

REPUBLIQUE DU NIGER
Fraternité-Travail-Progrès
MINISTRE DES FINANCES
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
Etablissement Public à caractère Administratif
Direction des Statistiques et des Etudes Démographiques et Sociales

**Les causes et les déterminants de la baisse
de la mortalité des enfants de moins de cinq
(5) ans et du maintien de la fécondité à un
niveau élevé au Niger de 1992 à 2012**

MAI 2016

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	ii
LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES GRAPHIQUES	v
LISTE DES ANNEXES	vi
SIGLES ET ABREVIATIONS	vii
AVANT-PROPOS	viii
RESUME EXECUTIF	1
1. INTRODUCTION	2
1.1 Contexte et justifications.....	2
1.2 Objectifs de l'étude.....	2
1.3 Résultats attendus	3
1.4 Limites	3
2. ANALYSE DU CONTEXTE SOCIOECONOMIQUE DU NIGER	4
2.1 Contexte physique et environnemental.....	4
2.2 Contexte démographique	4
2.3 Accès à l'éducation et à la santé.....	6
2.4 Situation économique et financière.	7
3. REVUE DE LA LITTERATURE ET CADRE CONCEPTUEL	8
3.1. Revue de littérature	8
3.1.1. Les déterminants de la mortalité infanto-juvénile	8
3.1.2. Théories et schémas explicatifs de la mortalité	8
3.1.3. Approches partielles	9
3.2. Les déterminants de la fécondité.....	10
3.2.1. Les facteurs indirects.....	10
3.2.2. Les facteurs directs ou déterminants proches de la fécondité.....	11
3.3. Cadre conceptuel.....	12
3.3.1. Schéma conceptuel.....	12
3.3.2. Hypothèses	13
4. METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	14
4.1 Analyse quantitative.....	14
4.1.1 Données utilisées	14
4.1.2 Variables d'analyse	14
4.1.3 Méthodes d'analyse	15
4.1.3.1 Analyse descriptive	15
4.1.3.2 Analyse explicative	15

4.2 Analyse qualitative	17
4.2.1 Objectif de l'enquête qualitative	17
4.2.2 Localisation géographique des groupes de réflexion et quelques caractéristiques sociodémographiques des répondants	18
4.2.3 Méthodologie de l'enquête	18
5. PRINCIPAUX RESULTATS	22
5.1 Analyses descriptives	22
5.1.1. Mortalité différentielle	22
5.1.2. Fécondité différentielle.....	24
5.2. Principaux résultats de l'analyse explicative	26
5.2.1. Les déterminants de la mortalité infanto-juvénile au Niger	26
5.2.2. Les déterminants de la fécondité au Niger.....	30
5.3 Principaux résultats de l'analyse qualitative	34
5.3.1. Causes de la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans et la stabilité de la fécondité à un niveau élevé.	34
5.3.1.1 Perceptions globales des populations des causes de la baisse de la Mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans.....	34
5.3.1.2 Perceptions globales des populations des causes de la stabilité de la fécondité à un niveau élevé	35
5.3.1.3 Les causes de la baisse de la Mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans.....	36
5.3.1.4 Les causes de la stabilité de la fécondité à un niveau élevé.....	43
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	47
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	49
Annexes	- 1 -

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : liste des variables d'analyse	15
Tableau 2 : Répartition des groupes de discussion, localités et équipes de terrain..	19
Tableau 3 : Quotient (en ‰) de mortalité infanto-juvénile par l'âge de la mère à la maternité et niveau d'instruction de la mère et par niveau de vie du ménage de 1992 à 2012.....	23
Tableau 4: Quotient (en ‰) de mortalité infanto-juvénile par milieu de résidence et par région de 1992 à 2012	24
Tableau 5 : Evolution des principaux déterminants de fécondité de 1992 à 2012	24
Tableau 6 : Evolution des principaux déterminants de fécondité, par milieu de résidence de 1992 à 2012	26
Tableau 7: Risques relatifs de décès infanto-juvénile au Niger de 1992 à 2012	29
Tableau 8 : Risques relatifs de faire cinq (5) enfants ou plus au moment des EDS	32

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Schéma conceptuel	13
Graphique 2 : Quotient (en ‰) de mortalité infanto-juvénile par sexe et par rang de naissance de 1992 à 2012	22
Graphique 3 : Evolution de l'âge au premier mariage selon les EDS.....	25
Graphique 4 : Evolution de la parité moyenne selon les EDS	25
Graphique 5 : Pourcentage de vies sauvées au Niger en 2009 par intervention ou cause	27
Graphique 6 : Proportion des réponses en faveur de la gratuité des soins par région (%)	36
Graphique 7 : Proportion des réponses en faveur de Sensibilisation par région (%)...	37
Graphique 8 : Proportion des réponses en faveur disponibilité et accessibilité aux infrastructures sanitaires par région (%).....	38
Graphique 9 : Utilisation des moustiquaires par région (%)	38
Graphique 10 : Proportion des réponses en faveur de l'amélioration de la situation alimentaire par région (%)	39
Graphique 11 : Proportion des réponses en faveur de l'Hygiène et Assainissement par région (%)	40
Graphique 12 : Proportion des réponses en faveur de la fréquentation des Etablissements sanitaires par région (%)	41
Graphique 13 : Proportion des réponses en faveur de La planification Familiale par région (%)	42
Graphique 14 : Proportion des réponses en faveur de la Vaccination par région (%)	42
Graphique 15 : Proportion des réponses en faveur de la qualité des soins par région (%)	43
Graphique 16 : Proportion des réponses en faveur de la planification familiale par région (%)	44
Graphique 17 : Proportion des réponses en faveur de la valeur économique par région (%).....	45
Graphique 18 : Proportion des réponses en faveur de la valeur sociale de l'enfant par région (%)	46
Graphique 19 : Proportion des réponses en faveur de l'élargissement de la Ouma islamique par région (%)	46

LISTE DES ANNEXES

Tableau A1 : localisation géographique des groupes de discussion	1 -
Tableau A2 : Répartition des déterminants de la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans.....	2 -
Tableau A3 : Répartition des déterminants de la stabilité à un niveau élevé de la fécondité selon le nombre de réponses.....	3 -

SIGLES ET ABREVIATIONS

AMPM	: Age Moyen au Premier Mariage
CEPED	: Centre Population et Développement
CSI	: Centres de Santé Intégrés
EDSN-MICS	: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
INED	: Institut National d'Etudes Démographiques
INS	: Institut National de la Statistique
ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
ORSTOM	: Office de la Recherche Scientifique et Technique
PF	: Planification Familiale
ENISED	: Enquête National d'Evaluation des Indicateurs Socioéconomiques et Démographiques
RGP/H	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
ECVMA	: Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages et de l'Agriculture
TNSP	: Taux Net de Scolarisation au Primaire
PIB	: Produit Intérieur Brut
PTF	: Partenaires Techniques et Financiers
MAMA	: Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

AVANT-PROPOS

La mortalité des enfants de moins de cinq (ans) et le niveau de fécondité des femmes nigériennes demeurent des préoccupations importantes du Gouvernement.

Le Niger a amorcé une baisse importante de la mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans au cours de la période 1992-2012. Sur cette même période, la fécondité est restée à un niveau élevé.

Pour faire ressortir les causes de la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq (05) ans et du maintien de la fécondité à un niveau aussi élevé, l'Institut National de la Statistique (INS) a initié cette étude approfondie.

Celle-ci a été menée en utilisant des données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) de 1992 à 2012. Une enquête qualitative a aussi été réalisée pour compléter les analyses faites à partir des EDS.

Cette étude a bénéficié de l'assistance financière de l'UNICEF et de l'Union Européenne à travers le Programme d'Appui au Développement du Système Statistique National pour la Promotion de la Gouvernance et le Suivi Evaluation de la Pauvreté (PASTAGEP).

Le Directeur Général de l'INS

Idrissa ALICHINA KOURGUENI

RESUME EXECUTIF

La dynamique naturelle de la population humaine dépend de deux (02) phénomènes majeurs : la fécondité et la mortalité. Toutes les théories de la transition démographique lient les niveaux de ces deux (02) phénomènes. Toutefois, au Niger, on a enregistré une baisse continue de la mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans, qui est passée de 318 à 127 pour mille entre 1992 et 2012. Quant à la fécondité, elle s'est stabilisée à un niveau élevé (l'ISF est resté autour de sept (07) enfants par femme) au cours de la même période. Cette situation met en relief l'amorce de la seconde phase de la transition démographique, même si, le temps d'ajustement de la fécondité peut être plus long.

C'est pour comprendre les causes de cette situation, que l'INS a réalisé une étude approfondie en utilisant deux (02) méthodes d'analyse complémentaires. La première (1^{ère}), qui est quantitative, en utilisant les données des EDS-MICS, a mis en évidence le rang et le type de naissance, la parité et l'instruction de la mère, la région et le milieu de résidence comme les facteurs les plus déterminants de la mortalité infanto-juvénile au Niger. Tandis que le sexe du chef de ménage, le type d'union, l'activité économique de la femme, l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne, l'âge au premier (1^{er}) mariage et le niveau d'instruction de la femme ont été identifiés comme les facteurs qui déterminent le plus le niveau élevé de la fécondité au Niger.

La seconde (2^{nde}) méthode, qui est qualitative, a été utilisée pour comprendre les perceptions des populations par rapport aux causes des tendances de ces deux (02) phénomènes.

Pour y parvenir, des groupes de discussions des femmes, des hommes, des leaders d'opinions et des agents de santé ont été organisés et ont abouti aux résultats ci-après.

Dans 86,9% des cas, les enquêtés ont cité comme causes de la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans par ordre d'importance : la gratuité des soins (13,2%), la sensibilisation (11,6%), l'utilisation des moustiquaires (10,5%), l'alimentation équilibrée (8,0%), l'hygiène (8,0%), la fréquentation des services de santé (7,7%), la planification familiale (7,1%), la vaccination (6,6%) et la qualité des soins (6,2%).

Quant aux causes de la stabilité de la fécondité à un niveau élevé, dans 81,7% des cas, les enquêtés ont relevé la non pratique de la planification familiale (21,4%), les coutumes et les traditions (16,0%), la valeur économique de l'enfant (16,0%), la valeur sociale de l'enfant (11,1%), la religion (10,9%) et la pauvreté des parents (6,3%).

Au regard des résultats obtenus, l'Etat et les partenaires devraient encourager la scolarisation de la jeune fille et les programmes d'aides des populations en matière de santé et de nutrition pour accompagner la transition démographique.

1. INTRODUCTION

1.1 Contexte et justifications

Au Niger, la mortalité infanto-juvénile est passée de 198 ‰ en 2006, à 130,5 ‰ en 2010 et enfin à 127‰ en 2012, tandis que la mortalité infantile est passée de 81‰ en 2006 à 63,2 ‰, en 2010 et à 51 ‰ en 2012. Cette baisse importante de la mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans a fait déjà l'objet d'une première (1^{ère}) analyse conduite en 2012 par l'Institut National de la Statistique (INS) du Niger et l'Université John Hopkins (JHU) des Etats-Unis d'Amérique. Les résultats de cette analyse ont été publiés dans le journal « The Lancet », en septembre 2012. Cette étude a montré qu'en l'espace de dix (10) ans, le Niger a réussi à réduire de 40 % le niveau de la mortalité infanto-juvénile.

La fécondité, quant à elle, a commencé à amorcer une légère baisse, passant de 7,5 enfants par femme en 1998 (EDSN 1998) à 7,1 enfants par femme en 2006 (EDSN-MICS III), puis est remontée à 7,6 en 2012 (EDSN-MICS IV), en dépit de l'augmentation de la prévalence contraceptive moderne¹ (de 10 % en 2006 à 12 % en 2012).

Les résultats globaux définitifs du Quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGP/H) 2012 indiquent que le taux d'accroissement intercensitaire moyen est passé de 3,3 % pour la période 1988-2001, à 3,9 % pour la période 2001-2012. Ce taux élevé d'accroissement de la population, résultant en partie de la baisse de la mortalité et du maintien de la fécondité à un niveau élevé, place le Niger au cœur des débats sur la transition démographique. Le Niger a-t-il amorcé sa transition démographique ? A quel stade de la transition démographique se trouve-t-il ?

C'est pour comprendre les causes et les déterminants du maintien de la fécondité à un niveau élevé d'une part et de la baisse de la mortalité infanto-juvénile, d'autre part que l'INS a réalisé la présente étude afin de répondre aux questions suivantes :

1. Quels sont les facteurs ayant permis de réduire le niveau de la mortalité infanto-juvénile au Niger entre 1992 et 2012 ?
2. Quels sont les facteurs du maintien de la fécondité à un niveau élevé ?
3. Quels sont les interrelations qui existent entre la mortalité infanto-juvénile et la fécondité au Niger ?
4. Quelles mesures d'accompagnement pour capitaliser le dividende démographique?

1.2 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de contribuer à identifier les principales causes et les déterminants de la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans et du maintien de la fécondité à un niveau élevé. Plus spécifiquement, il s'agit de :

¹ Y compris la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)

- faire ressortir les facteurs qui ont conduit à la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans ;
- proposer des mesures appropriées au gouvernement pour que la baisse observée de la mortalité continue ;
- déterminer les facteurs responsables du maintien de la fécondité à un niveau élevé ;
- mettre en évidence les interrelations entre la baisse de la mortalité infanto-juvénile et le maintien de la fécondité à un niveau élevé ;
- proposer des stratégies ou un plan d'actions pour accompagner ce phénomène qui semble être l'amorce d'une transition démographique au Niger.

1.3 Résultats attendus

Les résultats suivants sont attendus de cette étude :

- les déterminants de la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq (05) ans sont ressortis;
- les déterminants de la stabilité de la fécondité à un niveau élevé sont mis en évidence;
- les perceptions des populations (populations, agents de santé, leaders d'opinion), quant aux causes des tendances de ces deux phénomènes (mortalité et fécondité) sont connues.

1.4 Limites

Dans le cadre de cette étude, une enquête qualitative a été menée. L'exploitation des transcriptions des groupes de discussion a été faite manuellement.

Par ailleurs, la région de Diffa a été exclue de l'enquête pour des raisons d'insécurité.

2. ANALYSE DU CONTEXTE SOCIOECONOMIQUE DU NIGER

L'objet de ce chapitre, est de décrire le contexte général du pays, dans le but de faciliter la compréhension des principaux résultats de l'étude. Il traite du contexte physique et environnemental, du contexte sociodémographique et économique.

2.1 Contexte physique et environnemental

Le Niger est l'un des pays de l'Afrique de l'Ouest qui occupe la sixième (6^{ème}) place à l'échelle continentale (1.267.000 km²) en termes de superficie. Il se situe entre les parallèles 11°37' et 23°33' de latitude nord d'une part, et les méridiens 16° de longitude et 0°10' de longitude ouest. Ce vaste territoire, en grande partie désertique, est limité au Nord par l'Algérie et la Libye, à l'Est par le Tchad, au Sud par le Nigéria, au Sud-Ouest par le Bénin et le Burkina et enfin à l'Ouest par le Mali.

La partie Nord renferme l'essentiel des ressources minières du pays, le massif de l'Aïr (70 000 km² avec un point culminant de 2022 m d'altitude) ainsi que la réserve naturelle de l'Aïr et du Ténéré.

Le réseau hydrographique comprend, entre autres, le fleuve Niger, troisième (3^{ème}) grand fleuve d'Afrique avec une longueur de 4 200 km. Il traverse le sud-ouest du pays sur 550 km, la rivière Komadougou Yobé à la frontière Nigériane (sur 140 km) et enfin une partie du lac Tchad (3000 km²) au sud-est du pays.

Le Niger est doté d'un climat essentiellement désertique et sec. Sa pluviométrie varie d'une région à une autre et sa distribution est très irrégulière dans le temps. Les précipitations ne dépassent jamais les 800 mm et les températures varient entre 9 °C et 45 °C selon la saison. On distingue trois régimes climatiques : le régime aride saharien au Nord, le régime de transition sahélo-tropical de la région de l'Aïr et enfin le régime sahélien au Sud.

Le climat est caractérisé par trois (03) saisons : une saison chaude, allant de Mars à Mai, une saison pluvieuse, allant de Juin à Septembre, et une saison froide, allant d'Octobre à Février.

Au Niger, on observe deux (2) types de faune : Une faune des espaces désertiques et une faune des espaces protégés au Sud du Niger, notamment le Parc national du W qui présente toutes les espèces de la savane africaine.

Sur le plan administratif, le Niger est subdivisé, selon la loi N° 2011-22 du 8 Août 2011 en 8 régions, 63 départements et 266 communes.

2.2 Contexte démographique

Le Niger connaît une forte croissance démographique. En effet, depuis plusieurs années, la population du Niger est passée de 3 240 000 habitants en 1960, à 7 251 626 habitants en 1988 (2^{ème} RGP de 1988) à 11 060 291 en 2001 (3^{ème} RGPH de 2001) et à 17 138 707 habitants en 2012 (4^{ème} RGPH de 2012). Les femmes représentent

plus de la moitié de la population totale en 2012 (50,29%). La population nigérienne se caractérise aussi par son extrême jeunesse et la ruralité de sa population. En effet, près de deux nigériens sur cinq (66%) sont âgés de moins de 24 ans et la grande majorité de la population (80%) vit en milieu rural.

Le taux de croissance annuel moyen de la population était estimé à 2,5% en 1960, à 3,3% en 1988, à 3,3% en 2001 et à 3,9% en 2012. A ce rythme, la population du Niger doublerait tous les 18 ans. Au 1^{er} juillet 2015, d'après les projections démographiques réalisées par l'INS à partir des résultats du Quatrième (4^{ème}) RGP/H de 2012, le pays compte environ 19 124 882 habitants. Enfin, au 1^{er} juillet 2025, la population nigérienne pourrait atteindre les 28 276 792 habitants, puis 41 733 652 habitants au 1^{er} juillet 2035. La fécondité des femmes nigériennes demeure élevée, car l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est passé de 7,4 enfants par femme en 1992, à 7,5 en 1998, à 7,1 en 2006 puis à 7,6 en 2012 selon les résultats définitifs des quatre (4) Enquêtes Démographiques et de Santé réalisées entre 1992 et 2012 au Niger.

Par ailleurs, selon les RGP/H de 1988, 2001 et 2012, la mortalité a connu une baisse significative. En effet, l'espérance de vie à la naissance s'est beaucoup améliorée, passant de 47 ans en 1988 à 55 ans en 2001, puis à 63,5 ans en 2012.

En 2012, la population âgée de moins de cinq (5) ans représente environ 25,5 %, soit plus du quart (1/4) de la population totale.

La population des jeunes, de 15-34 ans représente environ 29,3% de la population totale. Au regard de son poids démographique, cette population mérite une attention particulière en ce qui concerne les besoins de formation et d'emploi. Elle est non seulement majoritairement féminine (52% de femmes contre 48% d'hommes) mais aussi extrêmement rurale (81% des jeunes vivent en milieu rural contre 19% en milieu urbain).

