décès et le sexe des personnes décédées. Les questions sur les décès des 12 derniers mois n'ont pas été posées dans les ménages collectifs.

Les réponses à ces questions sont sujettes à des erreurs liées principalement au cadrage de la période de référence. Au niveau du Bureau central du recensement, la période des 12 derniers mois ayant précédé le passage de l'agent recenseur s'entend comme la période comprise entre juin 2000 et mai 2001 ; cependant, malgré toutes les instructions données aux agents recenseurs pour délimiter cette période, des erreurs de cadrage peuvent subsister compte tenu du niveau d'instruction très faible de la population nigérienne. Aucune référence particulière ne permet de délimiter cette période dans les pratiques populaires locales. La plupart des populations nigériennes ignorent le calendrier grégorien et ne se réfèrent qu'au calendrier religieux, et particulièrement musulman. Or cette période n'est encadrée par aucune fête religieuse.

Il existe, cependant, une période de référence climatique qu'est le début de la saison des pluies ; mais cette période est très variable selon les régions. Pendant que certaines régions du pays ont déjà entamé les cultures, d'autres n'ont même pas semé. Il peut donc y avoir une sous-estimation de la période de référence dans certaines régions et une surestimation dans d'autres. Ceci peut entraîner une mauvaise déclaration des effectifs des décès au cours des 12 derniers mois.

2.2 : Méthode basée sur les proportions d'enfants survivants

Le second module à partir duquel on a obtenu les informations sur la mortalité concerne les questions relatives à la survie des enfants. A chaque femme âgée de 10 ans ou plus, l'agent recenseur a demandé le nombre total d'enfants nés vivants et le nombre total d'enfants survivants. Au cours du traitement des données brutes, le Bureau central du recensement a procédé à l'application de quelques procédures de correction ayant permis de fixer l'âge minimal du début de la procréation au Niger à 12 ans pour les femmes. L'application de cette procédure fixe donc la tranche d'âge de la procréation à 12-49 ans. Pour chacune des femmes âgées de 12-49 ans, on dispose du nombre total d'enfants nés vivants et d'enfants survivants. Ces informations sur la survie des enfants permettent de calculer les proportions d'enfants décédés par groupe d'âges de la mère. Ces proportions sont converties en probabilités de décéder qui permettent à leur tour de générer les autres indices de la table de mortalité.

Même si les femmes en âge de procréer déclarent relativement bien les naissances et les décès d'enfants survenus au cours de leur vie féconde, elles ne sont pas toujours en mesure de donner leur date de naissances (jours, mois années) et leur âge. Au cours du traitement des données, des procédures particulières ont été mises en œuvre pour corriger les déclarations d'âge pour une part importante de la population résidente recensée. Ainsi, le Bureau central du recensement a été amené à corriger les âges mal déclarés à partir des informations sur le nombre total d'enfants nés vivants et le nombre total d'enfants nés vivants au cours des 12 derniers mois.

La mise en œuvre de ces procédures de correction a pour inconvénient, pour le calcul des indices de mortalité, de supposer que les déclarations de naissances vivantes sont justes alors qu'on sait que certains morts nés peuvent être assimilés à des naissances vivantes ou aux âges avancés on peut observer un phénomène d'effet de mémoire, surtout dans les milieux où le niveau d'instructions est assez bas. Il peut également y avoir un transfert d'un certain nombre de femmes jeunes dans les groupes d'âges supérieurs entraînant de fait des proportions incorrectes d'enfants décédés de telle sorte que les quotients qui en seront issus soient sous-estimés ou surestimés.

2.3 : Méthode basée sur la survie des parents

Enfin, les questions sur la survie des parents (père en vie, mère en vie, père et mère en vie) ont été posées à l'ensemble de la population résidente recensée. Les réponses à ces questions permettent, non seulement d'estimer les niveaux de la mortalité adulte, mais de déterminer aussi la proportion des orphelins de père, de mère ou des deux parents. Elles facilitent ainsi la détermination des besoins en protection sociale des franges de populations les plus vulnérables selon certaines caractéristiques socioéconomiques. A travers les réponses sur la survie du père, on calcule la proportion d'enfants dont le père est en vie. Cette proportion permet de générer les autres indices de la table de mortalité des hommes âgés de 10 ans ou plus. De même, les réponses données aux questions sur la survie de la mère permettent de calculer les proportions d'enfants dont la mère est encore en vie.

Dans le cas présent, ces informations sur la survie des parents ne sont pas utilisées pour estimer la mortalité des adultes. Elles servent à estimer les effectifs d'enfants âgés de 0 à 15 ans orphelins de père, de mère ou des deux parents. Ces informations peuvent être sous-estimées compte tenu du fait qu'elles n'ont été recueillies que dans les ménages ordinaires alors qu'une frange importante des orphelins peut ne pas y résider et élire domicile dans les ménages collectifs ou être sans domicile fixe.

Le questionnaire ménage du 3^{ème} RGPH-2001 fournit ainsi les informations permettant d'appliquer toutes les méthodes directe et indirecte d'estimation des indices de mortalité. Les niveaux et la structure de la mortalité sont déterminés par âge et par sexe. L'analyse de la mortalité est axée, dans la présente étude, sur une description du contexte sanitaire national. L'accent est particulièrement mis sur le contexte épidémiologique et les programmes sectoriels consacrés à la santé au cours de la décennie ayant précédé la date du dénombrement. De ce fait, avant de générer les indices de la table de mortalité, nous présentons d'abord le contexte sanitaire qui a prévalu avant le dénombrement général de la population en 2001.

CHAPITRE 3 : CONTEXTE SANITAIRE NATIONAL

Le présent chapitre fait le tour d'horizon des principales causes de morbidité et de mortalité ainsi que des programmes socioéconomiques et sanitaires mis en œuvre pour améliorer le bien être des populations nigériennes. Il examine ainsi le contexte épidémiologique national et le développement socio-économique et sanitaire au Niger au cours de la période intercensitaire (1988-2001).

1 : Contexte épidémiologique

Le contexte épidémiologique nigérien présente deux caractéristiques principales:

- La prédominance des maladies infectieuses et parasitaires
- Les conditions de vie des ménages et les caractéristiques des habitations favorables aux infections.

1.1 : Prédominance des maladies infectieuses et parasitaires

Les maladies infectieuses et parasitaires demeurent les principales causes de morbidité et de mortalité au Niger. En 1999, les statistiques des formations sanitaires relèvent 28% de décès liés aux infections respiratoires aiguës, 24% des décès dus au paludisme, 10% de décès causés par les maladies diarrhéiques et 7% de décès liés aux traumatismes, plaies et brûlures. Ces quatre premières causes de décès représentent près de 70% des décès infanto-juvéniles. La malnutrition et le tétanos néonatal complètent la série des causes de décès (BM, 2004b).

Les résultats de l'enquête démographique et de santé, réalisée en 1998, révèlent que la malnutrition sévit chez deux enfants sur cinq âgés de moins de cinq ans au Niger. Elle expliquerait une part importante des décès dus aux maladies diarrhéiques, aux infections respiratoires aiguës et à la rougeole. Elle sévit sous la forme d'une malnutrition protéino-énergétique (MPE), d'avitaminose A, d'anémie nutritionnelle et de troubles dus à la carence en iode.

Chez les enfants de moins de cinq ans, les niveaux de prévalence des maladies diarrhéiques, des infections respiratoires aiguës et du paludisme sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain. Il existe également une forte disparité entre les régions pour la prévalence de la diarrhée, des infections respiratoires aiguës et du paludisme (BM, 2004b). Concernant les maladies du Programme élargi de vaccination, les statistiques sanitaires révèlent une forte prévalence de la rougeole (73.000 cas en 1996 contre 37.000 en 1997), de la coqueluche (3.300 cas en 1996 contre 4.600 cas en 1999) et de la méningite (17.300 cas en 1996 contre 5.300 cas en 1999). Les niveaux de prévalence des maladies du Programme élargi de vaccination dépendent du degré d'immunisation des enfants et fluctuent selon les saisons et les années.

Concernant la mortalité maternelle, elle résulterait principalement de l'insuffisance de la prise en charge au cours de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couche. Les statistiques sanitaires relèvent que les hémorragies (20%), les anémies (20%), les infections puerpérales (18%), les éclampsies (12%) et les ruptures utérines (10%) représentent les principales causes de décès maternel. Les traitements médicaux susceptibles de réduire les risques de mort maternelle ne peuvent être effectués que dans 14 formations sanitaires sur l'ensemble du pays.

En 1999, les interventions obstétricales (césarienne, laparotomie) n'étaient possibles à l'échelle nationale que dans quatre hôpitaux de district (BM, 2004b).

1.2 : Cadre de vie et habitat favorables aux infections

Parmi les facteurs communautaires susceptibles d'influencer les niveaux de mortalité figurent l'accès à l'eau potable, le type de lieu d'aisance, et le système d'évacuation des eaux usées.

1.2.1 : Conditions d'accès à l'eau potable

L'accès à l'eau potable est un facteur d'exposition à certaines pathologies telles que les maladies diarrhéiques, le choléra ou la fièvre typhoïde. Au Niger, seulement 43% des ménages ont accès à l'eau potable (BM, 2004b). L'accès à l'eau potable des ménages est inégalement réparti entre les zones rurales et le milieu urbain et selon la région de résidence. En milieu urbain, 16,2% des ménages disposent d'un robinet dans le logement contre 14,5% dont le robinet se trouve dans la cour de la concession et 45,7% des ménages urbains puisent leur eau potable à une autre source d'approvisionnement. En milieu rural, il n'existe pratiquement pas de robinet dans le logement. Seulement 0,5% des ménages disposent d'un robinet dans la cour de la concession contre 35,9% qui s'approvisionnement à une autre source (MICS2, 2000).

Ces inégalités en matière d'accès à l'eau potable s'observent également selon la région de résidence. La Communauté urbaine de Niamey et la région d'Agadez disposent des meilleurs indicateurs d'accès à l'eau potable. Un ménage sur quatre (24,7%) dispose d'un robinet dans le logement à Niamey contre un ménage sur six à Agadez. Pour toutes les autres régions du pays, la proportion de ménages disposant d'un robinet à l'intérieur du logement est négligeable. A Niamey tout comme à Agadez, un ménage sur dix s'approvisionne en eau potable dans la cour de la concession. Cette proportion est de un ménage sur 14 à Diffa. Elle est pratiquement négligeable dans les autres régions du pays. En fait, une proportion importante des ménages s'approvisionnent en eau potable aux autres sources. Pour certaines régions comme Diffa, Tillabery, Dosso, Maradi et Zinder, un ménage sur deux au moins n'a même pas accès à l'eau potable. Un ménage sur cinq est situé à plus de trente minutes de marche d'une source d'eau potable. A Maradi (27,7%) et à Tillabery (27,5%), près d'un ménage sur trois est situé à plus d'une heure de marche d'une source d'eau potable (MICS2, 2000). On s'attendrait donc que la morbidité et la mortalité liées aux maladies d'origine hydrique telles que les diarrhées, le choléra et la fièvre typhoïde prévalent dans ces régions.

1.2.2 : Disponibilité et accessibilité des lieux adéquats d'aisance

Les résultats de l'enquête à indicateurs multiples, réalisée en 2000, révèlent que seulement 1,8% des ménages disposent d'une chasse d'eau ou de latrine améliorée contre 14,6% qui utilisent une latrine traditionnelle. Des inégalités criardes existent entre le milieu urbain et le milieu rural en matière d'utilisation de système d'évacuation des excréments. En milieu urbain, un ménage sur dix utilise une chasse d'eau ou une latrine améliorée et 62,4% disposent d'une latrine traditionnelle. En milieu rural, la chasse d'eau et la latrine améliorée n'existent pratiquement pas et seulement 6% des ménages utilisent les latrines traditionnelles. L'évacuation des excréments se fait en plein air, dans la brousse ; ce qui peut favoriser le développement et la transmission des germes de maladies à travers l'air, les eaux de surface et les animaux domestiques. Ces risques de transmission de germes des maladies sont plus probables dans les région de Zinder, Tahoua, Tillabery, Maradi, Dosso et dans une moindre mesure Diffa où le système sanitaire d'évacuation des excréments est moins développé que

dans la communauté urbaine de Niamey et la région d'Agadez qui disposent des taux d'utilisation des sanitaires les plus élevés. En 2000, quatre ménages sur cinq à Niamey et deux ménages sur trois à Agadez utilisent les latrines pour évacuer les excréments.

1.2.3 : Disponibilité et utilisation des systèmes d'évacuation des eaux usées

La disponibilité et l'utilisation des systèmes d'évacuation des eaux usées et des excréments représentent les autres sources de transmission des maladies infectieuses. Elles influencent le développement des germes et la transmission des maladies telles que le paludisme, la rougeole et les méningites.

2 : Politique sanitaire du Niger de 1988 à 2001

La fin des années 1980 a été marquée au Niger par une crise économique aiguë et une instabilité des institutions politiques qui n'ont pas permis la poursuite de la mise en œuvre des programmes quinquennaux de développement économique et social initiés au cours des années antérieures. La mise en place des institutions politiques démocratiquement élues à partir de 1993 a contribué à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes de développement socioéconomique et sanitaire, et notamment **le programme de développement sanitaire sur la période 1994-2000.**

Ce programme a permis de réaliser des études spécifiques sur l'évaluation des ressources humaines, des infrastructures et du plateau technique des soins afin d'évaluer la demande potentielle et les capacités d'offre du système sanitaire nigérien. Leurs résultats, combinés avec ceux d'autres enquêtes réalisées sur le territoire national, permettent d'évaluer, à la fin des années 1990, la sécurité sanitaire des populations du Niger définie par trois critères:

- la disponibilité des services de santé
- l'accessibilité aux services de santé
- l'utilisation des services de santé

2.1 : Disponibilité et accessibilité des services de santé

La disponibilité et l'accessibilité des services de santé se mesurent à travers la présence physique des infrastructures, des médicaments et du personnel de santé auprès des usagers. Elles traduisent les résultats concrets des programmes de développement sanitaire en termes d'offre de services. La répartition régionale des formations sanitaires publiques selon le type d'organisation des prestations de soins en 1999 permet d'avoir une idée des réalisations du programme de développement sanitaire 1994-2000 au cours de sa période d'exécution.

En 1999, le Niger disposait de 469 formations sanitaires dont 304 centres de santé de type I, 113 centres de santé de type II, 42 hôpitaux de district, 5 centres hospitaliers régionaux, 3 maternités de référence et trois hôpitaux nationaux. Ces formations sanitaires sont inégalement réparties entre le milieu rural et le milieu urbain et selon les régions de résidence. De façon générale, le plus grand nombre de formations sanitaires s'observe successivement à Zinder (84), Tillabery (80), Tahoua (77), Dosso (66), Maradi (61), Niamey (43), Agadez (33) et Diffa (26). Cette répartition globale cache des disparités selon les types de prestation de soins qui sont offerts dans les formations sanitaires. La région de Tillabery par exemple ne dispose d'aucun hôpital national, d'aucune maternité de référence et d'aucun centre hospitalier régional. En fait, les trois hôpitaux nationaux sont concentrés à Niamey (2) et à Zinder tandis que les maternités de référence ne se trouvent qu'à Niamey (1), à Tahoua (1) et à Zinder (1).

Ces inégalités dans la répartition des formations sanitaires spécialisées dans la prise en charge des complications des maladies contribuent à rehausser les risques de mortalité dans les régions dépourvues. L'accessibilité géographique des services de santé devient ainsi plus compliquée pour les populations résidentes de ces zones non desservies. Pendant que 98,6% des populations du milieu urbain disposent d'une formation sanitaire dans un rayon de 5 Km de leur résidence, 72,4% des populations du milieu rural en sont dépourvues. C'est surtout à Tillabery, à Zinder et à Maradi que l'accessibilité géographique des services de santé est très faible. Au total, deux habitants sur trois (soit 68%) de ces régions parcourent plus de 5 Km pour atteindre une formation sanitaire en 2000.

En réalité, la disponibilité physique des infrastructures sanitaires ne signifie pas l'effectivité de l'offre des prestations des services. Il faut aussi que le personnel de santé et les médicaments soient disponibles. L'analyse de la situation sanitaire 1994-2000 relève des déficits importants de médecins, de sage-femmes et d'infirmiers dans les formations sanitaires nigériennes. En rapportant l'effectif du personnel sanitaire prévu dans les normes de l'Organisation mondiale de la santé à celui effectivement disponible en 2000, on remarque que le Niger ne disposait à cette période que de 5,1% de médecins, 5,9% de sage-femmes et 1,9% d'infirmiers requis. Les déficits les plus importants s'observent respectivement à Niamey, Diffa, Agadez, Tahoua, Dosso, Zinder, Maradi et Tillabery (BM, 2004b).

Les efforts menés dans le cadre de l'approvisionnement en médicament ont permis de réduire la durée des ruptures de stocks dans les formations sanitaires. En 2001, la durée moyenne de rupture de stocks de médicament n'était que de 21 jours sur l'année. Cependant, cette durée moyenne cache des disparités régionales. A Maradi, la durée moyenne des ruptures de stocks de médicament s'élève à 49 jours en 2001 contre 38 jours à Tahoua, 23 jours à Diffa, 18 jours à Dosso, 11 jours à Tillabery, 5 jours à Agadez et 1 jour à Niamey.

2.2 : Utilisation des services de santé par les usagers

La disponibilité et l'accessibilité géographique des services de santé ne déterminent pas systématiquement leur utilisation par les usagers. Certaines contraintes peuvent empêcher aux usagers l'utilisation adéquate des services de santé. Il s'agit notamment de l'insuffisance des ressources financières pour faire face au système de recouvrement des coûts et autres dépenses connexes, des barrières socioculturelles qui séparent les usagers des prestataires de service, et enfin de l'attachement des populations aux valeurs traditionnelles néfastes à la promotion de la santé. Les indicateurs relatifs au taux de couverture vaccinale, aux consultations prénatales et au traitement des maladies transmissibles servent à illustrer le niveau d'utilisation des services de santé au Niger à la fin des années 1990.