La proportion des enfants, définie par l'UNICEF comme « l'ensemble des individus âgés de moins de 18 ans » s'établit à 58% dans l'ensemble, avec cependant un poids plus élevé en milieu rural (85,5%) par rapport au milieu urbain (14,5%).

Les personnes potentiellement actives représentent 45,2% au niveau national contre 3,1% pour les personnes âgées (65 ans et plus).

La proportion des enfants ayant l'âge de l'enseignement préscolaire (3-6 ans) représente 15,9% de la population totale du pays en 2012. Cela dénote l'importance de la demande sociale d'éducation de la petite enfance (écoles maternelles, crèches). Selon le milieu de résidence, ils (les enfants) sont plus concentrés en milieu rural (87,6%) qu'en milieu urbain (12,4%).

La population d'âge scolaire au primaire (7-12 ans), représente 17,9% de la population totale.

Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) sont les cibles de plusieurs programmes de santé de la reproduction. Leur proportion s'établit à 21% de la population totale et 41% de la population féminine. Elles sont également plus concentrées en milieu rural (82%) qu'en milieu urbain (18%).

Outre les femmes de 15-49 ans, les adolescents sont aussi cibles de plusieurs programmes de la santé de la reproduction. Ils représentent 22,7% de la population totale.

2.3 Accès à l'éducation et à la santé

Au niveau du secteur éducatif, la mise en œuvre de plusieurs programmes dans le secteur a permis d'enregistrer des progrès importants, surtout au niveau de l'enseignement de base. En effet, selon les données des annuaires statistiques du Ministère en charge de l'éducation, le Taux Net de Scolarisation au Primaire (TNSP) est passé de 18% en 1992 à 61,5% en 2014. Le taux d'achèvement primaire est en forte progression, passant de 15% en 1990 à 61,7% en 2014. Quant au rapport filles/garçons, il croît d'année en année et ceci quel que soit le niveau considéré. Cela traduit la réussite des programmes axés sur la scolarisation de la jeune fille dont le Taux brut de scolarisation est passé de 64,8% en 2014 à 68% en 2015.

Par ailleurs, le taux d'alphabétisation des jeunes de 15-24 ans est passé de 13% en 1988 (RGP/H 1988), à 36,4% en 2011 (ECVMA 2011), puis à 44,2% en 2014 (ECVMA 2014).

Quant au taux d'alphabétisation des adultes (population âgée de 15 ans et plus) selon les résultats des enquêtes ECVMA 2011 et 2014, il est resté stable sur la période 2011-2014 (28,4%). Il y a donc moins d'un (1) nigérien sur trois (3), âgé de 15 ans ou plus, qui sait lire et écrire dans une langue quelconque. En outre, en 2014, ce taux est deux (2) fois plus élevé chez les hommes (40,1%) que chez les femmes (18,1%). De même, ce taux est presque trois (3) fois plus élevé en milieu urbain (59,2%) qu'en milieu rural (21%).

Dans le domaine de la santé, le Niger enregistre aussi des résultats très encourageants. Concernant la santé maternelle, bien que le Niger soit l'un des pays qui enregistrent encore les ratios de mortalité maternelle les plus élevés au monde, les progrès du pays sont notables. En effet, depuis 2005, avec l'instauration de la politique de gratuité des soins de santé au profit des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans, le niveau d'utilisation des services de santé s'est beaucoup amélioré et le ratio de mortalité maternelle s'est considérablement réduit. Selon les données de l'EDSN 1992 et de l'ENISED 2015, le ratio de mortalité maternelle est passé de 652 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1990 à 520 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2015.

D'autres comportements en lien avec le risque de mortalité des enfants de moins de cinq ont tout aussi connu une évolution favorable. C'est ainsi que la proportion des accouchements assistés par un personnel de santé qualifié est passée de 17,7% en 2006 pour atteindre 29,3% et 39,7% respectivement en 2012 et 2015. La proportion des enfants de 12-23 mois totalement vaccinés au PEV, tout aussi importante pour la santé des enfants, est passée de 29% en 2006 à 52% en 2012.

La prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de 6 à 59 mois quant à elle, a connu une augmentation entre 2006 et 2015 passant de 10% en 2006 à 15% en 2015.

Cette politique a aussi permis d'augmenter de manière très nette la prise en charge des principales pathologies à l'origine de la mortalité infanto-juvénile. Ainsi, le taux de mortalité infanto-juvénile qui était de 318 pour mille en 1992 est passé à 126 pour mille en 2015.

La mortalité infantile, quant à elle, est passée de 123 pour mille en 1992, à 51 pour mille en 2015.

2.4 Situation économique et financière.

L'économie nigérienne a connu une bonne performance de 1991 à 2015, malgré l'évolution en dents de scie du taux de croissance économique. En effet, le taux de croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) réel est passé de 1,4% en 1991 à 11,8% en 2012, pour se situer à 5,3% en 2013, 7,0% en 2014 et 3,6% en 2015.

Du côté de l'offre, la croissance économique est marquée par une hausse de la part du secteur primaire. De 1990 à 2015, le secteur primaire a représenté en moyenne 41,1% du PIB. Son poids dans le PIB est passé de 34,4% en 1990 à 42% en 2015. De 1990 à 2015, la part du secteur secondaire dans le PIB a représenté en moyenne 13,6%, elle est passée de 19,8 % en 1990 à 13,7% en 2015. Quant au secteur tertiaire, son poids dans le PIB a été de 38% en moyenne sur la même période. Il est passé de 31,5% en 1990 à 35,9% en 2015.

Concernant la situation des finances publiques en 2014, elle est caractérisée par une aggravation du déficit budgétaire due à une hausse des dépenses publiques plus importante que celle des recettes budgétaires. De 1990 à 2014, le Niger a enregistré en moyenne un déficit budgétaire de -2,7 % du PIB par an.

Les recettes budgétaires totales ont enregistré une hausse de 13,7% pour se situer à 714,5 milliards de FCFA en 2014, soit 17,7% du PIB contre 16,6% en 2013 et 15,2% en 2012.

Les recettes fiscales ont progressé de 9,7% en 2014, soit 633,2 milliards de FCFA contre une hausse de 16,5% en 2013 et 22,8% en 2012. Le taux de pression fiscale s'est amélioré, en passant de 14% en 2012 à 15,2% en 2013 et 15,7% en 2014.

En termes de demande, la structure de l'économie nigérienne est dominée par les dépenses de consommation finale des ménages qui représentent 69,3% du PIB en 2014 contre 74,1% en 1990.

Les échanges extérieurs se caractérisent par une augmentation de 7,3 points de pourcentage des importations, et une hausse également des exportations de 3,5 points de pourcentage entre 1990 et 2014. Le taux de couverture des importations par les exportations s'établit à 49,5% en 2014 contre 57,9% en 2013.

En revanche, l'investissement public comme privé, a fortement augmenté en 24 ans ; Il est en effet passé de 15,3% en 1990 à 38,8% en 2015.

En ce qui concerne l'encours de la dette publique totale en pourcentage (%) du PIB nominal, il est passé de 63,5% en 2005 à 18% en 2012 puis à 33,3% en 2015.

En 2014, la situation monétaire s'est traduite par une consolidation des avoirs extérieurs nets ainsi qu'une expansion des crédits intérieurs et de la masse monétaire. Les avoirs extérieurs nets ont progressé de 182,2 milliards de FCFA pour se situer à 716 milliards de FCFA à fin décembre 2014, soit environ 5,2 mois d'importations contre 4,3 en 2013. En 1990, les avoirs extérieurs nets s'élevaient à 2,3 milliards de FCFA. Ainsi, ces derniers se sont accrus de 27% en moyenne par an.

3. REVUE DE LA LITTÉRATURE ET CADRE CONCEPTUEL

Plusieurs études ont été réalisées sur la mortalité en général et la mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans en particulier du fait de l'intérêt du sujet pour le suivi des indicateurs de développement d'un pays. Dans certains cas, la mortalité des enfants est analysée comme une fonction du niveau de la fécondité (et donc, un des facteurs explicatifs de la fécondité) (Benoit, Guillaume et Levi, 1984) et dans d'autres, comme un élément d'explication du niveau de la fécondité.

3.1. Revue de littérature

3.1.1. Les déterminants de la mortalité infanto-juvénile

Certains auteurs étudient le phénomène de la mortalité des enfants sous une approche socioéconomique, d'autres par contre sous l'approche sociologique et historique. Elle est aussi appréhendée souvent suivant une approche globale en intégrant tout ou une partie des éléments des approches partielles (sociologique, économique, historique, etc.).

3.1.2. Théories et schémas explicatifs de la mortalité

Des schémas explicatifs ont été développés (Mosley et Chen 1984 ; Garenne et Vimard, 1984) dans la littérature démographique pour définir et articuler les liens directs et indirects entre les facteurs potentiels pouvant agir sur la santé et la mortalité des enfants.

Les travaux de Garenne et Vimard (1984), résultant de leurs expériences de terrain en Afrique, ont permis de proposer un cadre d'analyse qui intègre aussi bien les conditions socioéconomiques individuelles que le contexte politique et écologique dans l'analyse de la mortalité infanto-juvénile. Ces auteurs ont identifié cinq (5) groupes de variables qui interviennent dans l'explication de la mortalité infanto-juvénile. Il s'agit des variables discriminantes (zones géographiques, catégories sociales, etc.), des variables indépendantes (milieu de résidence, revenus des ménages, accessibilité aux soins, instruction des parents, promiscuité, etc.), des variables intermédiaires (le capital santé, l'état nutritionnel, etc.), des déterminants ou des causes médicales du décès et de la variable à expliquer, c'est-à-dire le niveau global de la mortalité des enfants.

Il faut noter que l'une des critiques adressées au modèle de Garenne et Vimard résulte du fait que ces auteurs ne donnent explicitement aucune cause ou maladie mais précisent qu'il ne s'agit pas du résultat d'un diagnostic médical simpliste « car un décès d'enfant est souvent le résultat d'un processus complexe qui peut

rarement être résumé par une cause unique de décès, celle qui est en principe inscrite sur le certificat de décès (Garenne et Vimard, 1984 : 308) ».

Mosley et Chen (1984) ont quant à eux repris l'idée de la distinction entre variables indépendantes et intermédiaires, mais classent les variables indépendantes par niveau d'observation ou d'analyse, en variables individuelles, variables relatives au ménage et variables communautaires. Leur schéma tient compte à la fois de l'approche des sciences sociales et celle des sciences biomédicales.

L'intérêt du modèle de Mosley et Chen vient du rôle important accordé à l'instruction de la mère dans l'explication du niveau de la mortalité infanto-juvénile.

3.1.3. Approches partielles

La mise en application des schémas explicatifs et des théories de la mortalité se heurte aux problèmes de la disponibilité des données adéquates. C'est pour cela que dans certaines études, il est souvent d'usage d'expliquer le niveau de la mortalité infanto-juvénile sous un aspect particulier du phénomène (offre de soins, demande de soins, approche basée sur le genre, approche économique, etc.).

Les facteurs culturels occupent une place de choix dans l'étude des déterminants de la mortalité des enfants (Akoto, 1989 ; Akoto et Tabutin, 1989 ; Cantrelle et Locoh, 1990).

Ainsi, selon les résultats de l'étude de Barbieri (1991), dans une société conservatrice très attachée à la sexualité pendant le mariage, un enfant né en dehors de l'union conjugale est soumis à un risque de décès supérieur à celui né dans le mariage. L'instruction, notamment celle de la mère, est dans bon nombre de cas citée comme l'élément de changement culturel le plus important. En effet, des études menées sur des sociétés d'Afrique (Caldwell, 1979 ; Farah et Preston, 1982) montrent toutes qu'il existe une relation négative entre instruction de la mère et mortalité des enfants, bien que le niveau de scolarisation nécessaire pour produire un changement varie d'une population à l'autre.

L'approche basée sur l'offre de santé soutient que les différences de mortalité constatées entre milieux de résidence s'expliqueraient en partie par la concentration des ressources sanitaires dans la zone urbaine (Lalou. et Le Grand, 1997 ; Gakidou et King 2002 ; Van de Poel et al., 2009). .

Toutefois, l'accessibilité géographique ne suffit pas à elle seule pour assurer une fréquentation des services de santé. Encore, faudra-t-il que les ménages disposent des ressources financières nécessaires pour la prise en charge effective.

L'approche sociodémographique, quant à elle, met en relation le niveau de mortalité avec les caractéristiques de l'enfant (poids à la naissance, âge, sexe, etc.) (Soliani et Lucchetti, 2002).

Selon l'approche biomédicale, la question des déterminants de la mortalité des enfants doit être traitée en distinguant les facteurs agissant sur l'exposition au risque (environnement malsain, problème d'hygiène, promiscuité, etc.) et ceux qui ont un effet sur la résistance de l'hôte de la maladie (Garenne et Cantrelle, 1984).

Par ailleurs, certaines recherches montrent l'existence d'un lien étroit entre le niveau et/ou l'évolution de la fécondité (parité atteinte, intervalle intergénérisique, ...) et la mortalité infanto-juvénile.

3.2. Les déterminants de la fécondité

Les conditions de la fécondité peuvent affecter le niveau et l'évolution de la mortalité des enfants. Ainsi, on peut classer les facteurs explicatifs de la fécondité en deux (2) grands groupes : les facteurs indirects et les facteurs directs ou déterminants proches de la fécondité.

3.2.1. Les facteurs indirects

a. Forte mortalité infantile et juvénile

Pendant longtemps, la mortalité des enfants était restée élevée en Afrique. Cette forte mortalité rendait précaire la survie des lignages et les arguments favorables à la forte fécondité visaient à combler ces lourds déficits. Aujourd'hui, la mortalité des enfants a fortement baissé et le désir des descendances nombreuses pourrait être moins ressenti dans les familles. Toutefois, l'expérience d'un décès infantile peut agir sur la fécondité et vice-versa. En effet, un décès précoce peut entraîner un intervalle intergénérisique plus court qui, lui-même, favorise un décès en bas âge pour l'enfant suivant (Benoit, Guillaume et Levi, 1984).

b. Urbanisation et scolarisation

En Afrique, comme dans les autres pays, ce sont les facteurs de "développement" qui jouent un rôle de fond sur l'évolution des comportements : baisse de la mortalité des enfants tout d'abord (Barbieri, 1991) mais parallèlement l'instruction, surtout celle des femmes, (United Nations, 1995) et l'urbanisation, qui a des effets déterminants en termes d'échanges sociaux, d'opportunités d'emplois, d'autonomie croissante des individus par rapport à leur environnement familial. Le niveau de scolarisation des femmes est un déterminant décisif de la baisse de la fécondité.

c. La pauvreté des ménages

Selon la théorie dite de « transition induite par la crise » (Lesthaeghe et al., 1989), la crise économique de l'Afrique allait entraîner des comportements de limitation des naissances. Les aspirations des ménages devenues de plus en plus élevées en matière d'éducation des enfants mais ne disposant que des moyens très réduits pour les réaliser.

d. Modes de production et type de société

Dans les économies rurales, les modes de production restent encore rudimentaires, faisant intervenir un plus grand nombre de main d'œuvre. Une descendance nombreuse constitue à ce titre, une ressource importante. La valeur productive de l'enfant pour les femmes reste essentielle (Adjamagbo, 2000). Il n'est pas rare que les femmes accèdent à la terre sous condition d'avoir une fécondité élevée (Frank et McNicoll, 1987).

Par ailleurs, la procréation revêt un caractère primordial au sein des sociétés patriarcales dans la mesure où elle contribue non seulement à la stabilité du couple mais aussi à la perpétuation du lignage et du groupe social. Les écarts dans les désirs de descendance entre hommes et femmes deviennent importants. En particulier, au Niger, le nombre d'enfants désirés par les maris est de treize (13) enfants, alors que leurs femmes n'en veulent que neuf (9) ; ces valeurs sont respectivement de 11 et 7 au Cameroun et 10 et 6 au Sénégal (Andro, 2000).

3.2.2. Les facteurs directs ou déterminants proches de la fécondité

Les analyses de Davis et Blake (1956), reprises et modélisées par Bongaarts (1978), ont montré que les éléments cités plus haut agissent par l'intermédiaire des variables proches qui, elles, déterminent directement le niveau de la fécondité.

a. Les pratiques matrimoniales

Les pratiques matrimoniales habituelles en Afrique, qui conduisent à une entrée relativement précoce des femmes en union, sont un des déterminants principaux du niveau élevé de la fécondité. Dans les villes, le retard à l'entrée en union est un des déterminants importants de la baisse de la fécondité. L'entrée précoce en union des femmes n'est pas le seul facteur qui influence la fécondité. La polygamie et la fréquence des remariages jouent un rôle en favorisant l'exposition des femmes au risque de concevoir. Ainsi, la polygamie entretient une situation de concurrence entre les épouses qui les incite à avoir des descendances nombreuses.

b. L'intervalle entre naissances : abstinence post-partum et allaitement

Dans une étude réalisée dans (7) sept pays d'Asie (et plus récemment en Côte d'Ivoire par Esso Lasme, (2013)), Benoit et al., (1984), a mis en évidence les liens existant entre la mortalité infantile et la fécondité. En effet, selon les résultats de cette étude, la mortalité de l'enfant de rang 1 apparaît plus élevée que celle des enfants d'autres rangs. Aussi, dans chacun des groupes d'âges des mères considérés, la mortalité infantile est corrélée positivement avec le nombre d'enfants nés vivants.

Les pratiques d'abstinence post-partum et plus encore l'allaitement prolongé entraînent une période d'infécondabilité après l'accouchement d'une durée variable qui peut aller jusqu'à deux (2) ans. Ces pratiques, fortement valorisées par les croyances et la pression sociale, sont le facteur principal de la maîtrise de la fécondité africaine. L'abandon des pratiques d'abstinence et d'allaitement, lorsqu'elles ne sont pas remplacées par une pratique contraceptive efficace, conduit à des intervalles entre naissances plus rapprochés et par conséquent à une augmentation de la fécondité. C'est ce que l'on a observé dans certains groupes sociaux urbanisés mais peu scolarisés au Nigeria (Page et Lesthaeghe, 1981).

c. La prévalence contraceptive

La pratique de la contraception est encore à ses débuts en Afrique sub-saharienne. L'espacement des naissances, par l'allaitement et l'abstinence post-partum, est encore le premier facteur de maîtrise de la fécondité. Seules les femmes du

Zimbabwe et du Kenya ont en 2000, une pratique de la contraception moderne supérieure à 20 %. Ailleurs, elle est relativement plus faible.