En matière de vaccination, des efforts importants ont été faits pour mettre à la disposition des populations les vaccins relatifs aux principales maladies du programme élargi de vaccination. Cependant, la disponibilité quasi-permanente (80% du temps) et l'amélioration du temps de fonctionnement de la chaîne de froid de tous les vaccins du PEV n'ont pas permis de relever significativement leur taux d'utilisation. En 1999, le taux d'utilisation du vaccin contre la tuberculose (BCG) n'était que de 11,5% contre 6,6% de taux d'utilisation de la troisième dose du vaccin contre la Diphtérie, le tétanos et la coqueluche. Les taux d'immunisation des enfants par vaccination sont très faibles à Zinder (16%), Tahoua (19,1%), Tillabery (19,4%) et Dosso (26,3%). A Maradi (32,4%) et à Agadez (31,1%), presque un enfant sur trois est immunisé contre près d'un enfant sur deux (44,5%) à Diffa et Niamey (43,3%) (BM, 2004b).

Concernant la santé de la reproduction, presque deux femmes enceintes sur trois (64,6%) n'ont effectué aucune visite prénatale et une seulement sur six (16,9%) a réalisé la totalité des visites prénatales requises avant l'accouchement. Dans ces conditions, les chances de détecter une quelconque anomalie de la grossesse afin de recommander les soins préventifs requis sont compromises. Il en est de même du taux d'utilisation des compléments en fer qui sont distribués aux femmes enceintes pendant la visite prénatale pour éviter à la mère et à l'enfant les risques de malnutrition sévère. Une femme enceinte seulement sur dix (10,8%) a reçu ces compléments en fer. La proportion de femmes enceintes ayant accouché sous assistance médicale est encore plus faible (EDSN, 1998).

Ces niveaux d'utilisation des services de santé de la reproduction cachent des inégalités importantes entre les régions de résidence. Dans les régions de Zinder (25,4%), Maradi (27,9%) et Agadez (32,3%), moins d'une femme sur trois a effectué une visite prénatale contre 75,1% des femmes enceintes de la communauté urbaine de Niamey, 51,3% des femmes enceintes de la région de Diffa, 38% des femmes enceintes de Dosso et une femme enceinte sur trois à Tillabery (36,1%) et à Tahoua (36,6%). L'assistance du personnel médical pendant l'accouchement varie également selon la région de résidence. Pendant que trois femmes enceintes sur quatre (77,7%) de la Communauté urbaine de Niamey accouchent dans une formation sanitaire, seulement une sur six de Dosso (16,3%), de Tillabery (15,9%) et de Maradi (13,9%) a été assistée par un personnel médical pendant l'accouchement. Elles ne sont que 3,7% à Zinder et 8,9% à Tahoua à avoir bénéficié de cette assistance qualifiée. Un accouchement sur cinq a été assisté par un personnel médical qualifié à Agadez. Le taux de mortalité maternelle par accouchement assisté par un personnel médical est plus élevé à Agadez (1%), Zinder (0,5%), Tillabery (0,4%) et Dosso (0,4%) qu'à Tahoua (0,3%), Maradi (0,2%) et Diffa (0,2%). Il est pratiquement nul à Niamey.

Par rapport aux soins curatifs, les services de santé enregistrent très peu de nouveaux malades. Le nombre maximum de première visite curative par habitant est de 0,5 à Agadez et à Diffa, 0,4 à Niamey, 0,3 à Tahoua et 0,2 à Tillabery, Dosso, Maradi et Zinder. Le nombre moyen de jours d'hospitalisation est plus élevé à Diffa (5,4), Tillabery (4,7), Dosso (4,7), Tahoua (4,2), Zinder (4,1), Maradi (3,8) et Agadez (3,8) qu'à Niamey (3,3).

2.3 : Contraintes systémiques à la promotion de la santé

Parmi les facteurs favorables à la promotion de la santé figurent la qualité de la nutrition, le niveau d'instruction et d'alphabétisation, le statut de la femme, les comportements en matière de nuptialité et de fécondité, les connaissances et pratiques sanitaires et la capacité des ménages à faire face aux dépenses de santé.

2.3.1 : Qualité de la nutrition

La qualité de la nutrition est loin d'être satisfaisante à la fin des années 1990. Les résultats de l'enquête à indicateurs multiples, réalisée en 2000, relèvent un taux de malnutrition de 41,1% en milieu rural et 30% en milieu urbain. Toutes les régions du Niger enregistrent un niveau élevé de malnutrition. Les taux le plus élevés s'observent à Diffa (48,5%), à Zinder (48,3%) et à Maradi (45%). Dans les régions de Tillabery, Dosso, Tahoua et Agadez, un habitant sur trois est mal nourri. Le taux de malnutrition est de 23,8% à Niamey.

Au niveau des femmes en âge de procréer, la malnutrition (caractérisée par le faible poids pendant la grossesse et l'accouchement) est un facteur de risque pour le déroulement et l'issue

de la grossesse. L'indice de masse corporelle (IMC) permet de mettre en évidence le manque ou l'excès de poids pendant la grossesse et l'accouchement. Pour indiquer une malnutrition aiguë, on utilise généralement comme seuil de l'indice de masse corporelle la valeur de 18,5 Kg/m². Lorsque la valeur de l'IMC est inférieure à ce seuil, la malnutrition est considérée comme très critique pour la mère et le fœtus.

Les résultats de l'enquête démographique et de santé, réalisée en 1998, montrent qu'une femme sur cinq (20,7%) ayant donné naissance au cours des trois années ayant précédé l'enquête présente les risques d'une malnutrition aiguë. Le niveau de la malnutrition des mères est plus important en milieu rural (22%) qu'en milieu urbain (14,1%). Les régions de Tillabery (25,5%), Zinder (23,9%), Diffa (23,9%) et Dosso (20,4%) sont les plus touchées. Une mère sur cinq à Agadez et à Tahoua (19,4%) et une sur huit à Maradi souffrent de la malnutrition aiguë en 1998. La communauté urbaine de Niamey enregistre le plus faible niveau (12,7%) de malnutrition aiguë des mères pendant cette période.

En 1998, la malnutrition aiguë touche un enfant sur quatre (24,4%) dont 3,7% souffrent de malnutrition aiguë sévère et 20,7% de malnutrition aiguë modérée. La malnutrition aiguë concerne un enfant sur six du milieu urbain et un sur quatre du milieu rural. Les régions les plus touchées concernent Zinder et Diffa (29,7%), suivies de Tillabery (26%), de Dosso (23,5%), de Tahoua et Agadez (22,4%), de Maradi (22,2%), et enfin de la Communauté urbaine de Niamey (14,8%). La malnutrition aiguë concerne surtout les enfants âgés de 6 à 11 mois (28%) et ceux de 12-23 mois (37,7%) ; ce qui aggrave les risques de morbidité et de mortalité infantile et juvénile.

2.3.2 : Instruction et alphabétisation des femmes

Il est unanimement reconnu que l'instruction et l'alphabétisation des femmes favorisent l'adoption de comportements favorables à une meilleure santé de la mère et de l'enfant. Au Niger, elles contribuent effectivement à l'amélioration de la qualité de la nutrition et à l'utilisation des services de santé au cours de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale (Harouna, 1998). Elles permettent ainsi de réduire les risques de décès maternels et infanto-juvénile.

Les résultats de l'enquête à indicateurs multiples, réalisée en 2000, montrent que moins d'une femme en âge de procréer sur deux (48,9%) du milieu urbain a fréquenté l'école contre seulement une sur douze (8,1%) du milieu rural. Les taux d'alphabétisation sont aussi plus faibles en milieu rural (3,7%) qu'en milieu urbain (19,4%). La Communauté urbaine de Niamey et la région d'Agadez enregistrent les taux de scolarisation et d'alphabétisation des femmes en âge de procréer les plus élevés. Par contre les régions de Tahoua, Maradi, Dosso et Zinder présentent les taux les plus faibles. On peut donc s'attendre à ce que les connaissances et pratiques sanitaires évoluent dans le même sens au niveau régional.

2.3.3 : Connaissances et pratiques sanitaires

L'un des moyens efficaces de la lutte contre la morbidité et la mortalité est la prévention des maladies. Cette dernière n'est possible qu'à travers la connaissance et l'adoption de pratiques sanitaires adéquates. Il ressort des résultats de la seconde enquête démographique et de santé que seulement une mère sur trois (36,2%) connaît au moins trois signes qui doivent l'amener à faire consulter immédiatement son enfant. Ces signes ne sont connus que par une femme sur trois en milieu rural (35,3%) contre 42,3% des mères vivant en milieu urbain. La Communauté urbaine de Niamey (56,8%) et les régions de Zinder, Tillabery, Dosso présentent les proportions les plus importantes de mères connaissant les facteurs de risque de

morbidité et de mortalité des enfants. Seulement une mère sur cinq à Diffa et moins d'une sur trois à Tahoua parviennent à identifier ces risques de morbidité et de mortalité de leurs enfants.

En matière de nutrition, les proportions de femmes allaitant exclusivement leurs enfants âgés de moins de quatre mois au sein sont très faibles sur l'ensemble du territoire. Le pourcentage le plus élevé de mère allaitant exclusivement leurs enfants de moins de quatre mois au sein s'observe à Maradi (5,2%) contre 3,2% à Agadez. Cette proportion est pratiquement nulle dans les autres régions du pays.