Les programmes de planification familiale, qui ont été mis en place, n'ont pas eu l'efficacité attendue ni la rapidité de diffusion escomptée, pour des raisons diverses selon les sociétés, bien que les recherches menées dans le domaine dénotent des besoins non satisfaits en planification familiale" (Westoff et Bankole, 1995 ; Casterline et Sinding, 2000).

d. Les politiques contraignantes

Les politiques contraignantes sont celles qui prônent l'intervention de l'Etat dans les décisions individuelles des couples en matière de fécondité. Elles se matérialisent essentiellement par une limitation des naissances ou par la fixation d'un âge légal au mariage (Rocha, 2006). Dans le premier (1^{er}) cas, le législateur impose à chaque couple de ne pas dépasser un nombre d'enfants donné ce qui a pour effet de limiter la descendance finale. L'instauration d'un âge légal au mariage permet de retarder le calendrier des naissances ou la durée d'exposition au risque de grossesse.

Toutefois, les conséquences de ces politiques peuvent être très désastreuses sur la population. En effet, dans le cas de la politique de l'enfant unique en Chine, une femme qui désire avoir un garçon, pourrait être amenée à avorter et à le réitérer autant de fois que possible si l'enfant qu'elle porte est de sexe féminin (Rocha, 2006).

3.3. Cadre conceptuel

Au Niger, les taux encore élevés de mortalité infanto-juvénile et de fécondité pourraient expliquer un début d'amorce de la transition démographique. Ces deux (2) phénomènes sont intimement liés, comme il est apparu à travers la revue littéraire des études réalisées sur ces questions. L'élaboration de réponses efficaces aux questions liées à la fécondité devrait donc tenir compte du niveau de la mortalité des enfants et réciproquement. Aussi, il importe de rechercher de solutions à ces phénomènes en associant des perspectives variées (socioculturelles, économiques, etc.) et plus précisément, en prenant en compte les éléments liés aux populations cibles (femmes de 15-49 ans et enfants de 0-59 mois) et à leur entourage (communauté, ménage, système de santé, etc.).

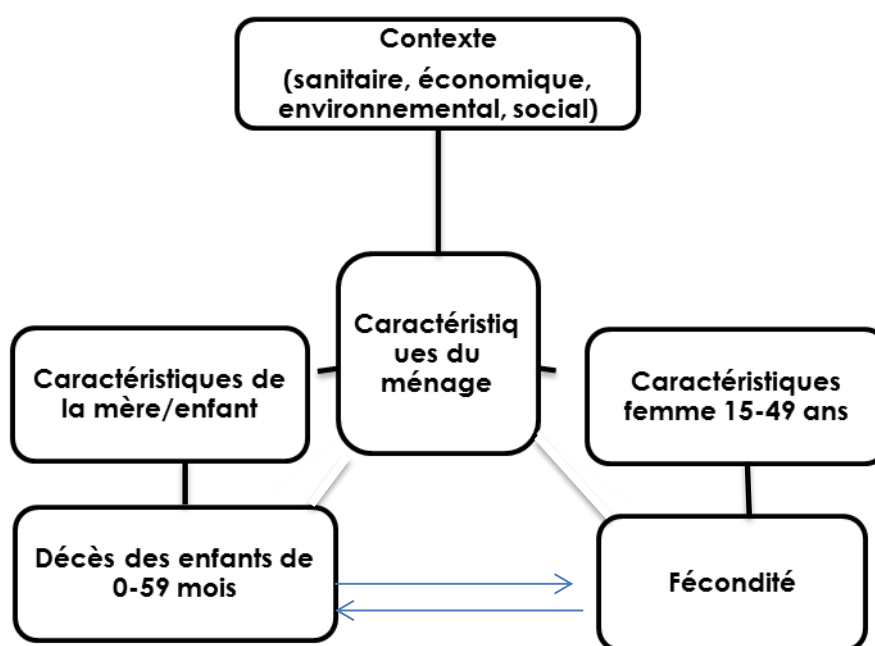
Il apparaît dès lors nécessaire de dégager les déterminants de la baisse de la mortalité infanto-juvénile et du maintien à un niveau élevé de la fécondité. Afin d'y parvenir, un cadre de référence ainsi que des hypothèses ont été proposés dans le cadre de cette étude.

3.3.1. Schéma conceptuel

Le cadre conceptuel est un ensemble cohérent qui met en relation les différents concepts utilisés dans une étude. Pour résumer et comprendre les facteurs liés à la baisse de la mortalité infanto-juvénile et au maintien à un niveau élevé de la fécondité au Niger, des propositions de ces relations sont données sous forme schématique.

Ainsi, la littérature fait ressortir que la baisse de la mortalité infanto-juvénile et le maintien à un niveau élevé de la fécondité au Niger dépendent tout d'abord des caractéristiques individuelles des femmes et, enfants de moins de cinq (5) ans et de celles des ménages dans lesquels ils vivent. Ces effets sont amplifiés par les caractéristiques du contexte.

Figure 1 : Schéma conceptuel



3.3.2. Hypothèses

L'analyse de la mortalité infanto-juvénile et de la fécondité requiert que soient pris en compte, tant les facteurs liés au contexte, que ceux liés aux ménages et aux individus. Ainsi, l'étude sur les causes et les déterminants de la baisse de la mortalité infanto-juvénile et du maintien de la fécondité à un niveau élevé au Niger pourra, au vue de la littérature, chercher à vérifier les hypothèses suivantes :

5. l'instruction de la mère retarde le mariage, crée une ouverture culturelle et améliore le statut de la femme. De ce fait, le niveau d'instruction élevé de la mère contribue à réduire la mortalité des enfants de moins de cinq (05) ans ;
6. le milieu de résidence ou la région de résidence ont des réalités différentes en matière de comportement culturel, d'offre des soins de santé et des pratiques. Ainsi, la région de résidence et le milieu de résidence influencent la mortalité des enfants de moins de cinq (05) ans et ses tendances ;
7. les programmes d'intervention, dont la gratuité des soins, les programmes de préventions des maladies, d'amélioration de la couverture sanitaire mis en œuvre dans le domaine de la santé ont contribué à la baisse de la mortalité des enfants au Niger ;

8. la non pratique de la planification familiale maintient la fécondité à un niveau élevé ;
9. le mariage précoce, en prolongeant la vie génésique joue un rôle déterminant dans le maintien de la fécondité à un niveau élevé ;
10. enfin, le rôle social de la femme, la valeur sociale et économique de l'enfant sont tous des facteurs qui maintiennent la fécondité élevée au Niger.

4. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

4.1 Analyse quantitative

Afin d'apporter des éléments de réponse aux questions de recherche soulevées, il a été retenu d'appliquer des modèles statistiques appropriés sur les données existantes.

4.1.1 Données utilisées

Cette étude s'appuie sur les données d'Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) que le Niger a réalisées de 1992 à 2012 avec l'appui technique d'ICF International. Ces données se rapportent à un large échantillon national des enfants de moins de cinq (5) ans et des femmes de 15-49 ans. Elles fournissent divers renseignements sur les caractéristiques sociales, économiques et démographiques des enfants, des femmes ainsi que des ménages.

En plus des EDS, des données de couverture des interventions sur la santé de la mère et de l'enfant ont été modélisées à travers l'Outils « LiST² » pour identifier les programmes et actions ayant le plus permis de réduire la mortalité infanto-juvénile. Cette revue a été réalisée par l'équipe d'analyse en temps réel sur la mortalité de l'INS et les chercheurs de l'Université de Johns Hopkins en 2012.

4.1.2 Variables d'analyse

Après exploration des données disponibles et compte tenu des enseignements tirés des études antérieures, on peut considérer que les données utilisées sont appropriées pour réaliser une telle étude. Toutefois, il convient de matérialiser les variables qui permettront de vérifier nos principales hypothèses.

Dans l'ensemble, douze (12) variables ont été retenues pour tester les hypothèses relatives aux déterminants de la baisse de la mortalité infanto-juvénile et onze (11) pour l'analyse du niveau élevé de la fécondité. Les variables dépendantes utilisées pour la modélisation des déterminants ont toutes les deux (2) été dichotomisées comme suit :

$$\text{Survie de l'enfant de 0 – 59 mois} = \begin{cases} 1 & \text{si l'enfant est décès dans la période de 5 – 9 ans} \\ 0 & \text{sinon} \end{cases}$$

² LiST : Lives Saved Tool ou outil des vies sauvées. C'est un modèle informatique qui estime l'impact sur la mortalité et de la mortalité relative à l'extension des actions prouvées dans la santé maternelle et infantile (Voir manuel LiST).

Tableau 1 : liste des variables d'analyse

Variable dépendante	Mortalité des enfants de moins 5 ans	Fécondité
Variables indépendantes	Sexe de l'enfant	Utilisation de la contraception moderne
	Rang de naissance	Discussion de la PF au sein du couple
	Type de naissance	Décision de l'utilisation de la PF
	Parité	Type d'union
	Age la maternité	Âge au premier mariage
	Niveau d'instruction	Niveau d'instruction
	Niveau de vie	Occupation
	Sexe du CM	Sexe du CM
	Source d'eau	
	Type de toilette	
	Région	Région de résidence
	Milieu de résidence	Milieu de résidence

4.1.3 Méthodes d'analyse

Deux méthodes d'analyse complémentaires ont été utilisées dans la partie quantitative de cette étude. La première (1^{ère}) est descriptive et la seconde (2^{nde}) explicative.

4.1.3.1 Analyse descriptive

L'analyse descriptive a consisté à croiser deux (2) variables dans un tableau de données. Cette étape prépare l'analyse explicative. Elle a permis de mettre en exergue l'association entre différentes variables, notamment entre la variable dépendante et les variables indépendantes. Elle a permis de tester l'existence d'une relation entre deux (2) variables en établissant par une mesure adéquate le différentiel de la variable dépendante entre les modalités d'une même variable indépendante. Son but a été d'isoler les variables significativement associées à la variable dépendante afin de construire le modèle explicatif.

4.1.3.2 Analyse explicative

La régression logistique binaire est la méthode d'analyse explicative appropriée, la variable dépendante étant de nature qualitative et dichotomique. Elle est expliquée par un ensemble d'autres variables appelées variables indépendantes. La nature des données nécessite toutefois, l'usage des certains outils dont le diagramme de Lexis, qu'il est nécessaire d'élucider.

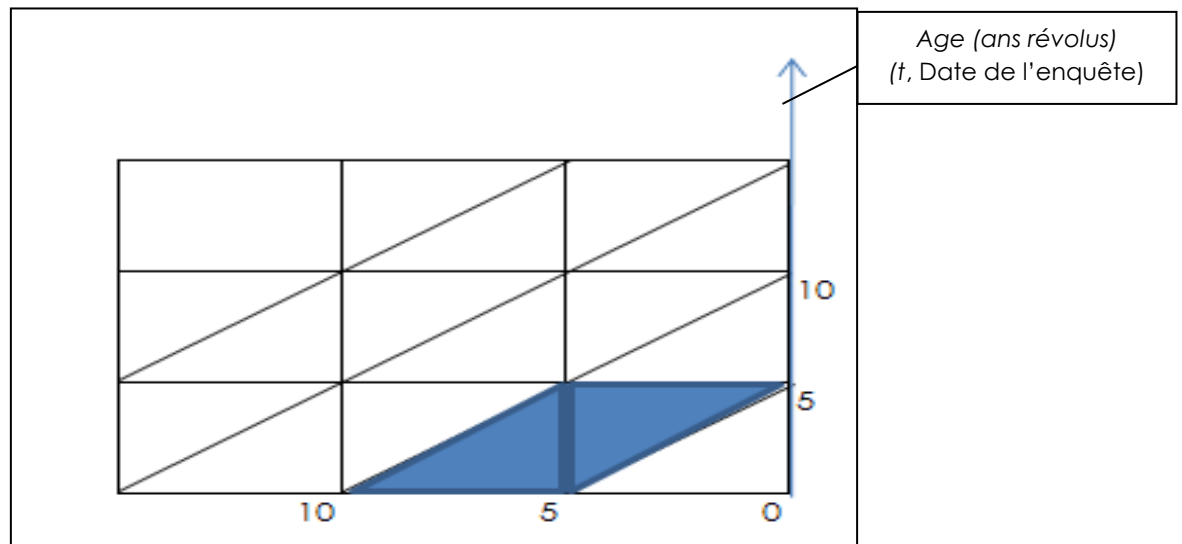
Le diagramme de Lexis représente un des outils les plus précieux pour le démographe. Les données de base que les démographes utilisent dans leurs analyses relèvent de deux (2) catégories principales : des ensembles d'évènements affectant les individus de la population observée (naissances, décès, migrations, mariages...) et des effectifs d'individus ayant des caractéristiques communes en

matière d'âge. La vocation première du diagramme de Lexis est de visualiser ces données en les localisant sur une figure à deux axes et de montrer ainsi la façon dont elles s'agencent les unes par rapport aux autres. Dans sa version la plus habituelle, l'axe des abscisses supporte le temps (calendrier) et celui des ordonnées, l'âge. Ces deux (2) axes dessinent un diagramme cartésien des plus classiques. Toutefois, sur ce diagramme, une troisième coordonnée s'utilise également, à savoir le moment de la naissance. Si les coordonnées en temps et en âge se traduisent de manière tout à fait habituelle par des perpendiculaires à leurs axes respectifs, la coordonnée du moment de naissance va engendrer des diagonales, chacune étant une ligne de vie qui montre l'évolution de l'âge en fonction du temps pour une date de naissance donnée.

Pour un emploi aisé, le diagramme est complété par des réseaux de droites, soulignant des valeurs remarquables des trois (3) coordonnées : les horizontales délimitent les âges révolus ; les verticales, les années et les obliques, les générations. Cette façon de le présenter peut se dénommer "diagramme muet" dans le sens où il est prêt à recevoir les données à localiser.

L'étude des déterminants de la mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans requiert que soit définie clairement l'unité d'étude dans le temps. Ainsi, pour analyser la mortalité infanto-juvénile (0-4 ans), les enfants éligibles doivent être soumis au même risque de connaître l'évènement étudié (le décès). Le graphique ci-dessous montre que lorsque l'enquête a lieu à la date $t = 0$, les enfants éligibles sont ceux qui sont nés dans la période de 5 à 9 ans avant l'enquête. Ces derniers, de même génération, ont été soumis à un risque identique de décéder avant l'âge de 5 ans.

Graphique 1 : Diagramme de Lexis



Par ailleurs, la variable dépendante utilisée pour analyser la mortalité infanto-juvénile prend la valeur 1 si l'enfant est décédé avant d'avoir 5 ans et 0 lorsqu'il est encore en vie à l'âge de 5 ans. Pour cela, c'est le modèle logit qui a été choisi. En effet, ce modèle cherche à expliquer la survenue de l'évènement considéré (le décès) en

fonction d'un certain nombre de caractéristiques observées pour les individus étudiés.

Si on considère Y_i la variable dépendante état de survie de l'enfant définie comme

$$\text{suit : } Y_i = \begin{cases} 1 & \text{si l'enfant décède avant l'âge de 5 ans} \\ 0 & \text{si l'enfant est encore en vie à l'âge de 5 ans} \end{cases}$$

Et La probabilité d'occurrence de $Y_i = 1$ est P_i , soit $P(Y_i = 1) = P_i$. Dans le modèle logit c'est le rapport de $\eta = \frac{P_i}{1-P_i}$ dit Logarithme du « odds ratio » ou rapport des chances), qui est modélisé en fonction des variables explicatives. Soit :

$$\eta = a_0 + a_1 * x_1 + a_2 * x_2 + \dots + a_i * x_i + \dots + a_n * x_n$$

Où x_i sont les variables indépendantes et a_i le odds ratio associé à la variable explicative x_i . Le même modèle sera utilisé pour l'analyse de la fécondité sous la formulation suivante :

$$F_i = \begin{cases} 1 & \text{si la femme a 5 enfants ou plus} \\ 0 & \text{si la femme a moins de 5 enfants} \end{cases}$$

Dans un modèle logit, un accroissement d'une unité de la variable explicative, toutes choses égales par ailleurs, provoque une variation équivalente à la valeur de l'odd ratio. Pour le cas particulier des variables explicatives qualitatives, il convient de dichotomiser les k_i différents modalités de chacune d'elles et de n'introduire dans le modèle que $(k_i - 1)$ modalités, la $k^{ième}_i$ modalité sera considérée « modalité de référence ». Ainsi, sous réserve du résultat de test de significativité des coefficients, lorsque $a_i < 1$ alors la variation d'une unité de x_i signifie que l'individu a $(1 - a_i)\%$ de moins de chance de connaître l'évènement étudié par rapport à la modalité de référence. Si $a_i > 1$, alors une variation d'une unité de x_i signifie que l'individu a $(a_i - 1)$ fois de plus de subir l'évènement étudié par rapport à la modalité de référence.

4.2 Analyse qualitative

Compte tenu de la limite des données disponibles dans les EDS, et du fait que certaines décisions sur la fécondité particulièrement reviennent à l'homme dans les ménages nigériens, une collecte des données qualitatives est aussi réalisée afin de mieux appréhender ces phénomènes.

4.2.1 Objectif de l'enquête qualitative

L'objectif général de l'enquête qualitative est de contribuer à décrire et analyser les attitudes de la population sur la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans et de la stabilité à un niveau élevé de la fécondité au Niger. De manière plus spécifique, cette enquête vise à savoir les perceptions que les populations ont de :

- la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans ;
- la stabilité à un niveau élevé de la fécondité ;
- la planification familiale ;

Ainsi, elle va recourir à une approche mixte (qualitative et quantitative) avec deux objectifs :

- a) décrire et analyser les perceptions des populations sur les dimensions retenues citées plus haut
- b) et évaluer les perceptions sociales que les populations ont des trois dimensions retenues.

Il procède à l'analyse de contenu des entretiens (volet qualitatif) et le résultat obtenu peut être utilisé pour construire une échelle d'attitudes de type Likert qui va permettre d'entreprendre le volet quantitatif de l'étude.

Il y aura ainsi, une approche descriptive et une approche évaluative.

Cette approche mixte permettra de cerner les trois dimensions dans toute leur splendeur.

La stratégie de collecte des données sera celle de face à face entre enquêteurs et groupe cible. Il s'agit d'un entretien direct, c'est-à-dire un entretien portant sur un certain nombre de thèmes qui sont retenus dans le guide d'entretien. Le guide est conçu de manière à interroger les interviewés sur chaque thème à partir des questions subsidiaires : quels sont les faits ? Quelle est votre opinion ? Que faudrait-il changer ? Quelles sont les attitudes au sujet du changement (quelles actions entreprendre) ?

4.2.2 Localisation géographique des groupes de réflexion et quelques caractéristiques sociodémographiques des répondants

a. Localisation géographique des groupes de réflexion

Au total, sept (7) régions, vingt-neuf (29) départements, cinquante une (51) communes et cinquante une (51) localités ont été visitées par les différentes équipes de terrain. Le **tableau A1** en annexe résume la localisation géographique des groupes de discussion.

b. Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Le tableau ci-dessus présente quelques caractéristiques des répondants : 55,38% d'hommes contre 44,62% de femmes, 68,24% de répondants âgés de moins de 50 ans. 61,54% de répondants vivant en milieu rural.