Le recours aux services de santé en cas de maladies des enfants n'est pratiqué que par une mère sur cinq (20,5%) sur l'ensemble du pays. Seulement une mère sur huit (16,6%) du milieu rural et une sur deux (56,9%) du milieu urbain utilisent les services de santé en cas de maladies déclarées de leurs enfants. Le taux d'utilisation le plus faible des services de santé en cas de maladies déclarées des enfants s'observe à Zinder (6,7%) suivie de Maradi (13,1%), Dosso (19,2%), Diffa (22,1%), Tillabery (28,3%), Tahoua (31,1%) et Agadez (33,9%). Dans la Communauté urbaine de Niamey, trois mères sur cinq (59,7%) recourent automatiquement aux services de santé en cas de maladies déclarées de leurs enfants.

2.3.4 : Statut de la femme, nuptialité et fécondité

En réalité, le recours automatique aux services de santé en cas de maladies déclarées des enfants est aussi fonction du statut de la mère. Dans la plupart des sociétés nigériennes, la décision de recourir ou non aux services de santé modernes ne relève pas uniquement de la mère. Elle provient le plus souvent du père, du patriarche ou des autres membres du ménage.

Ces derniers déterminent le plus souvent les pratiques en matière de nuptialité et de fécondité qui conduisent à des mariages précoces et à une exposition permanente à la procréation. Le statut de la femme est valorisé à travers son statut matrimonial et le nombre d'enfant qu'elle aura mis au monde durant sa période de vie féconde.

L'influence des autres membres du ménage n'est réduite que lorsque la mère arrive véritablement à s'affranchir de leurs avis ; ce qui n'est possible que pour les femmes instruites, ayant un revenu indépendant de celui de leurs conjoints et des autres membres du ménage. Le niveau d'instruction et l'exercice d'une activité rémunératrice constituent les facteurs essentiels d'émancipation de la femme. Les résultats de l'enquête démographique et de santé, réalisée en 1998, montrent que les enfants issus de mères instruites bénéficient de plus de soins favorables à l'amélioration de leur santé. Les meilleurs taux d'utilisation de la thérapie par réhydratation orale (TRO) et de l'indice de masse corporelle (IMC) s'observent respectivement au niveau des enfants dont les mères ont atteint le niveau secondaire et plus suivis de ceux dont les mères se sont arrêtées au niveau primaire. Par contre, les enfants issus de mères non instruites présentent les risques de mortalité dans l'enfance et les taux de malnutrition aiguë sévère les plus élevés. Les risques de mortalité infanto-juvénile passent de 314 pour mille pour les enfants dont les mères n'ont pas fréquenté l'école à 225 pour mille pour ceux dont les mères ont atteint le niveau primaire et 130 pour mille pour ceux dont les mères ont le niveau secondaire et plus (BM, 2004b).

L'amélioration du statut de la femme favorise donc la survie des enfants à travers l'augmentation du niveau de connaissances des pratiques néfastes à la santé, l'adoption de comportements favorables à la survie de la mère et de l'enfant, l'augmentation de l'âge au premier mariage et l'utilisation des méthodes efficaces de contraception pour un meilleur

espacement des naissances. Elle constitue également un facteur de mobilisation des ressources nécessaires pour faire face aux dépenses de santé dans les ménages.

2.3.5 : Dépenses de santé des ménages

L'instauration du système de recouvrement des coûts dans le domaine de la santé impose aux ménages de consacrer une partie de leurs ressources aux soins curatifs. Le recours aux services de santé modernes n'est donc possible que pour les ménages disposant d'une certaine aisance financière. Les dispositions complémentaires permettant aux ménages pauvres de se soigner gratuitement dans les services publics de santé ne concernent pas les charges connexes telles que le transport et l'alimentation.

Les résultats de l'enquête UEMOA, menée dans les capitales de la sous région en 1996, montrent que la part (en %) des dépenses de santé dans les dépenses totales de consommation de la ville de Niamey est la plus faible parmi toutes les capitales de l'Union économique et monétaire ouest africaine. A Niamey, cette part des dépenses de santé dans les dépenses totales de consommation ne représente que 1,6% contre 1,9% à Dakar, 2% à Bamako, 4,1% à Ouagadougou, 4,3% à Cotonou et 4,6% à Abidjan. La dépense mensuelle de santé par tête à Niamey est deux fois inférieure à celle de Cotonou et représente quatre fois moins que celle d'Abidjan. Il va sans dire que le système de recouvrement des coût empêche à une grande majorité des ménages de recourir aux services de santé en cas de maladies déclarées ; ce qui explique certainement l'automédication et la montée de la fréquence d'utilisation des médicaments de la rue dont les procédures douteuses de conservation peuvent faire craindre leur nocivité.

CONCLUSION

L'atteinte de l'accès universel aux soins de santé et la réduction de moitié des indices de morbidité et de mortalité à l'horizon 2015, prônées par la stratégie de réduction de la pauvreté et les objectifs de développement du millénaire, se mesurent à travers les indicateurs de résultat des programmes d'actions exécutés au niveau de toutes les unités administratives du pays. Cependant, les valeurs de ces indices ne sont connues en réalité que pour les niveaux national et régional. Elles ne sont pas désagrégées aux niveaux sous-régional et local alors même que les différents intervenants mobilisent leurs ressources au niveau des groupements de villages, de cantons, de communes ou d'arrondissements. Il en est ainsi de tous les programmes de développement sanitaire des partenaires au développement, des zones d'intervention des associations et organisations non gouvernementales et de la société civile.

Les résultats définitifs du 3^{ème} RGPH-2001 permettent de réaliser des monographies régionales, départementales et communales pour déterminer les niveaux des indicateurs démographiques et socioéconomiques. Les tables de mortalité, par exemple, peuvent être construites à ces différents niveaux de la subdivision administrative du pays afin de permettre aux acteurs de la santé d'apprécier les niveaux des indicateurs dans chacune des zones d'intervention, d'orienter les ressources potentielles vers les zones vulnérables et de produire à termes les indicateurs de suivi et d'évaluation de la porté des actes menés sur le terrain.

CHAPITRE 4 : NIVEAUX ET STRUCTURE DE LA MORTALITE

La production des indicateurs de santé et de mortalité pose de nombreux problèmes au Niger, comme dans tous les pays en développement qui ne disposent pas de systèmes permanents de collecte de données suffisamment efficaces. L'exploitation des données statistiques collectées est le plus souvent basée sur des méthodes indirectes qui tentent de rendre les informations recueillies plus plausibles et réalistes compte tenu du niveau de développement économique et social et des contraintes ayant été observées lors du dénombrement. Ces méthodes standards d'appréciation de la qualité des données statistiques ont été conçues pour des pays ayant le plus souvent des réalités socioéconomiques et des niveaux de développement pas totalement identiques. Elles permettent donc simplement de s'approcher des niveaux des indicateurs plausibles.

Comme souligné dans le deuxième chapitre, au cours du troisième recensement général de la population et de l'habitat du Niger, réalisé en 2001, le Bureau central du recensement a retenu trois types de questions permettant de calculer les indices de mortalité. Il s'agit des questions directes sur les décès survenus dans le ménage au cours des 12 derniers mois ayant précédé le passage de l'agent recenseur, c'est-à-dire entre juin 2000 et mai 2001 ; des questions indirectes portant sur le nombre total d'enfants nés vivants et d'enfants survivants posées à chacune des femmes de dix ans ou plus; et enfin des questions indirectes sur la survie des parents posées à chacune des personnes résidentes recensées.

Ces questions permettent de calculer les indices de mortalité. Cependant, elles peuvent être sujettes à des erreurs qui peuvent affecter les indices de mortalité produits. C'est pourquoi, la première partie du présent chapitre porte sur une évaluation critique de la méthodologie de collecte des informations recueillies lors du dénombrement général de la population et de l'habitat. Dans la deuxième partie, il est fait un contrôle de cohérence des indicateurs de mortalité produits à partir de chacune des méthodes d'estimation avec les indices obtenus à partir d'autres sources de données disponibles. Des tables de mortalité par âge selon le sexe sont produites dans la troisième partie.

1 : Critique de la qualité des données sur la mortalité

Le niveau de la mortalité générale s'apprécie à travers le taux brut de mortalité, les taux de mortalité par âge ou groupe d'âge, les quotients de mortalité et l'espérance de vie par groupe d'âges. Ces indices de mortalité sont produits à partir des décès survenus au cours des 12 derniers mois et des proportions d'enfants décédés calculés à partir des déclarations de naissances vivantes et de naissances survivantes par groupe d'âge des mères.

1.1 : Examen de la structure des décès des 12 derniers mois

1.1.1 : Estimation et analyse du taux brut de mortalité

Les résultats définitifs du 3^{ème} recensement général de la population et de l'habitation donnent un effectif total de 11.060.291 habitants dont 5.516.588 d'hommes et 5.543.703 de femmes. Il a été dénombré 131.219 décès survenus au cours des 12 derniers mois ayant précédé le passage de l'agent recenseur. Le taux brut de mortalité s'élève donc à 11,9 pour mille. Il est

plus élevé pour les hommes que pour les femmes. Sur l'ensemble du pays, il est d'environ 12,7 pour mille pour les hommes et 10,8 pour mille pour les femmes.