4.2.3 Méthodologie de l'enquête

L'enquête s'est déroulée à travers des entretiens de groupes communément appelés « Groupe de discussion ou groupe de réflexion ». Les groupes cibles sont d'une part les femmes/épouses/mères/gardienne d'enfants, et d'autre part les hommes/époux/pères/gardien d'enfants âgés de 15 ans et plus. Chaque groupe est composé de 8 à 10 personnes ayant à peu près les mêmes caractéristiques.

Concernant les agents de santé, l'entretien a été faite avec une seule personne par localité échantillonnée.

L'enquête s'est déroulée au niveau des sept (7) régions : Agadez, Dosso, Tahoua, Tillabéri, Maradi et Zinder. La région de Diffa a été exclue en raison de l'insécurité qui y prévaut en ce moment et qui a nécessité une mise en état d'urgence de la région.

Tableau 2 : Répartition des groupes de discussion, localités et équipes de terrain

Axes	Région	Focus HOMMES	Focus FEMMES	Focus Agent de santé	Focus Leader d'opinion	Localité	Équipe finale
1	Agadez	3	2	1	1	3	1
1	Tahoua	10	10	2	2	10	
2	Maradi	10	10	2	2	10	1
2	Zinder	10	10	2	2	10	1
3	Niamey	2	3	1	1	3	1
3	Dosso	5	5	1	1	5	
4	Tillabéry	10	10	1	1	10	1
	Total	50	50	10	10	51	5

a. Outils de collecte

Deux outils de collecte ont été principalement élaborés :

- **Une fiche de groupe de discussion**

Le contenu de cette fiche tourne autour de deux (2) thèmes : les déterminants de la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans et les déterminants de la stabilité à un niveau élevé de la fécondité.

- **Une grille de synthèse des informations recueillies**

Cette grille a permis aux équipes de faire la synthèse des différentes discussions par thème et par localité. Les équipes ont dû résumer les informations pertinentes en rapport avec l'objectif général de l'étude.

b. Collecte des données

La durée de la collecte des données sur le terrain était de 15 jours. Les enquêteurs étaient répartis en cinq (5) équipes de deux (2) personnes. Chaque équipe était chargée de quatre types d'entretiens (4) : deux entretiens de groupe (un premier avec comme groupe cible les hommes et un deuxième avec comme groupe cible les femmes) et deux entretiens individuels (un premier avec un agent de santé et un deuxième avec des leaders d'opinion) par localité. Chaque équipe était composée d'un animateur et d'un rapporteur.

L'animateur était principalement chargé de conduire les discussions de groupe à l'aide du guide d'entretien. Toutes les discussions ont fait l'objet d'un enregistrement audio et ont été également transcrites. Il a été appuyé par le rapporteur.

Lors de ces entretiens, les participants ont exprimé librement leurs opinions, mais tout en suivant des étapes bien précises.

Les informations recueillies de toutes les discussions sont ensuite compilées à l'aide d'une grille de synthèse en notant les particularités selon les zones géographiques, le milieu (rural vs urbain) et le genre.

c. Réalisation de l'entretien

Pour mieux réussir un entretien et avoir les résultats escomptés, il faut une bonne préparation en amont de l'entretien. Sept (7) principales astuces ont été utilisées :

1. choisir un lieu qui permet de préserver la convivialité et la confidentialité ;
2. motiver les interlocuteurs en expliquant clairement le cadre et les objectifs de l'entretien ;
3. présenter le plan et la durée de l'entretien ;
4. informer les interlocuteurs du caractère anonyme de l'entretien ;
5. rester maître de l'entretien ;
6. enregistrer les entretiens avec un enregistreur numérique pour disposer de traces écrites solides et fiables (verbatim).
7. faire un compte rendu à la suite de l'entretien.

d. La conduite de l'entretien

Lors de l'entretien, l'agent-enquêteur doit créer un climat favorable en adoptant une attitude d'ouverture et d'écoute.

Les questions se trouvant dans le guide serviront de base pour l'entretien. Toutefois, l'enquêteur doit toujours poser des questions de relance qui consistent à pousser les interviewés à donner plus de détails, d'explications ; de précisions. À cet effet, l'enquêteur doit reformuler certaines questions, répéter ou interpréter certaines réponses (si j'ai compris, vous voulez dire...), afin d'approfondir le plus possible les idées des interviewés.

L'enquêteur doit pouvoir recadrer les interventions en fonction des objectifs de l'enquête et pour cela, il doit avoir connaissance du sujet. Il ne doit pas porter de jugement. Et à la fin de chaque entretien, il doit faire la synthèse pour les interviewés de ce qui a été dit lors de l'entretien.

Tout au long de l'entretien, il doit enregistrer les interventions et prendre des notes détaillées. Il convient d'expliquer l'utilité de l'enregistrement qui permet de garder la fidélité des propos. Cet enregistrement ne révèle pas l'identité des participants et préserve donc l'anonymat.

e. Suivi de l'entretien

Après chaque entretien, l'enquêteur doit relire ses notes le plus tôt possible et rédiger le compte rendu afin de ne pas oublier certains détails. Il doit faire une synthèse en présence des participants à l'enquête ce qui lui permettra de la valider avec les interviewés et d'avoir des informations complémentaires au besoin.

L'enquêteur doit ensuite procéder à la transcription intégrale des enregistrements du groupe de discussion. Cette transcription intégrale des résultats est une étape fastidieuse, mais indispensable.

f. Concepts et définitions

Cette section traite des définitions relatives de quelques concepts récurrents dans cette étude, notamment la partie qualitative.

- Groupe de discussion, groupe de réflexion, groupe de consultation, groupe d'entretien en profondeur, groupe type ou groupe échantillon : c'est une méthode qualitative de recherche sociale qui favorise l'émergence de toutes les opinions. Cette méthode, qui est à la fois orale et groupale, ne poursuit donc pas la recherche du consensus. Elle permet par contre le recueil des perceptions, des attitudes, des croyances, des zones de résistances des groupes cibles. Elle répond au pourquoi et au comment.
- Fécondité : c'est la capacité de se reproduire. Le terme s'applique d'abord aux êtres vivants, et notamment à l'Homme, dans le domaine de la santé reproductive ou de la démographie comme dans le cas de la présente étude. Elle s'exprime par un indice égal au nombre moyen d'enfants nés vivants rapporté à la population féminine en âge de procréer
- Mortalité : la mortalité, ou taux de mortalité, est le rapport entre le nombre annuel de décès et la population totale moyenne sur cette année d'un territoire donné. Elle se distingue du taux de morbidité, qui est le nombre de malades annuels rapporté à la population, et du taux de létalité, qui est le nombre de décès rapporté au nombre de malades. Ainsi, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est la probabilité qu'un nouveau-né meure avant d'atteindre l'âge de cinq ans s'il est assujéti aux taux de mortalité par âge pour l'année déterminée.
- Planification familiale : La planification familiale ou le planning familial est l'ensemble des moyens qui concourent aux régulations des naissances, dans le but de permettre aux femmes et donc aux familles de choisir le moment d'avoir un enfant.

5. PRINCIPAUX RESULTATS

Cette partie présente les principaux résultats de cette étude.

5.1 Principaux résultats de l'analyse descriptive

L'analyse descriptive permet d'établir le différentiel de mortalité ou de fécondité entre les différentes modalités d'une même ou de plusieurs variables.

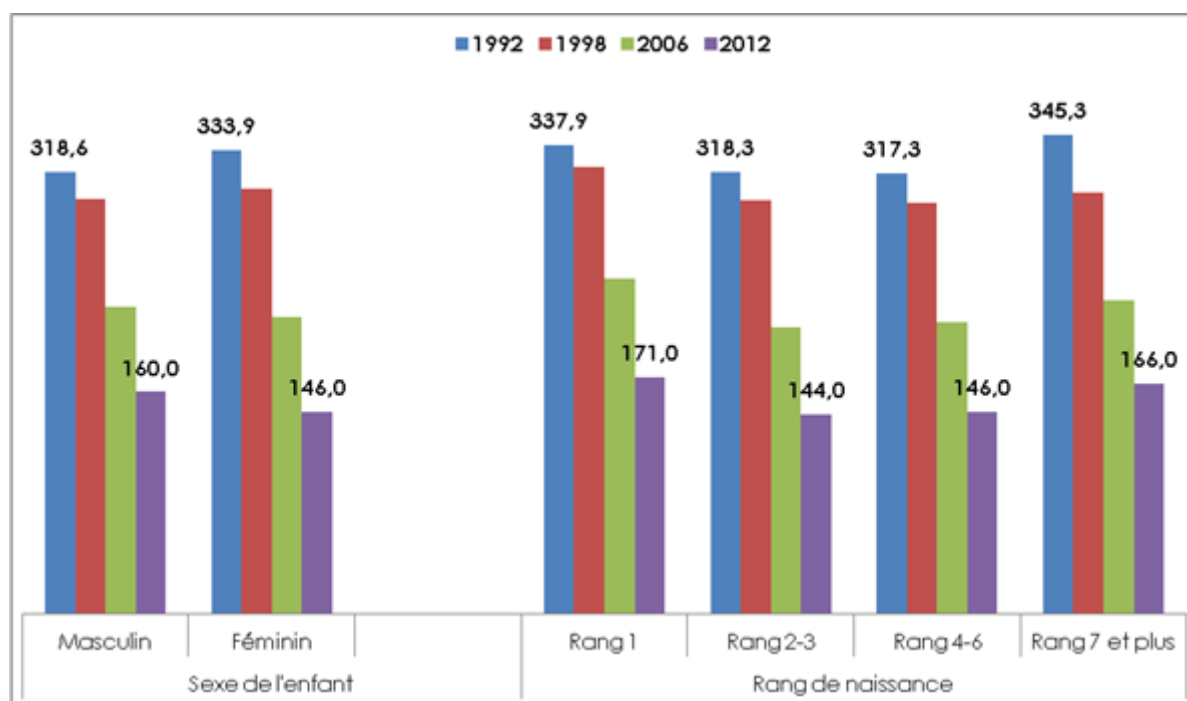
5.1.1. Mortalité différentielle

Ces résultats traitent des niveaux de la mortalité infanto-juvénile au Niger de 1992 à 2012 suivant certaines caractéristiques des enfants.

L'examen du graphique ci-dessous (graphique 2) révèle une surmortalité masculine au cours de la période 1992-2012. En effet, le taux de mortalité des garçons de moins de cinq ans était passé de 318,6‰ à 160‰ alors que chez les filles, ces grandeurs étaient de 333,9‰ et de 146‰ lors des EDSN 1992 et 2012. La réduction dans la mortalité infanto-juvénile au cours de ces deux décennies est relativement plus importante pour les filles que pour les garçons.

Suivant le rang des naissances, les premiers (1^{ers}) enfants et ceux de septième (7^{eme}) rang ou plus, sont les plus exposés au risque de décéder avant l'âge de 5 ans. Ainsi, en 1992, sur 1000 enfants nés vivants de premier (1^{er}) rang, environ 338 décèdent avant de fêter leur cinquième (5^{eme}) anniversaire, contre 171 en 2012.

Graphique 2 : Quotient (en ‰) de mortalité infanto-juvénile par sexe et par rang de naissance de 1992 à 2012



Source : EDSN (1992, 1998, 2006, 2012), calcul des auteurs

En outre, comme le met en exergue **le tableau 3**, le niveau de la mortalité infanto-juvénile au Niger a baissé régulièrement au cours des vingt (20) dernières années et

ce, quelle que soit la caractéristique considérée. Ainsi, la mortalité varie de manière importante selon le niveau d'instruction de la mère dans le temps. Quand la mère n'a aucune instruction, le taux de mortalité infanto-juvénile est estimé à 158 ‰ alors que ce taux est de 121‰ et 91‰ quand le niveau d'instruction de la mère est respectivement primaire et au moins secondaire.

Par ailleurs, la relation entre la baisse de la mortalité des enfants et le niveau de vie du ménage ne semble pas être régulière.

Tableau 3 : Quotient (en ‰) de mortalité infanto-juvénile par l'âge de la mère à la maternité et niveau d'instruction de la mère et par niveau de vie du ménage de 1992 à 2012

	1992	1998	2006	2012
Niveau d'instruction de la mère				
Aucun	334,0	314,0	222,0	158,0
Primaire	207,9 (*)	225,0	209,0	121,0
Secondaire ou +	207,9 (*)	129,6	92,0	91,0
Âge de la mère à la naissance de l'enfant				
Moins de 20 ans	343,9	349,6	268,0	177,0
20-29 ans	318,3	229,3	207,0	144,0
30-39 ans	323,4	274,2	147,0	152,0
40-49 ans	-	252,7	116,0	159,0
Niveau de vie				
Très pauvre			206,0	144,0
Pauvre			232,0	168,0
Moyen			240,0	168,0
Riche			245,0	164,0
Très riche			157,0	114,0
Ensemble	318,2	273,8	198,0	127,0

Note : (*) En 1992, compte tenu du faible effectif pour les mères ayant un niveau d'instruction supérieur, un regroupement a été opéré pour « primaire et plus ».

Source : EDSN (1992, 1998, 2006, 2012), calcul des auteurs

Dans l'ensemble, comme l'indique le **tableau 4** ci-dessous, on observe des inégalités importantes face à la mort selon le milieu et la région de résidence au cours de la période de 1992 à 2012. En 2012, le risque de décès infanto-juvénile en milieu rural (163‰) est quasiment le double de celui observé en milieu urbain (83‰). Aussi, les taux de mortalité infanto-juvénile les plus élevés sont enregistrés dans les régions de Dosso (190‰), Tillabéri (168 ‰) et Maradi (166 ‰) dans la même année.

Tableau 4: Quotient (en ‰) de mortalité infanto-juvénile par milieu de résidence et par région de 1992 à 2012

	1992	1998	2006	2012
Milieu de résidence				
Urbain	210,3	178,1	139,0	83,0
Rural	346,8	327,4	231,0	163,0
Région				
Agadez	335,5 (*)	302,9 (*)	111,0	51,0
Diffa	356,1 (*)	343,4 (*)	120,0	41,0
Dosso	284,6	238,2	215,0	190,0
Maradi	390,9	373,6	231,0	166,0
Tahoua	335,5 (*)	302,9 (*)	214,0	140,0
Tillabéri	283,1	246,7	193,0	168,0
Zinder	356,1 (*)	343,4 (*)	269,0	160,0
Niamey	156,6	147,3	132,0	80,0
Ensemble	318,2	273,8	198,0	127,0

Note : (*) En 1992 et 1998, les régions d'Agadez et de Tahoua d'une part, de Zinder et de Diffa d'autre part ont été regroupées.

Source : EDSN (1992, 1998, 2006, 2012), calcul des auteurs

5.1.2. Fécondité différentielle

Dans l'ensemble, comme l'indique le tableau ci-dessous (**tableau 5**), le niveau de fécondité est resté stable et élevé (entre 7,1 et 7,6 enfants en moyenne par femme). Cette stabilité de l'indice synthétique de fécondité est le résultat de plusieurs facteurs dont entre autres, la précocité de l'âge au premier (1^{er}) mariage, la faible prévalence contraceptive moderne et d'autres facteurs plus lointains qui sont d'identifiés au niveau de l'analyse multivariée.

La contraception, qui est un déterminant proche de la fécondité, est rarement utilisée pour limiter ou éviter des grossesses. En 1992, seule une femme sur 50 utilisait une méthode contraceptive moderne. Près de 20 ans après, moins de 10% des femmes ont eu recours à une méthode contraceptive moderne.

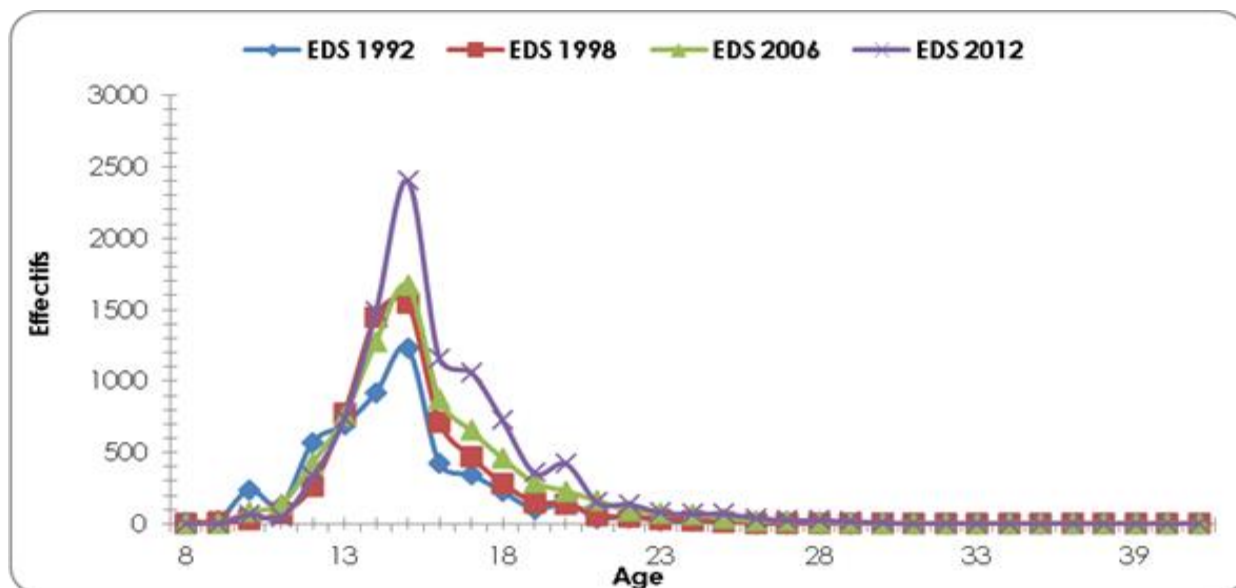
Tableau 5 : Evolution des principaux déterminants de fécondité de 1992 à 2012

EDS	ISF	Age moyen au premier mariage (AMPM)	Prévalence contraceptive moderne PCM (%)
1992	7,4	15,1	2,3
1998	7,5	15,1	4,6
2006	7,1	15,5	5,0
2012	7,6	15,7	8,3

Source : EDSN (1992, 1998, 2006, 2012), calcul des auteurs

Les mariages, comme en témoigne le **graphique 3**, sont restés toujours précoces au Niger. En effet, les femmes nigériennes contractent leur premier mariage aux alentours de 15 ans, rendant ainsi la durée d'exposition au risque de procréer plus longue. Ce qui explique le niveau encore élevé de la fécondité.