Comparés aux résultats du deuxième recensement général de la population et de l'habitation réalisé en 1988, qui estiment le taux brut de mortalité à 20 pour mille en 1988, on est tenté de croire que la mortalité générale a baissé de 8,1 points entre 1988 et 2001. Cette baisse du taux brut de mortalité d'environ 40,5% en 13 ans doit être minutieusement examinée compte tenu de la qualité peu satisfaisante du système sanitaire au cours de la décennie écoulée (Niger, 1993 ; Niger, 1999 ; Harouna, 2002, Banque mondiale, 2004b). Le rapprochement du niveau du taux brut de mortalité calculé à partir des décès survenus au cours des 12 derniers mois avec ceux du taux brut de natalité, du taux d'accroissement inter censitaire 1988-2001 et du solde migratoire permet d'avoir une idée plus précise.

En effet, les résultats du 3^{ème} RGPH-2001 fournissent le nombre total de naissances vivantes survenues au cours des 12 derniers mois ayant précédé le dénombrement, soit 547.303 enfants nés vivants. En rapportant cet effectif de naissances vivantes à la population résidente recensée on obtient un taux brut de natalité de 49,5 pour mille, soit un taux d'accroissement naturel de 3,8% par an alors que le taux d'accroissement inter censitaire (1988-2001) est estimé à 3,3%. Il ressort donc un écart (de 0,5%) élevé entre le taux d'accroissement naturel et le taux d'accroissement inter censitaire qui ne peut s'expliquer que par une forte émigration de la population nigérienne ou une sous-estimation du niveau de la mortalité générale.

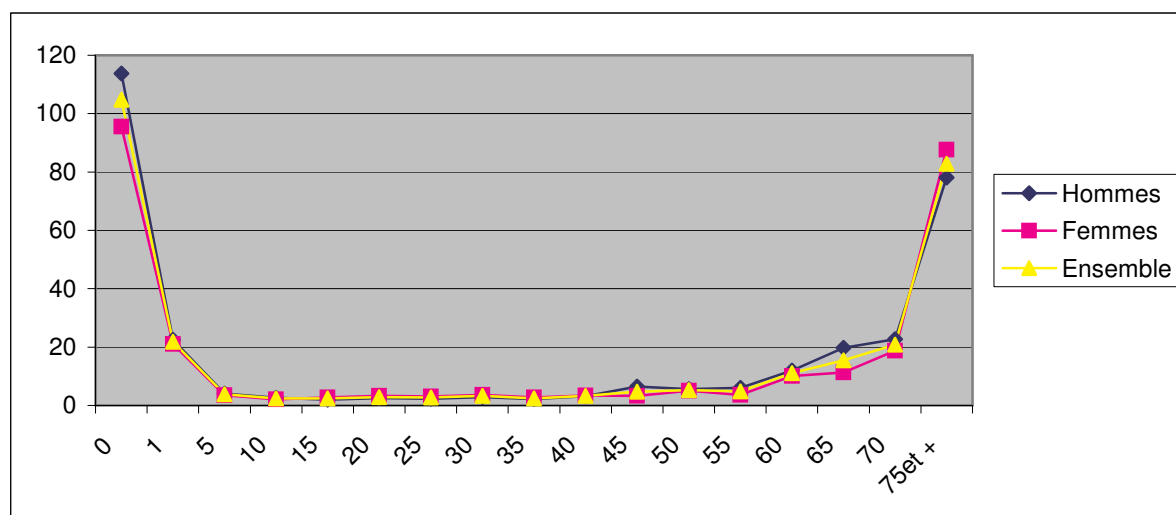
L'enquête sur la migration et l'urbanisation en Afrique de l'Ouest menée en 1993 au Niger a montré que le solde migratoire est de l'ordre de 30.000 départs annuels. Cependant, cet indice d'émigration ne suffit pas à lui seul pour expliquer cette différence importante entre le taux d'accroissement naturel et le taux d'accroissement inter censitaire. Il est donc fort probable que les déclarations de décès survenus au cours des 12 derniers mois soient sous-estimées. Le taux brut de mortalité est un indicateur très sensible à la structure par âge et sexe. Pour affiner l'analyse, il convient d'examiner la structure par âge et sexe de la mortalité générale.

1.1.2 : Examen de la structure par âge et sexe de la mortalité générale

L'analyse de la structure par âge et sexe de la mortalité générale permet d'examiner la concordance des indices de mortalité avec certaines constantes couramment observées à travers les résultats des opérations de collecte de données antérieures et l'allure générale de la courbe de mortalité.

Les informations recueillies à partir des déclarations de décès survenus au cours des 12 derniers mois ont permis de calculer les taux de mortalité par âge et de générer les autres indices de la table de mortalité observée (quotients de mortalité infantile, juvénile, infanto-juvénile, espérance de vie) par sexe et par âge au niveau national (Voir annexe 1). Le graphique suivant trace la courbe de mortalité à partir des taux de mortalité par âge et sexe observés en 2001.

Figure 1 : Courbe des taux de mortalité par âge et sexe observés en 2001



Source : Résultats définitifs du 3^{ème} RGPH-2001

L'examen des taux de mortalité par groupe d'âges et sexe montre que l'allure générale de la structure de mortalité ne se présente pas comme on s'y attendrait. On observe quelques oscillations du niveau de mortalité de certains groupes d'âges d'une part et d'autre part ces niveaux de mortalité sont relativement faibles par rapport à ceux issus des enquêtes démographiques et de santé (de 1992 et 1998) et de l'enquête à indicateurs multiples réalisée en 2000. En effet, l'évolution de la courbe de mortalité construite à partir des taux de mortalité par groupe d'âge est perturbée pour les groupes d'âge compris entre 15 et 55 ans. Ces perturbations s'observent au niveau des deux sexes de telle sorte que l'évolution normale en forme de U indiquant une baisse régulière de la mortalité jusqu'à l'âge de cinq ans, suivie d'une quasi constance des niveaux de mortalité entre 15 et 55 ans, puis une remontée de la mortalité aux ages adultes n'est pas totalement respectée.

D'autre part, le tableau 2 ci-dessous présente la comparaison des quotients de mortalité infantile et juvénile calculés à partir des déclarations de décès survenus au cours des 12 derniers mois avec ceux issus d'autres sources antérieures au 3^{ème} RGPH-2001.

Tableau 2 : Comparaison des quotients de mortalité infantile et juvénile calculés à partir des déclarations de décès survenus au cours des 12 derniers mois avec ceux d'autres sources antérieures au RGPH-2001

Quotient	RGPH,1988	EDSN,1992	EDSN,1998	MICS,2000	RGPH,2001
${}_1Q_0$	170	123,1	123,1	126	97,8
${}_4Q_1$	140	222,6	171,8	177	82,4

Source : Rapports d'enquête et exploitation des résultats définitifs du RGPH-2001

En comparant les niveaux des quotients de mortalité par groupe d'âges issus des enquêtes démographiques et de santé (de 1992 et 1998) et de l'enquête à indicateurs multiples (MICS, 2000), on se rend compte que les quotients de mortalité des enfants issus des déclarations de décès des 12 derniers mois sont largement sous-estimés. Une comparaison des effectifs de décès infantiles issus des naissances survenues au cours des 12 derniers mois aux décès d'enfants de moins d'un an observés au cours de la même période permet d'apprécier le degré de sous-estimation du niveau de la mortalité infantile.

1.1.3 : Comparaison des décès infantiles des 12 derniers mois aux décès à zéro an

La date de référence du 3^{ème} RGPH-2001 étant fixée au 1^{er} juin 2001, les décès infantiles observés au cours des 12 derniers mois ayant précédé le dénombrement général de la population proviennent de deux générations : la première concerne les enfants nés entre le 1^{er} juin 1999 et le 30 mai 2000 tandis que la seconde est composée des enfants nés entre le 1^{er} juin 2000 et le 30 mai 2001.

Les décès infantiles issus de cette seconde génération peuvent être identifiés à travers les informations recueillies sur les naissances et les survivants des 12 derniers mois. En effet, il a été demandé à chacune des femmes en âge de procréer le nombre total d'enfants nés vivants nés au cours des 12 derniers mois et le nombre total de ceux d'entre eux encore en vie. En soustrayant les effectifs des survivants de ceux des enfants nés vivants au cours des 12 derniers mois, on obtient l'effectif total des décès infantiles issus de la seconde génération. Le tableau 3 donne la répartition par région et milieu de résidence selon le sexe des naissances, des survivants et des décès d'enfants de moins d'un an survenus au cours des 12 derniers mois.