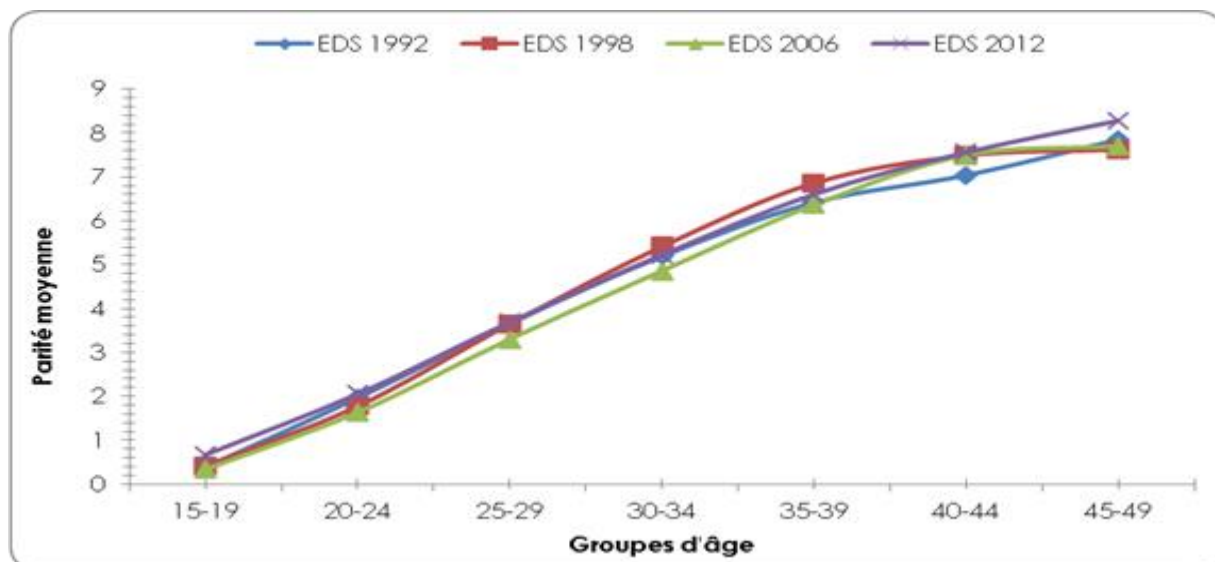
Graphique 3 : Evolution de l'âge au premier mariage selon les EDS



Source : EDSN (1992, 1998, 2006, 2012), calcul des auteurs

L'évolution de la parité moyenne traduit par le graphique 4 ci-dessous, confirme le niveau de fécondité observé plus haut. Avec près de huit (8) enfants par femme dans le dernier groupe d'âge, ce résultat montre que le niveau de fécondité ne connaîtra pas une baisse dans un futur proche.

Graphique 4 : Evolution de la parité moyenne selon les EDS



Source : EDSN (1992, 1998, 2006, 2012), calcul des auteurs

Il convient de préciser que cette stabilité de la fécondité s'est opérée de façon très différente selon le milieu de résidence comme il ressort dans le **tableau 6**. Selon les résultats des quatre EDS, le niveau de fécondité est resté plus faible en milieu urbain qu'en milieu rural et a connu une baisse de près de un point. Pendant ce temps, ce

niveau est resté élevé en milieu rural et a même connu une hausse au cours de la même période.

Parmi les déterminants proches, on relève une augmentation de l'âge au premier mariage de 2,5 ans en milieu urbain pendant qu'il se stabilise à près de 15 ans en milieu rural au cours des 20 dernières années. L'écart d'âge au premier mariage entre les femmes du milieu urbain et celles du milieu rural dépasse 2 ans en 2012.

Comme pour l'âge au premier mariage, on enregistre des disparités selon le milieu de résidence dans l'utilisation de la contraception. C'est en milieu urbain que l'utilisation de la contraception est plus répandue (23%) contre seulement 6% en milieu rural en 2012.

Tableau 6 : Evolution des principaux déterminants de fécondité, par milieu de résidence de 1992 à 2012

EDS	ISF		Age moyen au premier mariage (AMPM)		Prévalence contraceptive moderne PCM (%)	
	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural
1992	6,7	7,5	15,4	15,0	8,6	0,7
1998	5,9	7,9	15,8	15,0	18,6	2,1
2006	6,0	7,4	16,7	15,4	18,2	2,7
2012	5,6	8,1	17,9	15,6	23,0	5,8

Source : EDSN (1992, 1998, 2006, 2012), calcul des auteurs

5.2. Principaux résultats de l'analyse explicative

Cette section présente les résultats des analyses utilisant les méthodes explicatives, toutes choses étant égales par ailleurs. Autrement dit, l'effet d'une variable indépendante sur la variable expliquée est interprété tout en gardant inchangées les autres variables.

5.2.1. Les déterminants de la mortalité infanto-juvénile au Niger

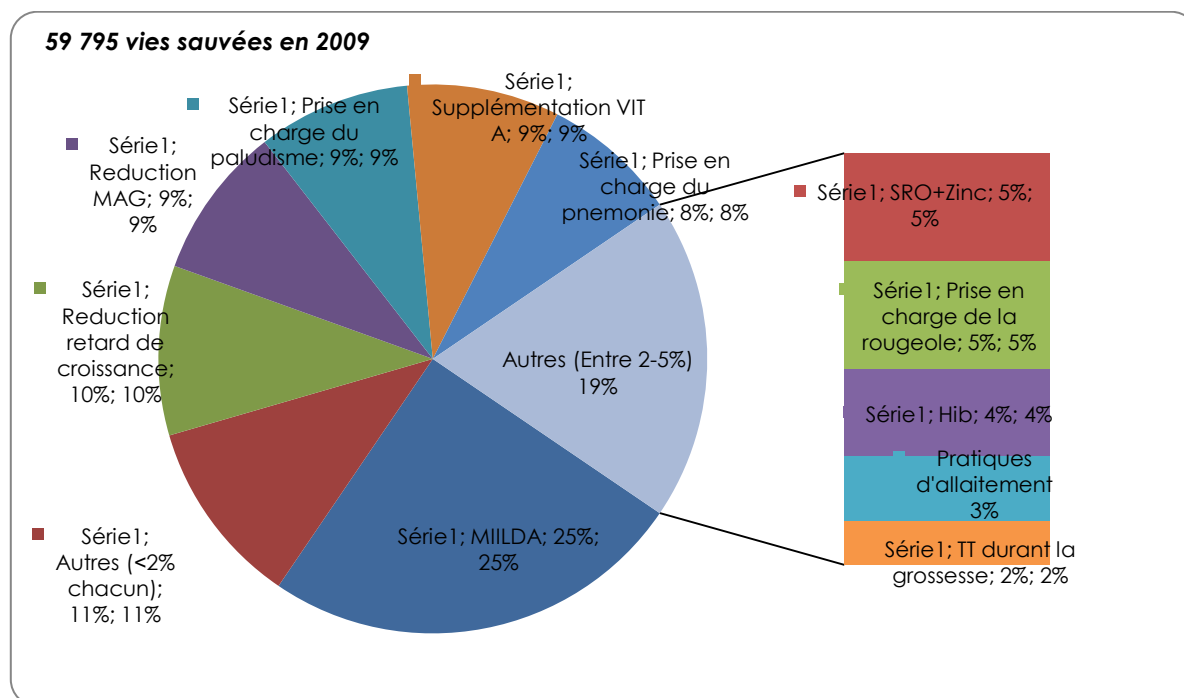
L'analyse des résultats de la présente étude met en évidence que le rang et le type de naissance ; la parité et l'instruction de la mère ; la région et le milieu de résidence sont les variables les plus déterminantes dans l'explication de la mortalité infanto-juvénile au Niger. Il faut aussi noter le rôle des programmes mis en œuvre dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant. Les hypothèses stipulées sont donc confirmées.

a. L'impact des programmes et politiques

L'évaluation rétrospective des politiques et programmes mis en œuvre par l'Etat nigérien et ses partenaires en faveur de la mère et de l'enfant entre 2000 et 2009 ont permis d'éviter presque 60 000 décès d'enfants de moins de cinq (5) ans. Le **graphique 5** illustre, que Globalement, ce sont les programmes de promotion de la moustiquaire imprégnée (25%), de la prise en charge de la malnutrition (19% : malnutrition aigüe globale et le retard de croissance) qui ont permis de sauver le plus grand nombre de vie. La prise en charge du paludisme et la supplémentation en vitamine A ont contribué chacune à sauver 9% des vies.

Les efforts de l'Etat nigérien et de ses partenaires se sont donc traduits par la mise en œuvre d'un paquet d'interventions au profit de la mère et de l'enfant. C'est ainsi qu'en 2001, les interventions à haut impact sur la santé des enfants ont été mises en place à travers la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). A la suite de la déclaration de la Politique Nationale de la Santé en 2002, des actions sur la santé de la reproduction notamment dans ses volets santé de la femme et de l'enfant (nutrition, planification familiale, lutte contre le sida/IST, etc.) ont été lancées. Aussi dans la période allant de 2000 à 2010, l'Etat s'est engagé à améliorer l'accessibilité géographique des formations sanitaires en augmentant progressivement le nombre de cases de santé et de centres de santé intégrés.

Graphique 5 : Pourcentage de vies sauvées au Niger en 2009 par intervention ou cause



Source: "Reduction in child mortality in Niger: a Countdown to 2015 country case study", 2012, pp.5.

b. Influence des caractéristiques associées à la demande

Les résultats du **tableau 7** ci-dessous montrent qu'entre 1992 et 2006, le sexe de l'enfant ne constituait pas un facteur de différenciation de la mortalité infanto-juvénile au Niger. Autrement dit, les données existantes révèlent qu'il n'existe aucune différence significative entre les enfants de moins de cinq (5) ans, quel que soit le sexe considéré durant la période 1992-2006. Cependant, on note une légère surmortalité masculine en 2012. En effet, les enfants de sexe féminin ont 16,8% de risque de moins de décéder que ceux de sexe masculin. L'avantage des filles sur les garçons proviendrait de leur héritage génétique (Soliani et Lucchetti, 2002), ce qui les rend plus résistantes aux maladies que les garçons.

Le rang et le type de naissance sont restés déterminants dans l'explication de la mortalité infanto-juvénile au Niger au cours de ces vingt (20) dernières années. Ainsi, en 1992, l'enfant de rang 7 ou plus a 37,3% de risque en moins de décéder avant d'avoir cinq ans que le premier enfant ; cette différence est évaluée à presque 79%.

En somme, le premier enfant présente beaucoup plus de risque de décès que les autres enfants. Cela est dû au fait que le premier (1^{er}) enfant est associé généralement à une mère très jeune ou en manque d'expérience dans la prise en charge de l'enfant.

Le type de naissance apparaît comme la caractéristique de l'enfant qui entraîne une plus grande inégalité devant la mort. Ainsi en 1992, un enfant issu d'une naissance multiple (jumeaux, triplés, ...) avait presque 3,4 fois plus de risque de décéder avant de fêter son cinquième anniversaire que celui issu d'une naissance simple. En 2012, ce risque est 1,7 fois plus important pour les naissances multiples relativement aux naissances simples. Ce qui traduit une réduction des inégalités de mortalité entre les naissances simples et multiples sur toute la période.

Par ailleurs, le risque de mortalité infanto-juvénile augmente avec la parité atteinte et ce, quelle que soit l'année considérée. Autrement dit, les femmes à fécondité élevée sont aussi celles qui enregistrent des décès importants d'enfants de moins de cinq (5) ans. Ainsi en 1992, un enfant né d'une femme n'ayant qu'un ou deux enfants a 55,7% moins de risque de décéder avant d'avoir cinq (5) ans relativement à un enfant dont la mère a sept (7) enfants ou plus. Les données de l'EDSN 2012 montrent que cette différence est d'environ 89%. Cela pourrait traduire une fécondité de remplacement. En effet compte tenu du niveau élevé de la mortalité, les femmes procréent beaucoup plus pour espérer qu'un nombre important d'enfants survivent.

Contrairement à ce qui ressort de la littérature, le niveau d'instruction de la mère semble avoir une influence mitigée sur la mortalité infanto-juvénile au cours du temps. En effet, alors que l'on n'observe de différence significative de mortalité infanto-juvénile que lorsque les mères d'enfants ont au moins un niveau secondaire (années 1992 et 2006), en 2012, aucune différence n'est constatée entre mères quel que soit leur niveau d'instruction. Toutefois, les enfants dont les mères sont d'un niveau secondaire et plus ont environ 42% moins de risque de décéder avant l'âge de cinq (5) ans que ceux dont les mères n'ont aucun niveau d'instruction en 1992. C'est presque autant en 2006. Bien qu'une mère instruite soit mieux placée pour identifier les signes de danger chez son enfant, les recherches montrent que dans le cadre de la nutrition, les femmes instruites sont celles qui pratiquent le moins l'allaitement maternel. Ceci pourrait augmenter le risque de malnutrition et d'exposition au décès.

L'environnement familial peut avoir une influence sur la santé et la mortalité des différentes composantes. Les résultats de cette étude montrent que l'impact des caractéristiques du ménage sur la mortalité infanto-juvénile est partiel dans le temps. En effet, il n'existe pas de différence significative de mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans selon le sexe du chef de ménage de 1998 à 2012 alors qu'en 1992, lorsqu'un ménage était dirigé par une femme, le risque de décès est réduit de presque 24% par rapport au ménage dont le chef est un homme.

L'eau et le type de toilette possédés par le ménage ne jouent pas un rôle important dans l'explication de la mortalité infanto-juvénile qu'entre 1992 et 1998.

En ce qui concerne le contexte, il existe des disparités importantes de mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans dans l'espace. Ainsi, à l'exception des situations de Zinder en 2006 et 2012 et de Dosso en 2012, la région de Maradi (prise comme référence) apparaît comme la région où le niveau de mortalité infanto-juvénile est le plus élevé. Autrement dit, les enfants de la région de Maradi ont un risque plus élevé de décéder avant de fêter leur cinquième anniversaire que ceux des autres régions. Il faut aussi noter que le risque de décès infanto-juvénile varie selon le milieu de résidence dans lequel vivent les enfants de moins de cinq (5) ans. En effet, un enfant vivant en milieu rural a 77,6% plus de risque de décéder que celui résidant en milieu urbain en 1998. Ce surplus de risque s'est progressivement réduit pour atteindre 23% en 2012. Les différences entre régions et milieux de résidence pourraient être expliquées par des inégalités dans la répartition des ressources humaines et matérielles sur la santé en quantité et qualité suffisante.

Tableau 7: Risques relatifs de décès infanto-juvénile au Niger de 1992 à 2012

	EDSN 1992	EDSN 1998	EDSN 2006	EDSN 2012
Nombres d'observations	(6 482)	(7 322)	(9 246)	(11 160)
Caractéristiques de l'enfant				
Sexe				
Masculin	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Féminin	0,969 (ns)	1,006 (ns)	0,955 (ns)	0,836 (*)
Rang de naissance				
Rang 1	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Rang 2	0,799 (**)	0,806 (**)	0,617 (*)	0,555 (*)
Rang 3	0,674 (*)	0,761 (*)	0,485 (*)	0,401 (*)
Rang 4	0,611 (*)	0,491 (*)	0,409 (*)	0,303 (*)
Rang 5	0,601 (*)	0,604 (*)	0,281 (*)	0,243 (*)
Rang 6	0,463 (*)	0,495 (*)	0,298 (*)	0,227 (*)
Rang 7 et plus	0,627 (*)	0,522 (*)	0,290 (*)	0,211 (*)
Type de naissance				
Simple	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Multiple	4,367 (*)	3,445 (*)	2,759 (*)	2,718 (*)
Caractéristiques de la mère				
Parité				
1-2 enfants	0,443 (*)	0,287 (*)	0,227 (*)	0,111 (*)
3-4 enfants	0,563 (*)	0,408 (*)	0,320 (*)	0,234 (*)
5-6 enfants	0,811 (**)	0,648 (*)	0,559 (*)	0,466 (*)
7 enfants et plus	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Age la maternité				
12-14 ans	1,376 (ns)	1,032 (ns)	1,892 (**)	1,522 (***)
15-19 ans	1,046 (ns)	1,329 (*)	1,164 (ns)	1,003 (ns)
20-24 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
25-29 ans	0,985 (ns)	0,970 (ns)	0,952 (ns)	0,793 (**)
30-34 ans	0,926 (ns)	0,870 (ns)	0,913 (ns)	0,831 (ns)
35-39 ans	0,930 (ns)	0,751 (**)	0,775 (ns)	0,993 (ns)

	EDSN 1992	EDSN 1998	EDSN 2006	EDSN 2012
40-49 ans	0,975 (ns)	0,658 (**)	0,883 (ns)	1,134 (ns)
Niveau d'instruction				
Aucun	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Primaire	0,821 (ns)	0,779 (**)	1,116 (ns)	0,870 (ns)
Secondaire et plus	0,582 (***)	0,747 (ns)	0,564 (**)	0,920 (ns)
Caractéristiques du ménage				
Niveau de vie				
Très pauvre	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Pauvre			1,245 (**)	1,059 (ns)
Moyen			1,233 (**)	1,094 (ns)
Riche			1,318 (**)	1,171 (ns)
Très riche			0,889 (ns)	0,977 (ns)
Sexe du CM				
Masculin	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Féminin	0,763 (***)	0,863 (ns)	0,922 (ns)	1,112 (ns)
Source d'eau				
Robinet	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Puits protégé	1,120 (ns)	0,804 (***)	0,924 (ns)	0,897 (ns)
Puits non protégé	0,986 (ns)	0,877 (ns)	0,909 (ns)	0,964 (ns)
Eau de surface/pluie	1,371 (**)	0,898 (ns)	1,036 (ns)	0,766 (ns)
Type de toilette				
Latrine avec chasse	0,346 (*)	0,358 (***)	0,667 (ns)	0,909 (ns)
Latrine améliorée	0,759 (**)	0,682 (*)	1,035 (ns)	0,932 (ns)
Latrine traditionnelle	0,864 (ns)	0,986 (ns)	1,037 (ns)	1,042 (ns)
Pas de latrine	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Région				
Agadez	0,396 (*)	0,802 (***)	0,543 (**)	0,307 (*)
Diffa	0,332 (*)	0,839 (***)	0,507 (*)	0,227 (*)
Dosso	0,535 (*)	0,576 (*)	0,972 (ns)	1,238 (**)
Maradi	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Tahoua	0,718 (*)		0,939 (ns)	0,887 (ns)
Tillabéri	0,518 (*)	0,576 (*)	0,784 (***)	1,148 (ns)
Zinder	0,888 (ns)		1,297 (**)	1,234 (**)
Niamey	0,479 (*)	0,678 (**)	0,910 (ns)	0,777 (ns)
Milieu de résidence				
Urbain	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Rural	1,603 (*)	1,776 (*)	1,250 (ns)	1,230 (***)

Note : (***) significatif au seul de 10 % ; (**) significatif au seul de 5 % ; (*) significatif au seul de 1 % et (ns) non significatif. *Réf* : Modalité de référence

Source : EDSN (1992, 1998, 2006, 2012), calcul des auteurs

5.2.2. Les déterminants de la fécondité au Niger

Les résultats de la régression logistique, résumés dans le **tableau 8**, font ressortir six déterminants clés qui prédisposent la femme à avoir 5 enfants ou plus : **le sexe du chef de ménage, le type d'union, l'activité économique de la femme, l'utilisation**

d'une méthode contraceptive moderne, l'âge au premier mariage et le niveau d'instruction de la femme confirmant ainsi les hypothèses formulées en ce sens.