Tableau 3 : Répartition des effectifs de naissances, de survivants et de décès des moins d'un an survenus au cours des 12 derniers par région et milieu de résidence

Région et milieu de résidence	Naissances survenues au cours des 12 derniers mois			Survivants issus des naissances des 12 derniers mois			Décès issus des nais. survenues au cours des 12 derniers mois			Décès des enfants âgés de moins d'un an enregistrés au cours des 12 derniers mois			
	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	ND
Niger	547303	268636	278667	461850	235492	226358	85453	33144	52309	49148	26776	21994	378
Urbain	47700	22669	25031	36009	18369	17640	11691	4300	7391	4458	2358	2052	48
Rural	499603	245967	253636	425841	217123	208718	73762	28844	44918	44690	24418	19942	330
Agadez	12709	6399	6310	11277	5874	5403	1432	525	907	770	433	324	13
Urbain	3517	1701	1816	2931	1441	1490	586	260	326	389	205	174	10
Rural	9192	4698	4494	8346	4433	3913	846	265	581	381	228	150	3
Diffa	17478	8786	8692	16145	8269	7876	1333	517	816	1243	698	538	7
Urbain	958	476	482	897	461	436	61	15	46	142	83	58	1
Rural	16520	8310	8210	15248	7808	7440	1272	502	770	1101	615	480	6
Dosso	71887	35849	36038	64301	32741	31560	7586	3108	4478	7 05	4140	3465	100
Urbain	1472	696	776	1316	655	661	156	41	115	376	156	204	16
Rural	70415	35153	35262	62985	32086	30899	7430	3067	4363	7329	3984	3261	84
Maradi	132902	65557	67345	112477	56812	55665	20425	8745	11680	12252	6765	5394	93
Urbain	9478	4643	4835	6266	3174	3092	3212	1469	1743	731	375	348	8
Rural	123424	60914	62510	106211	53638	52573	17213	7276	9937	11521	6390	5046	85
Tahoua	87534	43465	44069	76157	39236	36921	11377	4229	7148	8233	4441	3744	48
Urbain	3682	1872	1810	3082	1599	1483	600	273	327	615	342	270	3
Rural	83852	41593	42259	73075	37637	35438	10777	3956	6821	7618	4099	3474	45
Tillabery	87337	42608	44729	72957	37134	35823	14380	5474	8906	7897	4242	3619	36
Urbain	594	266	328	535	248	287	59	18	41	232	117	110	5
Rural	86743	42342	44401	72422	36886	35536	14321	5456	8865	7665	4125	3509	31
Zinder	112862	54642	58220	90340	46103	44237	25522	8539	13983	9765	5334	4355	76
Urbain	6613	3269	3344	5747	2949	2798	866	320	546	690	357	333	0
Rural	106249	51373	54876	84593	43154	41439	21656	8219	13437	9075	4977	4022	76
Niamey	24594	11330	13264	18196	9323	8873	6398	2007	4391	1283	723	555	5

Il ressort du tableau 3 que les décès des enfants âgés de moins d'un an observés sont largement inférieurs à l'effectif des décès issus des naissances survenues au cours des 12 derniers. En considérant le cas extrême selon lequel la totalité des décès infantiles observés proviennent uniquement de la génération d'enfants nés entre juin 2000 et mai 2001, le niveau de sous-estimation des effectifs de décès issus uniquement de la génération des enfants nés entre juin 2000 et mai 2001 serait de l'ordre de 42% à l'échelle nationale. Ces niveaux de sous-estimation de la mortalité infantile sont plus importants pour le sexe féminin que pour le sexe masculin. Les décès féminins issus de cette génération seraient sous-estimés de l'ordre de 58% contre 19% pour le sexe masculin. Cette sous-estimation de la mortalité infantile s'observe en milieu urbain et en milieu rural. En fait, ces tendances confirment ce que nous avons observé dans le cadre de l'exploitation des données de l'état civil de la communauté urbaine de Niamey entre 1992 et 1998 ; le niveau de sous déclaration des décès tourne au tour de 40% (Harouna, 2002).

1.1.4 : Examen du gain annuel moyen d'espérance de vie entre 1988 et 2001

La sous-estimation des niveaux de mortalité observés à partir des déclarations de décès des 12 derniers mois est également confirmée par l'examen des niveaux d'espérance de vie à la naissance. A l'échelle nationale, la table de mortalité observée (voir annexe 1) indique que l'espérance de vie à la naissance en 2001 est de 62,1 ans contre 47,7 ans en 1988. L'espérance de vie à la naissance montre une surmortalité masculine ; celle des femmes serait de 62,9 ans contre 61,3 ans pour les hommes ; soit un écart de 1,6 ans en 2001 contre 2,4 ans en 1988.

Le gain total d'espérance de vie entre 1988 et 2001 s'élèverait à 14,4 ans ; soit un gain annuel moyen de 1,1 an. Ce gain exceptionnel paraît irréaliste compte tenu de la situation socioéconomique et politique qui a prévalu au Niger au cours des années 1990-2000. Le gain annuel moyen mondialement observé tourne au tour de 0,5 an. Il est vrai que dans la plus part des pays où prédominent les maladies infectieuses et parasitaires, ce gain est en général supérieur ou égale à 0,5 an. Cependant, les gains annuels moyen d'espérance de vie d'environ un an n'ont été observés que dans des conditions exceptionnelles à Cuba, en Ile Maurice, au Sri Lanka, etc. où étaient exécutés des programmes efficaces de santé publique, ce qui n'a pas été le cas du Niger au cours des années 1990.

En effet, la période inter censitaire 1988-2001 a été caractérisée au Niger par une crise économique aiguë, l'instabilité des institutions politiques et l'interruption fréquente des accords de financement des politiques et programmes de développement par les partenaires internationaux. L'insuffisance de la crédibilité des institutions politiques n'a aussi pas favorisé l'accès aux emprunts internationaux alors que le paiement de l'encours et du service de la dette a énormément pesé sur les maigres ressources nationales mobilisées. Le bilan d'exécution du plan de développement sanitaire 1994-2000 fait ressortir des progrès mitigés en matière de couverture sanitaire, ce qui ne permet pas d'occasionner ce gain annuel moyen exceptionnel d'espérance de vie à la naissance au cours de la période inter censitaire. Ces niveaux d'espérance de vie ne peuvent donc s'expliquer que par une sous-estimation des déclarations de décès survenus au cours des 12 derniers mois ayant précédé le dénombrement.

Compte tenu de tous ces paramètres, la méthode directe d'estimation de la mortalité basée sur les décès survenus au cours des 12 derniers ne permet pas à elle seule d'obtenir les indicateurs plausibles de mortalité en 2001. Elle doit être combinée avec la méthode indirecte d'estimation de la mortalité, basée sur la survie des enfants, pour générer la table de mortalité observée au Niger en 2001.

1.2 : Examen des proportions d'enfants survivants par groupe d'âges des mères

Le questionnaire ménage du troisième recensement général de la population et de l'habitat a permis de recueillir d'autres informations relatives à la survie des enfants nés vivants. A chacune des femmes âgées de 10 ans ou plus, l'agent recenseur a demandé le nombre total d'enfants nés vivants et le nombre total d'enfants survivants. Au cours du traitement des données brutes, le Bureau central du recensement a procédé, comme dit plus haut, à l'application de quelques procédures de correction ayant permis de fixer l'âge minimal du début de la procréation au Niger à 12 ans pour les femmes et 15 ans pour les hommes. L'application de ces procédures de correction fixe donc la tranche d'âge de la procréation à 12-49 ans pour les femmes.

Pour chacune des femmes âgées de 12-49 ans, on dispose du nombre total d'enfants nés vivants et d'enfants survivants. Il est dès lors possible de calculer les proportions d'enfants décédés par groupe d'âges de la mère. Ces proportions sont converties en probabilités de décès selon l'âge. Les probabilités de décès infantile et juvénile sont générées pour l'ensemble des modèles de mortalité des Nations Unies et de Coale et Demeny. Elles sont présentées au tableau 4 ci-dessous. Pour chacun de ces modèles de mortalité, le module CEBS du logiciel Mortpack permet de déterminer la période de référence des indicateurs.

Tableau 4 : Quotients de mortalité infantile et juvénile selon les modèles des Nations Unies et de Coale et Demeny

Quotient de mortalité (en pour mille)	Modèles des Nations Unies					Modèles de Coale et Demeny			
	Amérique latine	Chilien	Asiatique	Est	Général	Ouest	Nord	Est	Sud
${}_1Q_0$	134	164	137	142	140	141	123	154	130
${}_4Q_1$	105	60	98	97	98	79	94	63	90
${}_5Q_0$	241	239	243	235	238	227	220	228	230

Source : Exploitation des résultats définitifs du RGPH-2001

Le travail supplémentaire consiste à choisir le modèle de mortalité qui convient pour le Niger. Ce choix s'est fait à partir de la procédure COMPAR de Mortpack. Celle-ci compare les taux de mortalité observés par groupe d'âges à chacun des taux bruts des modèles de mortalité des Nations Unies et de Coal et Demeny. Elle fournit ainsi les niveaux de mortalité qu'on aurait obtenus pour le Niger si on choisissait l'un ou l'autre modèle de mortalité. Elle donne également les écarts par rapport à la médiane pour les groupes d'âges 0-10 ans, 10 ans et plus et 0 an et plus pour chacun des modèles de mortalité. La recommandation consiste à retenir le modèle de mortalité pour lequel l'écart par rapport à la médiane du groupe d'âge 10 ans et plus est le plus faible. Les différents écarts sont présentés au Tableau 5 ci-dessous.

Tableau 5 : Ecart par rapport à la médiane des modèles des Nations Unies et de Coale et Demeny

Population de référence	Modèles des Nations Unies					Modèles de Coale et Demeny			
	Amérique latine	Chilien	Asiatique	Est	Général	Ouest	Nord	Est	Sud
0-10 ans	2,0	6,2	1,9	2,3	2,7	2,9	3,2	4,5	2,5
10 ans et plus	7,1	8,1	10,7	7,9	7,7	7,7	5,1	8,1	7,6
0 an et plus	8,9	10,9	10,7	10,8	9,7	9,7	7,5	9,7	8,5

Source : Exploitation des résultats définitifs du RGPH-2001

Il ressort du tableau 5 que l'écart le plus petit par rapport à la médiane est obtenu pour le modèle Nord de Coale et Demeny. C'est donc ce modèle de mortalité qui s'apparente le plus à celui du Niger. Ce modèle a également été retenu lors de l'analyse de la mortalité des résultats du 2^{ème} recensement général de la population et de l'habitat de 1988.

Le choix de ce modèle permet d'estimer les niveaux de mortalité infantile et juvénile par la méthode indirecte basée sur la survie des enfants. A partir des données observées, on constate qu'à l'échelle nationale, la probabilité de mourir avant l'âge d'un an est de 123 pour mille, 123 pour mille pour les garçons et 123 pour mille pour les filles. Entre un et quatre ans, le risque de décéder est de 94 pour mille pour l'ensemble des sexes, 94 pour mille pour les garçons et 95 pour mille pour les filles. Les filles courent un peu plus de risque de mourir que les garçons.

Ces indicateurs observés à partir des informations collectées sur la survie des enfants confirment les niveaux de mortalité dans l'enfance déjà constatés à partir des résultats des enquêtes démographiques et de santé réalisées en 1992 et en 1998 et de l'enquête à indicateurs multiples réalisée en 2000. Les différentes opérations de collecte des données statistiques (EDSN, 1992 ; EDSN, 1998 ; MICS2, 2000) font ressortir une stagnation des indicateurs de mortalité infantile (Tableau 6). Les résultats des enquêtes démographiques et de santé montrent que le niveau de la mortalité infantile a stagné au tour de 123 pour mille entre 1992 et 1998.

Tableau 6 : Quotient de mortalité infantile et juvénile observés entre 1998 et 2001

Quotient (‰)	RGPH,1988	EDSN,1992	EDSN,1998	MICS,2000	RGPH,2001
₁ Q ₀	170,4	123,1	123,1	126	123
₄ Q ₁	140,5	222,6	171,8	177	94
₅ Q ₀	287	318,2	273,8	280	220

Source : Rapports d'enquêtes et exploitation des résultats définitifs du RGPH-2001

Par contre, le risque de mortalité juvénile obtenu à partir des résultats définitifs du 3^{ème} RGPH-2001 semble être sous-estimé au regard des résultats des enquêtes antérieures. De façon générale, les niveaux de mortalité infantile et infanto-juvénile, obtenus à partir de la méthode indirecte basée sur la survie des enfants, corroborent les résultats déjà obtenus à partir des enquêtes démographiques et de santé de 1992 et de 1998.

2 : Niveaux de la mortalité estimés à partir des résultats du 3ème RGPH -2001

L'estimation des niveaux de mortalité s'effectue à travers la génération de la table de mortalité par âge selon le sexe. Le niveau important de sous-estimation des déclarations de décès nous a amené à procéder à un lissage manuel des taux de mortalité observés en prenant en compte, pour la mortalité infantile et juvénile, les taux observés à partir de la méthode indirecte basée sur la survie des enfants nés vivants. Concernant la mortalité adulte, nous avons procédé à un lissage de la structure de mortalité observée à partir des déclarations de décès de douze derniers mois en prenant pour chacune des valeurs anormales, la moyenne des taux de mortalité qui l'encadrent.

2.1 : Table ajustée de la mortalité estimée à partir des résultats du 3^{ème} RGPH-2001

A la suite de ces corrections manuelles, nous avons calculé les quotients de mortalité qui ont permis de générer les effectifs des personnes décédées, les effectifs des survivants et l'espérance de vie par groupe d'âges à travers la formule suivante :

$${}_a q_x = (2 * a * {}_a m_x) / (2 + a * {}_a m_x), \text{ où :}$$

- ${}_a q_x$ exprime l'espérance de vie,
- a représente l'amplitude du groupe d'âge et,
- m indique la classe d'âge.

Ces opérations ont été effectuées pour l'ensemble des sexes et pour le sexe masculin. Compte tenu des niveaux très importants de sous-estimation de la mortalité féminine, les taux de mortalité féminine par groupe d'âges ont été déduits à partir de la formule suivante :

$TBM_{\text{féminin}} = (TBM_{\text{ensemble}} - \lambda_{(x,x+a)} * TBM_{\text{masculin}}) / (1 - \lambda_{(x,x+a)})$ dans laquelle $\lambda_{(x,x+a)}$ exprime la proportion de la population masculine dans la population totale recensée. On corrige ainsi la structure de la mortalité féminine par la structure de la population masculine relativement plus plausible que celle des décès féminins. Le tableau 7 comporte quelques uns des indices ajustés des tables de mortalité par âge générées selon le sexe pour le niveau national.

Tableau 7 : Indices ajustés des tables de mortalité selon le sexe, ensemble du Niger

Age	Tous sexes confondus			Sexe masculin			Sexe féminin		
	${}_n M_x$	${}_n Q_x$	E_x	${}_n M_x$	${}_n Q_x$	E_x	${}_n M_x$	${}_n Q_x$	E_x
0	0,13405	0,12300	54,8	0,13405	0,12300	54,3	0,13405	0,12331	55,7
1	0,02506	0,09400	61,5	0,02506	0,09400	60,9	0,02506	0,09402	62,5
5	0,00383	0,01897	63,7	0,00404	0,02000	63,1	0,00361	0,01789	64,8
10	0,00239	0,01188	59,9	0,00263	0,01306	59,3	0,00215	0,01059	61,0
15	0,00223	0,01188	55,6	0,00255	0,01267	55,1	0,00196	0,01124	56,6
20	0,00255	0,01267	51,2	0,00247	0,01227	50,8	0,00262	0,01130	52,2
25	0,00270	0,01341	46,8	0,00231	0,01148	46,4	0,00304	0,01509	47,9
30	0,00326	0,01617	42,4	0,00227	0,01129	41,9	0,00413	0,02044	43,6
35	0,00339	0,01710	38,1	0,00271	0,01346	37,3	0,00415	0,02054	39,4
40	0,00363	0,01799	33,7	0,00316	0,01568	32,8	0,00418	0,02069	35,2
45	0,00477	0,02358	29,3	0,00437	0,02162	28,3	0,00509	0,02514	30,9
50	0,00598	0,02631	24,9	0,00559	0,02757	23,8	0,00637	0,03136	26,6
55	0,00685	0,04036	20,5	0,00601	0,02963	19,4	0,00764	0,03751	22,4
60	0,01113	0,05421	16,3	0,01197	0,05826	15,0	0,01021	0,04985	18,2
65	0,01846	0,07519	12,1	0,01971	0,09419	10,7	0,01726	0,08298	14,0
70	0,02743	0,10105	7,8	0,03017	0,14263	6,6	0,02434	0,11555	10,0
75et +	0,32957	-----	3,4	0,47043	-----	2,1	0,16876	-----	5,9

Source : Exploitation des résultats définitifs du RGPH-2001

Il ressort de ce tableau 7 qu'en 2001, l'espérance de vie à la naissance tourne au tour de 55 ans dont 54 ans pour les hommes et presque 56 ans pour les femmes, soit un écart de près de deux ans en faveur des femmes. Même aux âges adultes les femmes espèrent vivre plus longtemps que les hommes. A partir de 75 ans, les femmes ont une espérance de vie trois fois plus importante que celle des hommes.

Comparé aux résultats du 2^{ème} recensement général de la population et de l'habitat de 1988, on constate que l'écart d'espérance de vie entre les sexes a baissé en passant de 2,4 ans en 1988 à 2,0 ans en 2001. Le gain annuel moyen d'espérance de vie a été de 0,54 ans.

2.2 : Redressement des effectifs de décès des 12 derniers mois

Les taux de mortalité ajustés issus de la table de mortalité et les effectifs de population répartis par groupe d'âges permettent de redresser les effectifs de décès survenus au cours des douze derniers mois ayant précédé la passage de l'agent recenseur. Le tableau 8 présente la structure des décès ajustée ainsi obtenue. Le cumul des décès rapporté à la population totale permet d'obtenir le taux brut de mortalité ajusté. Il ressort ainsi des données ajustées du 3^{ème} RGPH qu'à l'échelle nationale, le taux brut de mortalité s'élève à 16,8 pour mille dont 19,1 pour mille pour le sexe masculin et 14,6 pour mille pour le sexe féminin. En comparant avec le taux brut de mortalité obtenu en 1988, avec les données du 2^{ème} recensement général de la population et de l'habitat, on relève une tendance baissière de l'ordre de 3,2 points du taux brut de mortalité. Ce pas très sensible gagné dans le cadre de la lutte contre la mortalité peut aisément s'expliquer par les multiples efforts fournis par les différents acteurs qui interviennent dans le domaine de la santé.