Selon les résultats obtenus à partir des quatre (4) EDS, le fait que le chef de ménage soit une femme a une influence négative sur le nombre de ses enfants. Comparé aux ménages dirigés par un homme, quand c'est la femme qui est chef de ménage, elle a jusqu'à 50% moins de risque d'avoir 5 enfants ou plus durant sa vie féconde. La plupart de ces femmes chefs de ménage étant soit veuves, soit divorcées, la charge que les enfants peuvent représenter pour elles peut être une solution économique qui les amène à ne pas faire beaucoup d'enfants. A cela, il faut ajouter dans le contexte nigérien, la difficulté que ces femmes ont de se remarier.

Aussi, comparées aux femmes mariées aux hommes monogames, celles mariées aux hommes polygames font plus d'enfants. Une femme mariée à un homme polygame a presque deux (2) fois plus de risque de faire 5 enfants ou plus. Dans la perspective du partage de l'héritage en cas du décès du conjoint, chacune des coépouse aura tendance à vouloir faire plus d'enfants dans l'espoir d'avoir plus de biens à hériter.

L'activité économique de la femme a une influence significative sur le nombre de ses enfants. Ainsi, comparées aux femmes sans emploi, les femmes commerçantes ou agricultrices ont deux (2) fois plus de risque d'avoir une descendance nombreuse.

Le recours aux méthodes contraceptives modernes a une influence négative sur la descendance de la femme. Ainsi, les femmes qui ne pratiquent aucune méthode contraceptive moderne ont plus de risque d'avoir plus d'enfants que celles qui en utilisent.

L'âge au premier mariage est reconnu comme un déterminant proche de la fécondité. Les résultats de l'étude ont montré que l'âge au premier mariage est une variable clé qui détermine la descendance de la femme. En effet, comparée aux femmes qui se sont mariées avant 14 ans, celles qui se marient entre 15 et 19 ans ont 20 à 50% moins de risque d'avoir une descendance nombreuse. Mieux, quand la femme se marie après 20 ans, elle a jusqu'à 50% à 80% moins de risque, d'avoir une descendance nombreuse.

Les résultats confirment l'hypothèse selon laquelle la scolarisation de la femme a un effet négatif sur le nombre de ses enfants. Ainsi, ces résultats montrent que quand la femme a atteint le niveau primaire, elle a 50% moins de risque d'avoir plus de cinq enfants. Mieux, quand la femme atteint le niveau secondaire ou plus, elle a jusqu'à 80% moins de risque d'avoir une fécondité élevée.

Tableau 8 : Risques relatifs de faire cinq (5) enfants ou plus au moment des EDS

	EDSN 1992	EDSN 1998	EDSN 2006	EDSN 2012
Nombres d'observations	(5200)	(6085)	(7360)	(11 160)
Région de résidence				
Agadez	0,80 (ns)		1,21 (*)	0,77 (ns)
Diffa	0,44 (***)		0,82 (*)	0,37 (***)
Dosso	0,98 (ns)	1,05 (ns)	0,89 (ns)	1,11 (ns)
Maradi	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Tahoua	0,93 (ns)	1,08 (ns)	0,85 (*)	1,10 (ns)
Tillabéri	0,98 (ns)	1,10 (ns)	1,07 (ns)	1,65 (**)
Zinder	0,77 (**)	0,83 (**)	1,19 (ns)	1,04 (ns)
Niamey	0,98 (ns)	1,47 (ns)	1,01 (ns)	1,03 (ns)
Milieu de résidence				
Urbain	0,97 (ns)	1,11 (ns)	0,99 (ns)	0,98 (ns)
Rural	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Sexe du CM				
Masculin	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Féminin	0,67 (***)	0,74 (***)	0,84 (***)	0,51 (***)
Type d'union				
Monogame	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Polygame	1,82 (***)	1,67 (***)	1,73 (***)	1,79 (***)
Occupation				
Aucune	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Agriculture	1,11 (ns)	1,26 (***)	1,3 (***)	2,75 (***)
Commerce	2,10 (***)	2,17 (***)	2,51 (***)	2,71 (***)
Cadre	3,25 (***)	0,61 (ns)	1,54 (ns)	1,69 (ns)
Ouvrière	1,48 (***)	1,81 (***)	1,17 (*)	1,87 (*)
Autres activités	3,63 (***)	3,03 (***)	1,16 (ns)	1,54 (ns)
Utilisation de la contraception moderne				
Oui	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Non	1,82 (***)	1,34 (***)	1,24 (**)	0,81 (ns)
Discussion de la PF au sein du couple				
Jamais	Réf.	Réf.		
Parfois	0,89 (*)	1,06 (ns)		
Souvent	0,90 (*)	1,08 (ns)		
Décision de l'utilisation de la PF				
Enquêtée				Réf.
Mari				0,62 (**)
Les deux				0,85 (ns)
Autre personne				0,98 (ns)
Âge au premier mariage				
8-14 ans	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
15-19 ans	0,80 (***)	0,58 (***)	0,72 (***)	0,55 (***)
20 ans et plus	0,53 (***)	0,27 (***)	0,53 (***)	0,27 (***)
Niveau d'instruction de la femme				

	EDSN 1992	EDSN 1998	EDSN 2006	EDSN 2012
Nombres d'observations	(5200)	(6085)	(7360)	(11 160)
Aucun	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Primaire	0,43 (***)	0,52 (***)	0,63 (***)	0,64 (***)
Secondaire et plus	0,17 (***)	0,40 (***)	0,40 (***)	0,29 (***)
Constante	0,70 (***)	0,74 (***)	0,74 (***)	1,42 (ns)

Note : (***) significatif au seuil de 10 % ; (**) significatif au seuil de 5 % ; (*) significatif au seuil de 1 % et (ns) non significatif. Réf : Modalité de référence

Source : EDSN (1992, 1998, 2006, 2012), calcul des auteurs

Compte tenu de la limite des données des EDS au niveau de la mesure de certains concepts, particulièrement ceux de modèles culturels de fécondité, des données qualitatives complémentaires ont été collectées. Il s'agit précisément des focus group avec des femmes, des hommes, des agents de santé et des leaders religieux et traditionnels. Ces focus groups ont permis de mieux comprendre les fondements socioculturels relatifs à la fécondité.

Dans le contexte nigérien, les décisions sur le nombre désiré d'enfants sont généralement prises par la famille et l'homme. La forte fécondité des femmes nigériennes est par conséquent due au fait qu'elles vivent dans un contexte socioculturel où l'enfant a une valeur sociale élevée et les hommes et leurs familles les utilisent pour atteindre leurs objectifs dans ce domaine.

L'enfant est toujours perçu comme un bien économique et la thèse selon laquelle c'est Dieu qui décide la descendance est encore d'actualité. Les femmes préfèrent avoir beaucoup d'enfants en espérant que certains parmi eux auront la chance de devenir des responsables pour soutenir la famille dans les vieux jours.

Le contexte de la polygamie, qui est répandue au Niger pousse certaines femmes à user de tous les moyens pour avoir une descendance nombreuse surtout quand le mari est riche. Quand la femme n'a aucune activité économique permettant de subvenir à ses besoins, c'est l'héritage de son fils qu'elle met en avant en cas du décès du mari.

Le manque d'instruction pousse certaines femmes à croire que leur forte fécondité est simplement biologique. En effet, certaines femmes expliquent la forte fécondité des femmes nigériennes par leur physiologie biologique ou leur génétique.

Par ailleurs, les femmes nigériennes n'ont pas le pouvoir de remettre en question leurs valeurs traditionnelles dans le domaine de la fécondité et, ce, surtout qu'au sein des ménages, elles participent rarement à la prise des décisions dans les domaines de l'utilisation des revenus, de la santé, de la sexualité, etc.

La transition culturelle dans les domaines de la valeur de l'enfant et des relations entre les hommes et les femmes dans la société nigérienne seraient les principaux facteurs d'augmentation de la demande des services de planification familiale et, partant, d'une forte utilisation de la contraception moderne si les conditions économiques dans lesquelles vivent les individus le permettent.

Les méthodes contraceptives restent les moyens les plus efficaces pour réduire la mortalité maternelle et infantile et aussi pour éviter les grossesses trop rapprochées ou élevées. Ces dernières années, le Niger a connu une amélioration sensible de sa couverture sanitaire. Malgré cette amélioration, certaines personnes hésitent encore à recourir aux centres de santé. Toutefois, Cela peut s'expliquer par les pesanteurs culturelles et aux diverses convictions religieuses.

5.3 Principaux résultats de l'analyse qualitative

L'étude qualitative a permis de mieux appréhender les causes des phénomènes étudiés et de confirmer les résultats obtenus au niveau quantitatif. Elle traite des perceptions des populations des causes de la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans et du maintien de la fécondité à un niveau élevé.

5.3.1. Causes de la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans et la stabilité de la fécondité à un niveau élevé.

Cette partie concerne spécifiquement les perceptions des populations des déterminants de la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq (5).

5.3.1.1 Perceptions globales des populations des causes de la baisse de la Mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans.

Selon les différentes interviews, les éléments les plus cités, comme déterminants de la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans, classés par ordre d'importance sont : la gratuité des soins (13,2%), la sensibilisation (11,6%), l'utilisation des moustiquaires (8,0%), l'alimentation équilibrée (8,0%), l'hygiène, la fréquentation des infrastructures sanitaires (7,7%), la planification familiale (7,1%), la vaccination des enfants (6,6%) et la qualité des soins (6,2%). En effet, les réponses en faveur de ces modalités représentent 86,9% des réponses totales.

Par contre, les groupes de discussions ont faiblement évoqué le milieu de résidence des parents, le changement de comportement, la disponibilité des médicaments, le niveau d'instruction des parents ainsi que leur situation économique dans la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans.

Ainsi, contrairement à l'analyse quantitative, qui a fait ressortir le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère comme figurant parmi les facteurs les plus déterminants de la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq (05) ans, les groupes de discussions ont classé ces facteurs comme les moins influents.

Les autres facteurs tels que le rang de naissance, le type de naissance, la religion qui sont déterminants au niveau de l'analyse quantitative n'ont pas été abordés par les groupes de discussions.

Quelle que soit la catégorie de personnes interviewées, quant aux facteurs ayant conduit à la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans, la sensibilisation et la gratuité des soins sont les plus cités. Toutefois, les leaders d'opinion sont ceux qui les ont le plus évoqués (12,1%) suivi des femmes (10,5%), des hommes (10,1%) et des agents de santé (9,5%).

5.3.1.2 Perceptions globales des populations des causes de la stabilité de la fécondité à un niveau élevé

Selon les différents groupes de discussions, les déterminants du maintien de la fécondité à un niveau élevé les plus évoqués par les interviewés sont, par ordre d'importance: le non recours à la planification familiale (21,4%), l'attachement aux coutumes et aux traditions (16,0%), la valeur économique de l'enfant (16,0%), la valeur sociale de l'enfant (11,1%), la religion (10,9%) et la situation économique des parents (6,3%). Elles représentent 81,7% des réponses totales.

Néanmoins, certains pensent que la pratique de la planification familiale, même si elle reste faible a contribué au maintenu de la fécondité à son niveau actuel (7,6 enfants par enfant selon les résultats de l'EDSN MICS 2012). En effet, selon leurs perceptions, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) allait être plus élevé si la planification familiale n'était pas pratiquée. D'autres, par contre, pensent que c'est la non pratique de la planification familiale qui est à l'origine de la stabilité de la fécondité à un niveau élevé. Plusieurs raisons telles que le refus du conjoint, le refus de la conjointe, la religion, la non sensibilisation, expliquent la non pratique de la planification familiale selon les groupes de discussion.

De même, les coutumes et traditions tels que l'obtention d'une part importante d'héritage, la concurrence entre coépouses, la solitude, le changement de comportement, le fait d'aimer avoir beaucoup d'enfants et d'autres réponses non relatives à celles-ci semblent maintenir la fécondité à un niveau élevé.

Les causes les moins évoquées lors des entretiens sont le mariage précoce, le type d'union, le milieu de résidence, le niveau d'instruction des parents et enfin la mortalité des enfants .

Par ailleurs, l'analyse quantitative et l'analyse qualitative ont confirmé le type d'union, la planification familiale, le mariage précoce, la situation économique ainsi que le niveau d'instruction des parents comme facteurs de la stabilité de la fécondité à un niveau élevé.

Il existe des disparités de perceptions entre les différentes catégories de personnes interviewées sur les raisons du maintien de la fécondité à un niveau élevé. On note chez les leaders d'opinion que l'élargissement de la Ouma islamique (22,9%), la valeur sociale (17,1%) et la valeur économique (11,4%) sont les plus évoqués tandis que les femmes avancent plus la valeur économique (15,6%) que la non pratique de la PF (10,1%) ou la valeur sociale de l'enfant (9,9%). En revanche, les agents de santé mettent en avant la religion (14,3%), puis la polygamie et la non pratique de la PF (10,7%). Quant aux hommes, les principales raisons d'une fécondité élevée sont par ordre d'importance la valeur économique de l'enfant (16,9%), sa valeur sociale et l'élargissement de la Ouma islamique (12%).

5.3.1.3 Les causes de la baisse de la Mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans

Cette partie procède à l'analyse des causes les plus importantes évoquées par les populations dans la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans.

a. La gratuité des soins

La politique de la gratuité des soins de santé est une politique mise en œuvre par l'Etat du Niger à partir de 2006, en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les femmes (soins obstétricaux) et les enfants de moins de cinq (5) ans. Ainsi, 13,2% des populations interrogées évoquent cette politique comme cause de la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq (05) ans à l'échelle nationale.

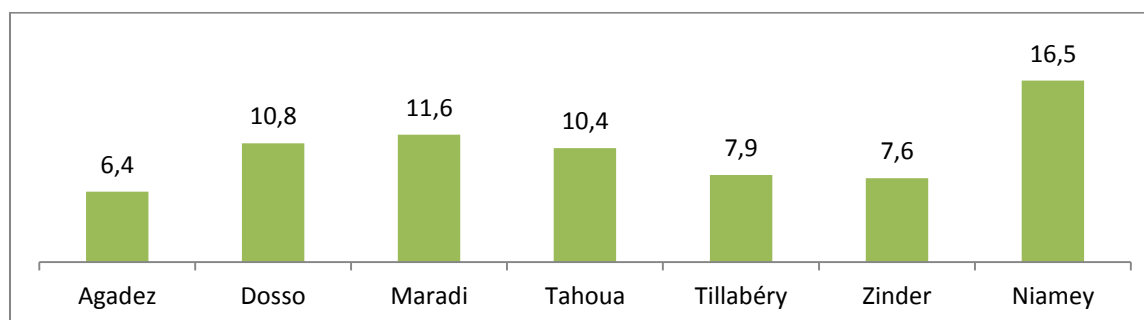
Il existe cependant des disparités de perceptions entre les régions d'une part, et d'autre part entre les catégories de personnes enquêtées, quant à l'importance de la contribution de la gratuité des soins dans la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans. Toutefois, quelle que soit la région de résidence, les populations l'ont plus ou moins citée. Ainsi, on note que c'est dans les régions de Niamey, Maradi et Dosso que les populations ont le plus exprimé l'importance de la politique de la gratuité des soins dans la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq (05) ans, soit respectivement 16,5%, 11,6% et 10,8% des cas.

Il est aussi à relever que la littérature évoque, très souvent le coût des soins comme principale limite aux recours des populations démunies aux services des soins de santé. Il ressort de ce fait que, dans le contexte du Niger, où la grande partie de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, qu'un accès gratuit aux soins de santé peut améliorer le recours aux soins et par voie de conséquence réduire le niveau mortalité des populations.

Encadré

« Ce qui a contribué à la baisse de la mortalité des enfants, c'est l'effort des organisations intervenant dans le domaine de la santé des enfants et la politique de gratuité de soins de l'Etat des enfants de moins de cinq (5) ans. Les enfants sont traités gratuitement. Avant les enfants décédaient beaucoup parce qu'il n'y avait pas d'argent pour payer les médicaments, maintenant l'Etat a pris en charge cela... » **Un homme de 36 ans de la commune d'Aderbissinat, Région d'Agadez.**

Graphique 6 : Proportion des réponses en faveur de la gratuité des soins par région (%)



Source : calcul des auteurs à partir des réponses des groupes de discussions

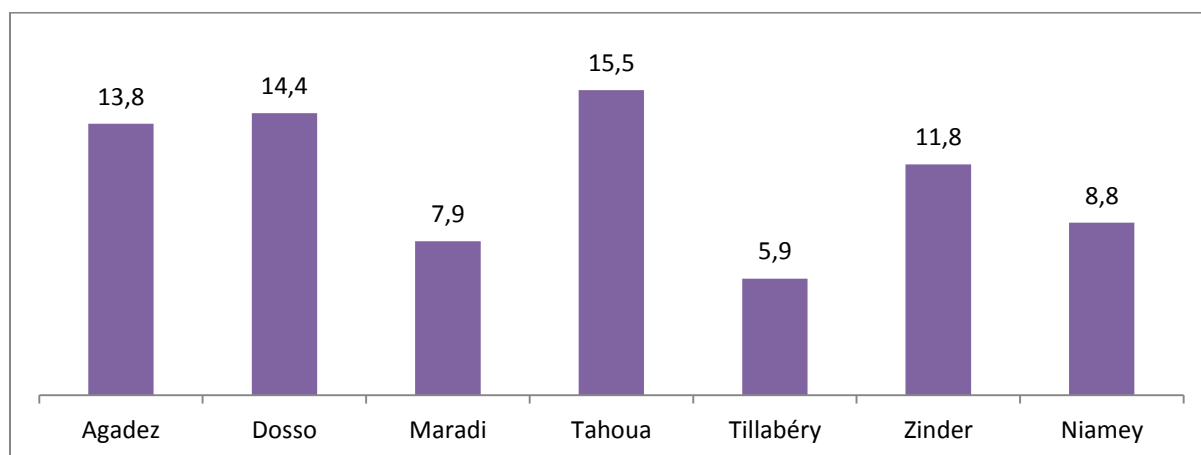
b. La Sensibilisation

Selon les groupes de discussions, la sensibilisation de la population est également l'un des facteurs qui agissent sur la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans. Ce sont au total cent soixante-treize (173) réponses relatives à la sensibilisation qui ont été obtenues soit 11,6% de l'ensemble des réponses. Indépendamment des régions et des types de groupes de discussions, ce facteur est l'un des plus évoqués par les groupes de discussions. Au niveau régional, les régions de Tahoua, Dosso et Agadez présentent les proportions les plus importantes des réponses avec respectivement 15,5%, 14,4% et 13,8%.

Encadré

«...La mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans a baissé grâce à la sensibilisation des populations par les agents de santé. Il y a le recul du paludisme grâce à l'utilisation des moustiquaires... » : un homme âgé de 43 ans interviewé à Sakolé, Région de Tahoua.