Tableau 8 : Structure ajustée de mortalité en 2001 selon le sexe, ensemble du Niger

Age	Tous sexes confondus		Sexe masculin		Sexe féminin	
	Population	Décès	Population	Décès	Population	Décès
0	465 627	62 417	235412	31 557	230215	30 860
1	1 847 392	46 295	940641	23 572	906751	22 723
5	1 786 618	6 845	920830	3 720	865788	3 125
10	1 159 001	2 769	600216	1 579	558785	1 190
15	1 126 189	2511	514387	1 312	611802	1 199
20	871 996	2 223	411402	1 016	460594	1 207
25	764 125	2 060	359085	829	405040	1 231
30	622 517	2 027	292822	665	329695	1 362
35	628 562	2 131	331961	900	296601	1 231
40	544 468	1 979	291705	922	252763	1 057
45	227 646	1 085	102757	449	124889	636
50	321 030	1 920	160480	897	160550	1 023
55	198 572	1 361	95407	573	103165	788
60	181 363	2 018	94385	1 130	86978	888
65	64 294	1 187	31563	622	32731	565
70	116 750	3 202	61826	1 865	54924	1 337
75et +	133 702	44 064	71271	33 528	62431	10 536
Total	11 059 852	186 278	5 516 150	105 136	5 543 702	81 142
TBM	16,8 pour mille		19,1 pour mille		14,6 pour mille	

Source : Exploitation des résultats définitifs du RGPH-2001

En soustrayant le taux brut de mortalité ainsi calculé (16,8%) du taux brut de natalité (49,5%), il ressort que le taux d'accroissement naturel de la population a été de l'ordre de 3,27% au cours de la période intercensitaire. Le solde migratoire international étant proche de zéro, on remarque que l'essentiel du rythme accéléré de la croissance démographique nigérienne provient du niveau élevé de la natalité et de la baisse sensible de la mortalité.

CONCLUSION GENERALE

L'examen des résultats définitifs du 3^{ème} recensement général de la population et de l'habitat portant sur la mortalité montre des niveaux importants de sous-estimation des décès des 12 derniers mois. Les indices de mortalité (taux brut de mortalité, quotients de mortalité, espérance de vie) calculés à partir de la méthode directe d'observation des décès survenus au cours des 12 derniers mois sous-estiment énormément les niveaux de la mortalité au Niger. Ces indices ne peuvent donc pas être utilisés comme niveaux de mortalité pour le Niger.

La correction de ces indices en appariant les quotients de mortalité infantile et juvénile observés avec les quotients de mortalité infantile et juvénile calculés à partir des données recueillies avec la méthode indirecte basée sur la survie des enfants fournit des quotients de mortalité infantile plus plausibles compte tenu de leur comparabilité avec les indices de mortalité issus des autres sources de données disponibles (EDS, 1998 et MICS, 2000) au cours de la période récente.

Cependant, ces procédures d'appariement n'ont pas suffi pour corriger la structure de la mortalité adulte. Il a fallu procéder à des lissages manuels des taux de mortalité qui paraissent aberrants. L'ensemble de ces procédures de correction des taux de mortalité a permis de générer les tables de mortalité par groupe d'âges selon le sexe à l'échelle nationale.

Il ressort de ces tables de mortalité des quotients de mortalité infantile de l'ordre de 123 pour mille et de mortalité juvénile de 94 pour mille naissances vivantes. Le niveau de mortalité infanto-juvénile est de 220 pour mille. L'espérance de vie à la naissance s'élève à 55 ans pour l'ensemble des sexes, 54 ans pour les hommes et 56 ans pour les femmes. De façon globale, on remarque que la qualité de vie s'est tout de même améliorée malgré la constance des niveaux de mortalité infantile entre 1992 et 2001. Cela peut être lié au progrès significatif réalisé en termes de baisse des niveaux de la mortalité juvénile. La baisse des niveaux de la mortalité juvénile traduit l'amorce d'une transition sanitaire indiquant la maîtrise progressive des causes de décès exogènes à travers la vaccination, l'amélioration de la qualité de la nutrition et des soins apportés aux enfants. L'ensemble de ces éléments d'explication de la baisse de la mortalité juvénile ne peuvent cependant pas être analysés à travers les résultats du 3^{ème} RGPH-2001. La réalisation d'études spécifiques pour approfondir ces éléments s'avère indispensable.

BIBLIOGRAPHIE

- Akoto E.M., Analyse de la mortalité, Notes de cours à l'attention des étudiants en démographie, IFORD, Yaoundé, 1996, 156 p.
- Attama D.S, Seroussi M., Kourguéni A.I., Koché H. et Barrère B. 1999, *Enquête démographique et de santé, Niger, 1998*, Calverton, Maryland, USA : Care International [Niger] et Macro International Inc., 358 p.
- Clairin R. Contribution à l'analyse des données imparfaites des pays africains, Paris, 1985, 403 p.
- Gendreau F., Gubry F., Lohlé-Tart L., Van de Valle E., Waltisperger D., 1985; *Manuel de Yaoundé: Estimations indirectes en démographie africaine* ; Editions Deroux-ordina, Liège (Belgique), 276 p.
- Harouna S., Incidence des soins préventifs sur la mortalité des enfants au Niger, Cahiers de l'IFORD n°23, Yaoundé, 1998, 123 p.
- Harouna S., Pauvreté, instabilité politique et mortalité au Niger, Paris, Université Paris V, Thèse de doctorat en démographie, 2002, 199 p.
- Kourgueni I.A, Garba B. et Barrère B., 1993 ; *Enquête démographique et de santé, Niger, 1992*, Columbia, Maryland, USA : Ministère des finances et du plan [Niger] et Macro International Inc. 296p.
- May John, Harouna Soumana et Guengant Jean-Pierre, 2004 ; Nourrir, éduquer et soigner tous les nigériens : la démographie en perspective ; Banque mondiale, Washington DC, série human development, document de travail N°63, 107 p.
- Nations Unies, 1984 ; Manuel X : *Techniques indirectes d'estimation démographique*, Département des affaires économiques et sociales, études démographiques n°81, New York, 324 p.
- République du Niger, 2002 ; Document de stratégie de réduction de la pauvreté au Niger, DSRP complet, Cabinet du Premier Ministre - Secrétariat Permanent de la stratégie de réduction de la pauvreté, Niamey, Niger, 209 p.
- République du Niger et UNICEF, 2000 ; *Enquête à indicateurs multiples 2000 (MICS2)*, Niamey, Niger, 149 p.
- République du Niger, Analyse de la situation sanitaire du Niger de 1994 à 2000, Niamey, Ministère de la santé publique et de la lutte contre les endémies, 2000.
- République du Niger, Déclaration de politique sanitaire. Orientation stratégique pour le développement sanitaire de la première décennie du 21^{ème} siècle : 2002-2011, Niamey, Ministère de la santé publique et de la lutte contre les endémies.
- République du Niger, Ministère de l'économie et des finances, 1992 ; Estimation du niveau de mortalité ; analyse des données définitives du 2^{ème} recensement général de la population et de l'habitat, 1988.

ANNEXES

Annexe 1 : Indices de mortalité observés à partir des décès des 12 derniers mois sur l'ensemble du pays

Age	Tous sexes confondus			Sexe masculin			Sexe féminin		
	${}_nM_x$	${}_nQ_x$	E_x	${}_nM_x$	${}_nQ_x$	E_x	${}_nM_x$	${}_nQ_x$	E_x
0	104,74	97,81	62,12	113,74	105,69	61,34	95,54	89,70	62,96
1	21,79	82,40	67,82	22,53	85,03	67,56	21,02	79,68	68,13
5	3,81	18,85	69,79	4,04	20,01	69,71	3,56	17,62	69,91
10	2,37	11,79	66,08	2,63	13,07	66,08	2,09	10,41	66,12
15	2,38	11,81	61,84	1,97	9,78	61,92	2,72	13,51	61,79
20	2,89	14,34	57,55	2,47	12,26	57,51	3,27	16,22	57,60
25	2,69	13,35	53,35	2,31	11,48	53,19	3,02	15,01	53,51
30	3,24	16,05	49,04	2,82	14,00	48,78	3,60	17,85	49,29
35	2,46	12,23	44,80	2,24	11,11	44,44	2,71	13,48	45,14
40	3,28	16,27	40,32	3,16	15,67	39,91	3,42	16,97	40,72
45	4,73	23,37	35,95	6,42	31,63	35,50	3,33	16,52	36,38
50	5,30	26,16	31,74	5,59	27,56	31,58	5,01	24,76	31,95
55	4,78	23,65	27,53	6,01	29,61	27,40	3,65	18,12	27,70
60	11,04	53,86	23,13	11,97	58,27	23,15	10,04	49,06	23,16
65	15,43	74,39	19,29	19,71	94,07	19,42	11,30	55,03	19,21
70	20,87	99,49	15,64	22,73	107,76	16,17	18,79	90,07	15,18
75et +	82,85	12,07	78,09	12,80	87,61	11,41

Source : Exploitation des résultats définitifs du RGPH-2001