Graphique 7 : Proportion des réponses en faveur de Sensibilisation par région (%)



Source : calcul des auteurs à partir des réponses des groupes de discussions

c. Disponibilité et accessibilité aux infrastructures sanitaires

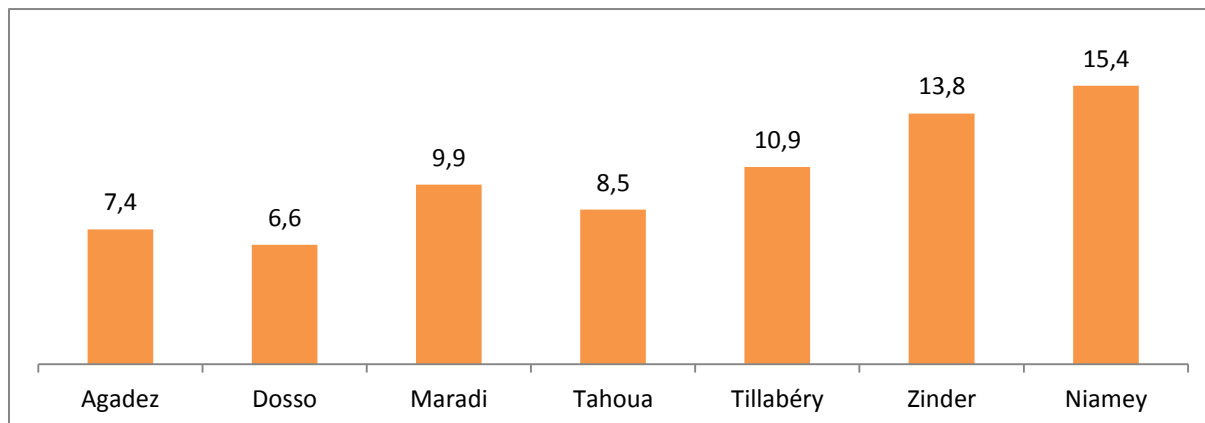
La disponibilité et l'accessibilité des infrastructures sanitaires ont été citées 157 fois. Ceci représente 10,5% de toutes les réponses obtenues. Dans la hiérarchisation des réponses qui expliquent la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans, cette réponse arrive en troisième (3^{ème}) position après la gratuité des soins et la sensibilisation de la population. C'est dans les régions de Niamey, Zinder et Tillabéri que cette réponse a été plus enregistrée avec respectivement 15,4%, 13,8% et 10,9%.

Encadré

« ...Bien sûr que oui, l'accroissement des infrastructures sanitaires est un bienfait pour nous en ce sens que, nous voyons ce qui s'est passé quelques années passées où il n'y avait pas suffisamment de formations sanitaires. Lorsqu'on transportait quelqu'un de Dogon Rafi ou de Lili localité située à environ 20 km par charrettes ; le temps d'arriver ici le plus souvent le malade souffre beaucoup ou des fois décède. C'est

vraiment un problème. Mais aujourd'hui du fait de l'accroissement des infrastructures dans ces localités, cela n'arrive plus. Donc ça a contribué pour quelque chose... » : **Récit d'un homme de la commune de Safo, Région de Maradi.**

Graphique 8 : Proportion des réponses en faveur disponibilité et accessibilité aux infrastructures sanitaires par région (%)



Source : calcul des auteurs à partir des réponses des groupes de discussions

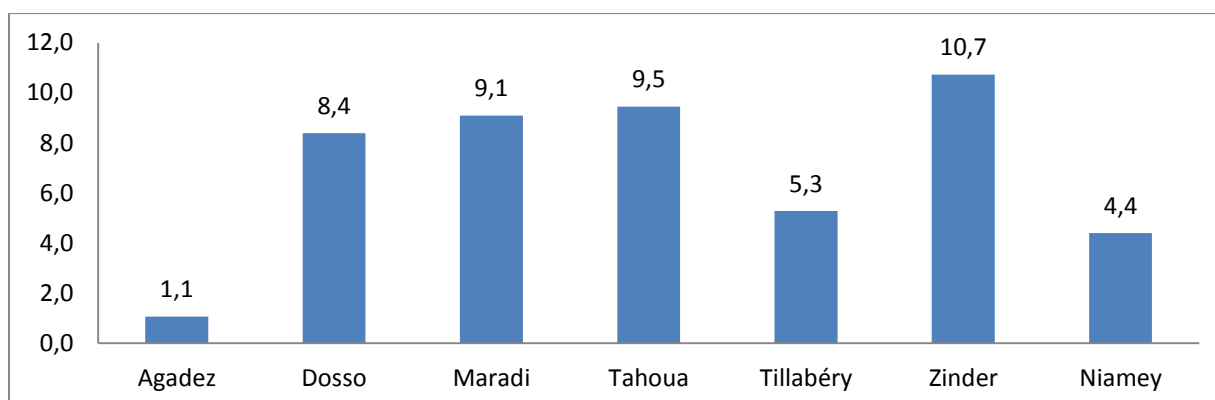
d. Utilisation des moustiquaires

Sur l'ensemble des mille quatre cent quatre-vingt-quinze (1495) réponses issues de l'enquête sur les déterminants de la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq (5 ans) au Niger, cent dix-neuf (119) réponses, soit 8%, sont en faveur du rôle du prépondérant de l'utilisation des moustiquaires dans la baisse de la mortalité des enfants. Les proportions les plus élevées de réponses au niveau des régions se présentent comme suit : 10,7%, 9,5%, 9,1% respectivement pour les régions de Zinder, Tahoua et Maradi.

Encadré

«...Avec la distribution des moustiquaires imprégnées, maintenant les enfants dorment tranquillement sans être piqués par des moustiques ...». **Un homme de la commune de Bambaye, Région de Tahoua.**

Graphique 9 : Utilisation des moustiquaires par région (%)



Source : calcul des auteurs à partir des réponses des groupes de discussions

e. Alimentation équilibrée

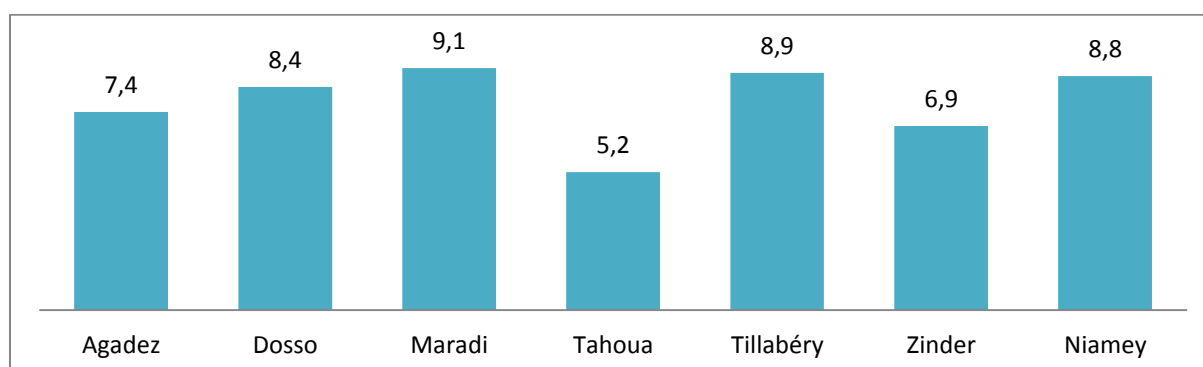
L'alimentation est l'élément fondamental du bien-être et de la santé. Au Niger, la malnutrition figure parmi les premières causes de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq (05) ans. Ainsi, eu égard à la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, 8% des répondants ont cité l'amélioration des conditions de vie notamment, l'alimentation saine et équilibrée comme cause de la réduction de la mortalité.

Si l'amélioration de la situation alimentaire a été évoquée dans toutes les régions comme facteur de la réduction de la mortalité, elle a néanmoins été plus citée dans certaines régions que dans d'autres. Ainsi, ce sont dans les régions de Maradi (9,1%), Tillabéry (8,9%) et Niamey (8,8%) qu'elle a été le plus citée comme facteur.

Encadré

«avant nous n'avions pas des aliments nutritifs de bonne qualité que nous donnions à nos enfants, mais maintenant on distribue des aliments nutritifs aux enfants malnutris comme le lait, le plumpy, Qui permettront à nos enfants de récupérer, je crois que c'est pour cela que la mortalité infantile est en baisse dans notre pays. » **Une femme de DEBI, commune d'Aguié, région de Maradi.**

Graphique 10 : Proportion des réponses en faveur de l'amélioration de la situation alimentaire par région (%)



Source : calcul des auteurs à partir des réponses des groupes de discussions

f. Hygiène et Assainissement

Les maladies infectieuses, liées à l'insalubrité et aux mauvaises conditions d'hygiène, sont citées parmi les causes de la mortalité chez les enfants de moins de cinq (05) ans dans les pays en développement.

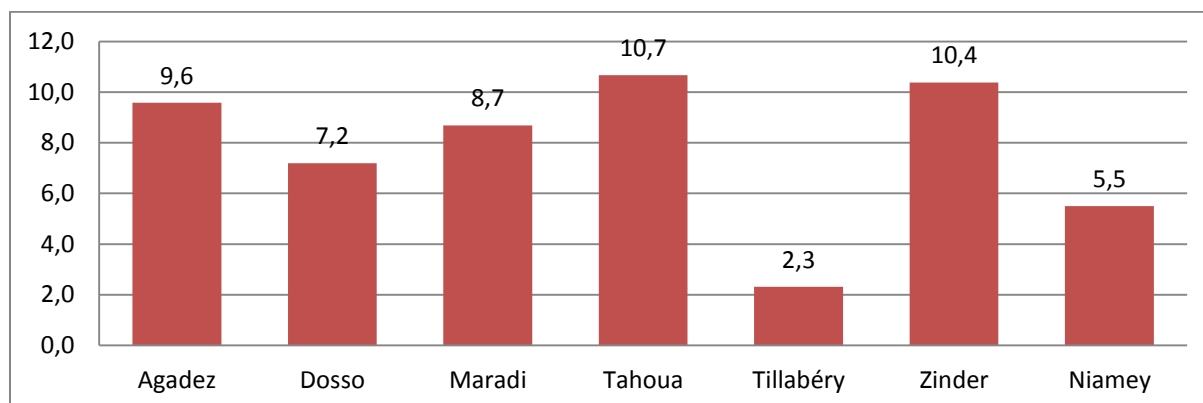
Tout comme l'amélioration de la situation alimentaire, dans 8% des cas les personnes interrogées ont cité l'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement comme facteur important ayant contribué à la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq (05) ans. Il a toutefois, été moins cité dans les régions de Tillabéry (2,3%), Niamey (5,5%) et Dosso (7,2%) par rapport aux autres régions.

Encadré

« ...La grande difficulté c'est l'hygiène. Quand ils viennent au centre de santé, on les approche et les sensibilise sur l'hygiène vestimentaire et alimentaire car ce sont des nomades ; ils utilisent les eaux des marres en même temps que leur troupeau... » :

Récit d'un agent de santé, CSI Aderbissanat

Graphique 11 : Proportion des réponses en faveur de l'Hygiène et Assainissement par région (%)



Source : calcul des auteurs à partir des réponses des groupes de discussions

g. La fréquentation des Etablissements sanitaires

La fréquentation des établissements de santé a toujours été une préoccupation dans les pays en voie de développement. En effet, le problème de fréquentation des établissements de santé est récurrent pour des raisons comme la pauvreté, l'ignorance, surtout en Afrique où la population fait beaucoup recours à la médecine traditionnelle. Pour améliorer le niveau de la fréquentation des établissements de santé, des efforts sont consentis par le gouvernement à travers notamment la construction des centres de santé et des campagnes de sensibilisation.

Il s'est avéré, selon certains intervenants que la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq (05) est aussi associée à la fréquentation des centres de santé par la population. Elle a été soutenue par cent quinze (115) intervenants sur les 1495 au total soit 7,7 de l'ensemble des réponses fournies.

L'effet de la fréquentation des établissements sanitaires sur la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans a été évoqué aussi bien par les femmes, les hommes, les leaders d'opinion que les agents de santé.

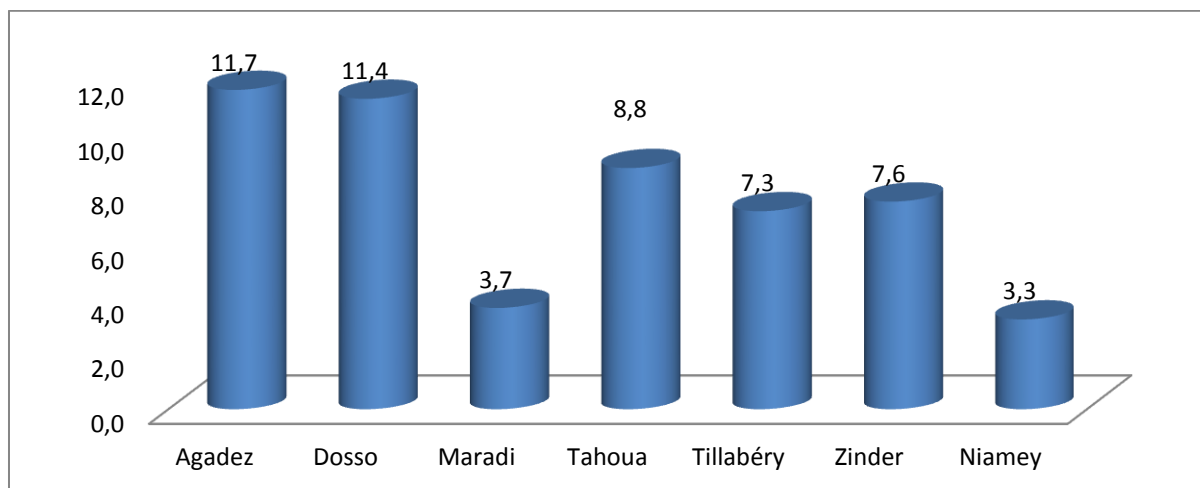
Les régions dans lesquelles elle est moins évoquée sont celle de Niamey (3,3%) et Maradi (3,7%).

Encadré

«... Il y'a aussi l'amélioration dans la fréquentation des centres de santé qui est un déterminant important. Maintenant les femmes arrivent à amener leurs enfants centre de santé. Et avant, le nombre d'agents de santé est inférieur à celui d'aujourd'hui. A chaque fois que les patients viennent ils trouvent au moins un

agent. Ils viennent de loin et trouvent des agents. Ils sont obligés de venir jusqu'ici pour ceux qui n'ont pas de centre de santé à leur niveau. Ils viennent à pied, en charrette, à moto, en véhicule. Ce sont des populations qui se déplacent (éleveurs la plupart). Ils vivent des hameaux environnants...» : **Récit d'un agent de santé d'AderBissinat, Région d'Agadez.**

Graphique 12 : Proportion des réponses en faveur de la fréquentation des Etablissements sanitaires par région (%)



Source : calcul des auteurs à partir des réponses des groupes de discussions

h. La planification Familiale

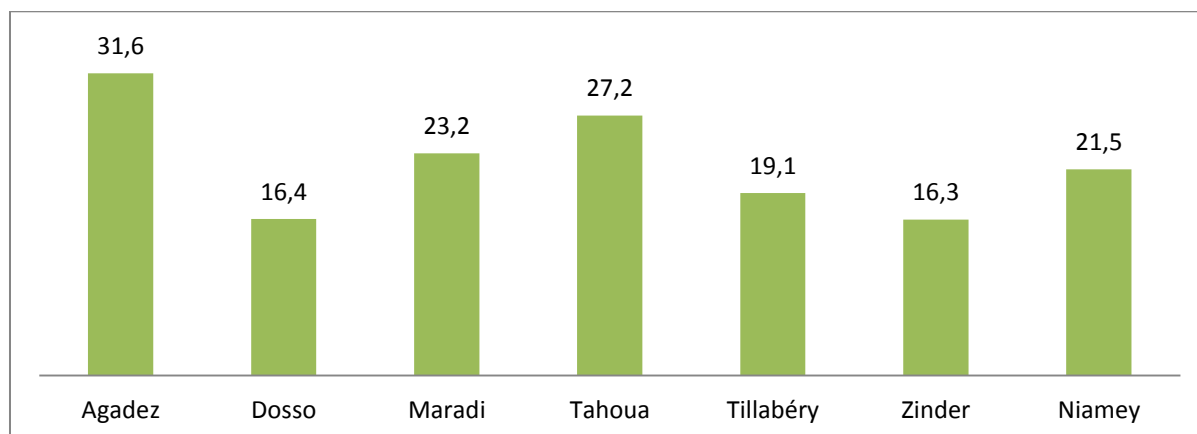
Il ressort des entretiens que la pratique de la planification familiale est un moyen non seulement d'espacer les naissances mais aussi d'assurer le bien-être des mères et des enfants. De ce fait, elle contribue à la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq (05) ans. Cette contribution a été mentionnée dans les propos de plusieurs interviewés. Elle a été évoquée par 106 répondants sur les 1495 réponses au total, soit une proportion de 7,1% des enquêtés.

Ce sont dans les régions de Maradi, Dosso, Agadez et Tillabéry que les intervenants ont le plus mentionné la planification familiale comme l'une des causes de la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans, soit environ 7%.

Encadré

« ...Avant nous ignorons beaucoup de choses car, par exemple une femme qui a un nourrisson et qui tombe enceinte le lait maternel peut tuer le nourrisson mais maintenant on nous a sensibilisé il y'a des médicaments contraceptifs qui permettent d'espacer les naissances pour éviter des problèmes à l'enfant et à la mère... » : **Récit d'une femme du village de Bengou, région de Dosso.**

Graphique 13 : Proportion des réponses en faveur de La planification Familiale par région (%)



Source : calcul des auteurs à partir des réponses des groupes de discussions

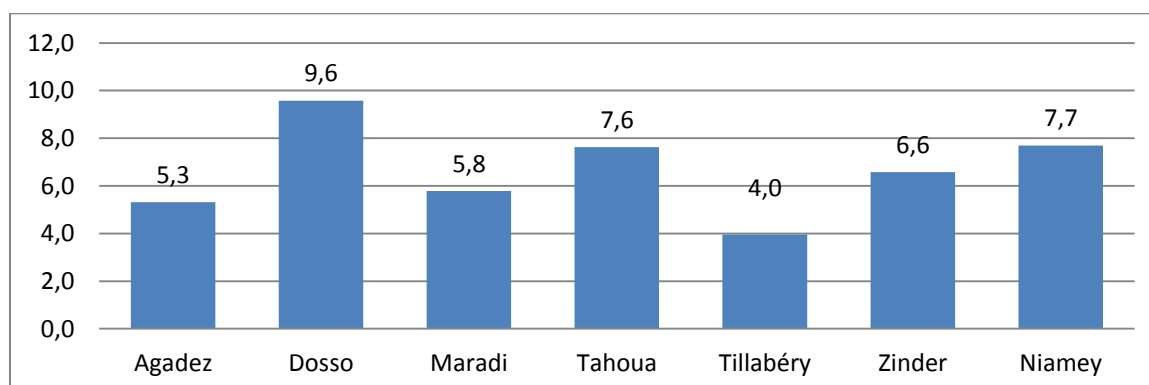
i. Vaccination

La vaccination comme déterminant de la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans a été évoquée 98 fois soit 6,6% de l'ensemble des réponses obtenues sur le terrain. Cette réponse a été la plus fournie dans les régions de Dosso, Niamey, Tahoua et Zinder, avec respectivement 9,6%, 7,7%, 7,6% et 6,6%.

Encadré

« ...Le gouvernement fait tout son possible concernant les enfants de moins de 5ans. Quand on amène les enfants, ils sont bien traités et aussi les femmes enceintes sont prises en charge jusqu'à la naissance et après la naissance on s'occupe des enfants en faisant des vaccinations jusqu'à l'âge de cinq (5) ans, ils sont pris en charge gratuitement ...» : **Récit d'une femme âgée de 42 ans du village de Daniyarey de la commune de Harikanassou.**

Graphique 14: Proportion des réponses en faveur de la Vaccination par région (%)



Source : calcul des auteurs à partir des réponses des groupes de discussions

j. La qualité des soins

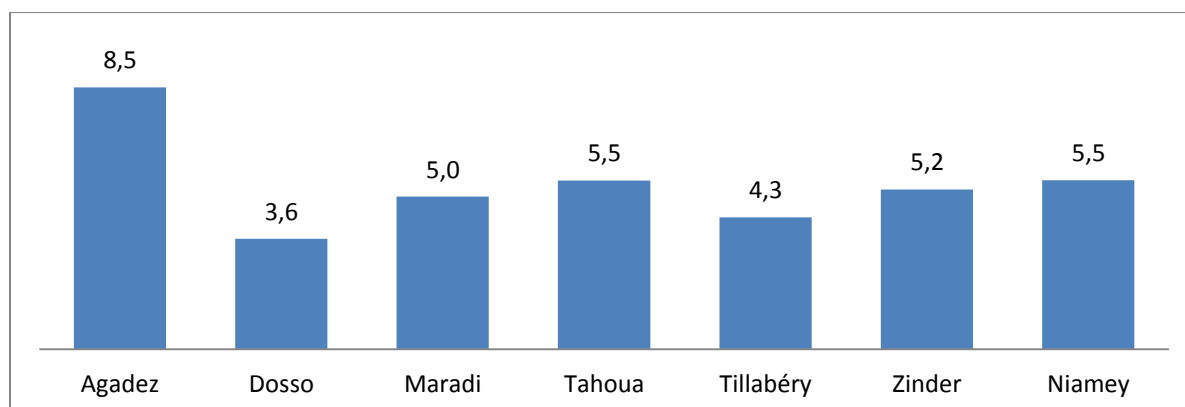
Au Niger, dans le cadre de la prestation des services de santé de la population, des efforts ont été consentis pour assurer la qualité des soins. A cet effet, elle a été soutenue comme l'une des causes de la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq (05) ans.

Parmi les 1495 intervenants, 93 affirment que la qualité des soins contribue à la base de la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans (5 ans). Par ailleurs, le nombre des répondants affirmant la contribution de la qualité des soins sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq (05) ans classent la région d'Agadez en première position (8,5%), suivie des régions de Niamey (5,5%) et Tahoua (5,5%). La contribution de la qualité des soins à la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq (5) ans a été aussi bien évoquée par les hommes, les femmes, les leaders d'opinion et les agents de santé.

Encadré

«...La baisse de la mortalité est due aux soins qu'on reçoit au centre de santé. Quand l'enfant est malade, tu peux l'amener au centre de santé on te donne les médicaments pour le traiter c'est ça la cause de la baisse de la mortalité... » **Récit d'un leader d'opinion de gawèye, 5^e arrondissement de la ville de Niamey.**

Graphique 15 : Proportion des réponses en faveur de la qualité des soins par région (%)



Source : calcul des auteurs à partir des réponses des groupes de discussion

5.3.1.4 Les causes de la stabilité de la fécondité à un niveau élevé

Cette partie procède à l'analyse des causes les plus importantes évoquées par les populations dans le maintien de la fécondité à un niveau élevé.

1. Planification familiale (PF)

Selon la perception des personnes enquêtées au cours des focus groupes, la non pratique de la planification familiale (PF) fait partie des causes majeures du niveau élevé de la fécondité au Niger. En effet, environ 18% des enquêtés pensent que le niveau élevé de la fécondité est lié à la non pratique de la planification familiale. Elle occupe la première place sur l'ensemble des avis recueillis qui expliquent le maintien et la stabilité à un niveau élevé de la fécondité au Niger. Plusieurs raisons

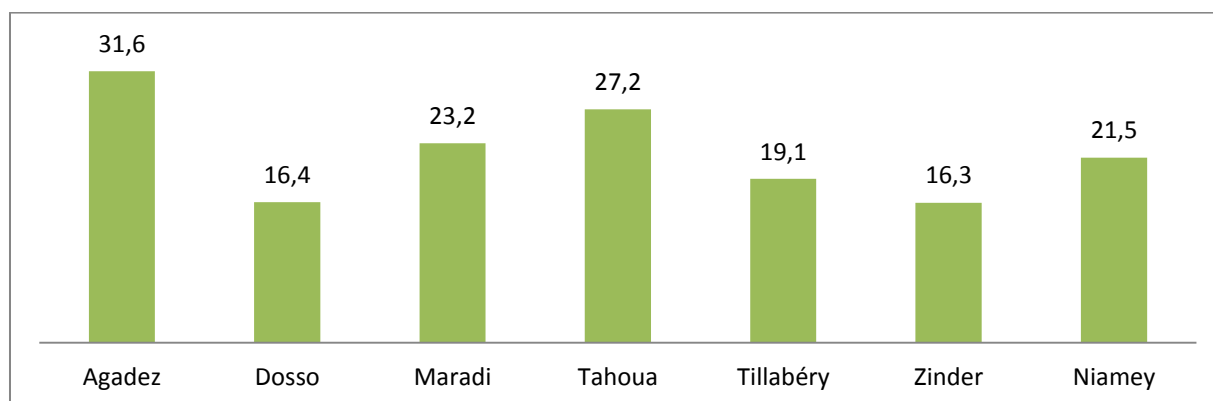
ont été avancées pour expliquer la non pratique de la PF dont entre autres le refus du conjoint (16,15%) ou la conjointe (4,97%), la religion (9,94%) et le manque de sensibilisation (22,36%). En revanche, 46,58% des enquêtés qui ont cité la non pratique de la PF comme cause du maintien de la fécondité à un niveau élevé n'ont avancé aucune raison justifiant le non recours.

Concernant les régions, on constate des disparités au sein de celles-ci : les régions d'Agadez (15,8%), Tahoua (10,6%) et Zinder (8,4%) ont enregistré les plus grandes proportions d'opinions qui évoquent la non pratique de la PF dans la stabilité de la fécondité à un niveau élevé.

Encadré

«... La religion a interdit de réduire le nombre d'enfant parce que le prophète (PSW) a dit qu'il veut que la ouma islamique soit nombreuse. Donc tout celui qui est musulman n'accepte pas de réduire le niveau de fécondité... » **Récit d'un homme de Yantala bas, commune de Niamey**

Graphique 16 : Proportion des réponses en faveur de la planification familiale par région (%)



Source : calcul des auteurs à partir des réponses des groupes de discussions

2. Enfant égal richesse ou valeur économique

Une grande partie des nigériens considère que l'enfant est une richesse et lui accorde une valeur économique essentiellement pour deux (02) raisons. D'une part, l'enfant constitue une force de travail supplémentaire pour exercer ou alléger certaines tâches harassantes surtout en milieu rural (où la population humaine est majoritaire au Niger).

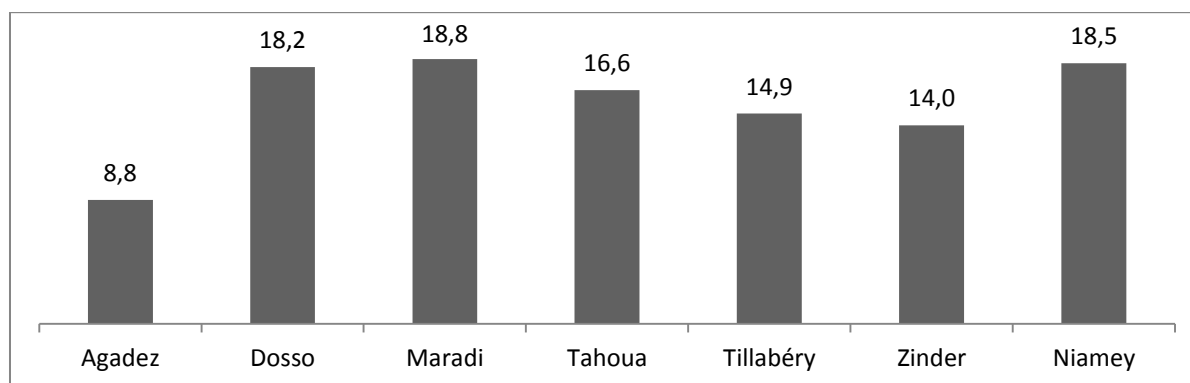
D'autre part, l'enfant constitue un espoir voire un investissement pour le futur afin d'assurer la relève des parents et plus généralement contribuer à la satisfaction des besoins de la famille.

Une bonne partie (16,02 %) des opinions exprimées considèrent que le maintien de la fécondité à un niveau élevé est dû au fait que les enfants sont gages de richesse économique pour les ménages et les individus. C'est dans les régions de Maradi (18,8%), Niamey (18,5%) et Dosso (18,2%) que cette raison a le plus été évoquée.

Encadré

« ...Et le paysan prend 4 femmes et fait jusqu'à 20 enfants c'est que ces enfants l'aide dans l'agriculture. Ce n'est pas qu'il aime les avoir mais c'est parce qu'ils sont utiles pour avoir une bonne production... » : **Récit d'une femme de la commune de Guidiguir, Région de Zinder**

Graphique 17 : Proportion des réponses en faveur de la valeur économique par région (%)



Source : calcul des auteurs à partir des réponses des groupes de discussions

3. Coutumes et traditions

Mise à part la non pratique de la contraception, un nombre important des interviewés soutiennent que la forte fécondité constatée au Niger est liée aux coutumes et traditions du pays et ce à hauteur de 16%. Car certains stipulent que, dans les foyers polygames, les coépouses se livrent à une concurrence en terme de nombre d'enfants dans les soucis de s'accaparer de la plus grande part d'héritage en cas du décès de leur mari surtout si ce dernier est riche. Ces opinions sont plus répandues dans les régions de Zinder (22%) et Dosso (18,2%).

Encadré

« ...Il y a la concurrence chez les femmes vraiment en cherchant à avoir plus d'enfants pour gagner plus dans l'héritage pas pour que les enfants les aident dans les travaux. Elles vont faire tout pour que leur coépouse ne trouve pas d'enfant. ...», **Récit d'une femme de la commune de Safo, Région de Maradi**

4. Enfant égal prestige ou valeur sociale de l'enfant

La valeur sociale de l'enfant est l'un des facteurs déterminants du maintien à un niveau élevé de la fécondité au Niger. En effet, 97 réponses favorables ont été identifiées sur les 874 réponses des causes du niveau élevé de la fécondité, soit 11,1%. Les intervenants ayant avancé cet argument pensent que l'enfant procure, avant tout, un certain prestige à ses parents et à la communauté à laquelle il appartient.

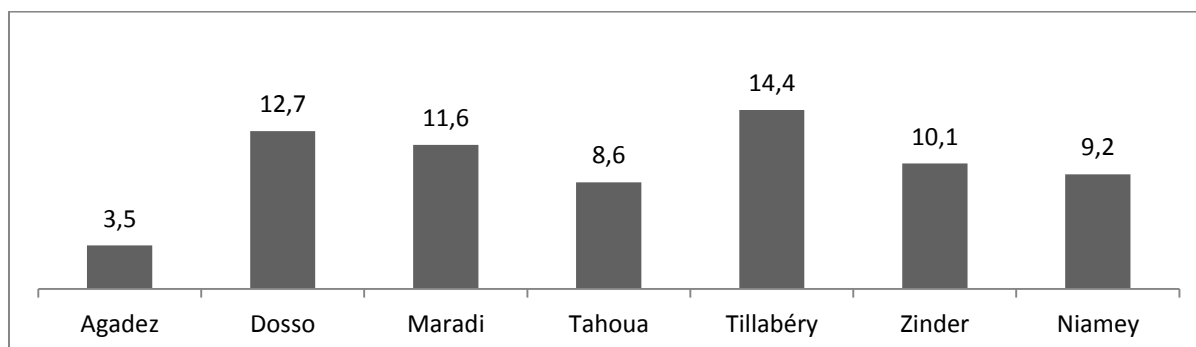
Selon les régions cette cause a été énumérée plus dans les régions de Tillabéry (14,4%), Dosso (12,7%) et Maradi (11,6%).

Encadré

« ...Aujourd'hui tout le monde veut avoir des enfants, car moi qui ai des enfants et l'autre qui n'en a pas, si j'appelle mon enfant pour l'envoyer l'autre l'appelle et qu'il ne part pas, elle ne sera pas contente... ». **Récit d'une femme dans la commune de Simiri, région de Tillabéry.**

Avoir un enfant fait ainsi la fierté des parents. C'est donc la recherche d'une certaine valeur sociale qui encourage les naissances selon certaines opinions.

Graphique 18 : Proportion des réponses en faveur de la valeur sociale de l'enfant par région (%)



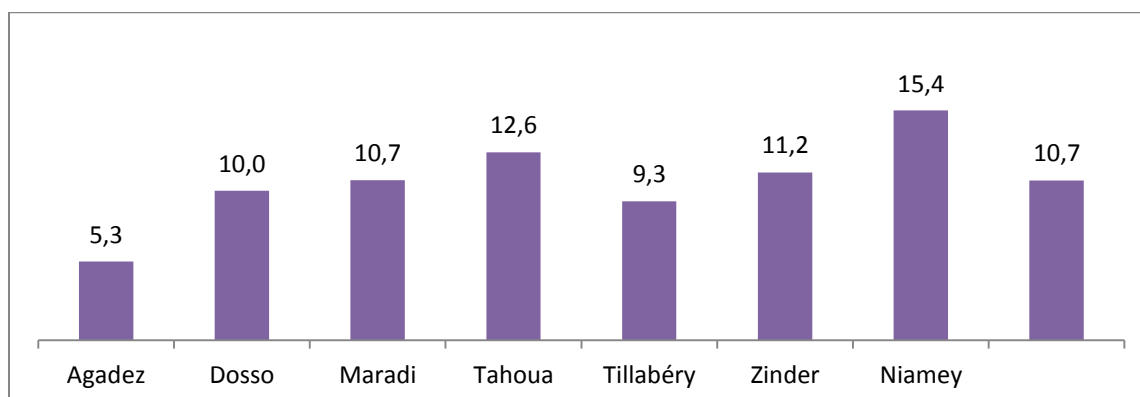
Source : calcul des auteurs à partir des réponses des groupes de discussions

5. Elargissement de la Ouma islamique, religion

La venue d'un enfant dans un ménage est vue ici comme une bénédiction divine qui ne doit en aucun cas être rejetée. De plus, il est « islamiquement » de bons augures que la communauté s'élargisse autant que possible.

L'élargissement de la Ouma islamique comme cause d'un niveau élevé de la fécondité est plus cité dans les régions de Niamey (15,4%), Tahoua (12,6%) et Zinder (11,2%).

Graphique 19 : Proportion des réponses en faveur de l'élargissement de la Ouma islamique par région (%)



Source : calcul des auteurs à partir des réponses des groupes de discussions

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'étude sur les déterminants de la baisse de la mortalité infanto-juvénile et du maintien à un niveau élevé de la fécondité a permis d'une part, de mettre en évidence le rang et le type de naissance, la parité et l'instruction de la mère ; la région et le milieu de résidence comme les variables les plus déterminantes de la mortalité infanto-juvénile. D'autre part, le sexe du chef de ménage, le type d'union, l'activité économique de la femme, l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne, l'âge au premier mariage et le niveau d'instruction de la femme, ont été identifiés comme les déterminants de la fécondité.

Cette étude a aussi permis de comprendre les perceptions des populations par rapport aux causes des tendances de ces deux (02) phénomènes. Ainsi, à l'échelle nationale, dans 86,9% des cas, les enquêtés ont cité comme causes de la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans par ordre d'importance : la gratuité des soins (13,2%), la sensibilisation (11,6%), l'utilisation des moustiquaires (10,5%), l'amélioration de l'alimentation (8,0%), l'hygiène (8,0%), la fréquentation des services de santé (7,7%), la planification familiale (7,1%), la vaccination (6,6%) et la qualité des soins (6,2%). Quant aux causes de la stabilité d'une fécondité élevée, dans 81,7% des cas, les enquêtés ont relevés la non pratique de planification familiale (21,4%), les coutumes et les traditions (16,0%), la valeur économique de l'enfant (16,0%), la valeur sociale de l'enfant (11,1%), la religion (10,9%) et la pauvreté des parents (6,3%).

Au regard des résultats obtenus, l'Etat devrait:

- compte tenu de l'importance de l'instruction sur la réduction de la mortalité infanto-juvénile et de la fécondité, continuer à promouvoir et à renforcer la scolarisation de la jeune fille et maintenir la jeune fille à l'école en rendant effective la scolarisation obligatoire jusqu'à seize (16) ans adoptée dans le programme du Président de la République. Cela pourrait, par la même occasion, permettre de relever l'âge au premier mariage ;
- continuer à sensibiliser les populations nigériennes sur les défis de l'accroissement de la population et de son rajeunissement. En effet, la forte fécondité du Niger se traduit par une population très jeune nécessitant une attention particulière en termes de santé, d'éducation et d'emploi ;
- continuer à sensibiliser la population sur les avantages de l'espacement des naissances. La planification des naissances permettra de mieux assurer les besoins spécifiques des enfants dans un couple et d'aboutir à une descendance de qualité (en bonne santé et instruite). A cet effet, des conseils pour l'utilisation de contraception moderne peuvent être prodigués aux couples. Il faudrait aussi mieux communiquer sur les enjeux de la politique de planification familiale ;
- renforcer les capacités des structures de récupération nutritionnelles des enfants malnutris en mettant plus de ressources à leur disposition ;

- améliorer la couverture des interventions à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant notamment la prise en charge du paludisme (utilisation de la moustiquaire imprégnée et traitement) ;
- renforcer le système de santé dans son ensemble, avec l'élargissement des soins de santé primaires tout en maintenant et en renforçant la politique de la gratuité des soins. Une grande variété de méthodes de planification familiale doit être rendues universellement accessible pour améliorer la santé maternelle et infantile;
- améliorer la couverture et la qualité du système éducatif en promouvant l'éducation de la jeune fille et en renforçant la capacité de rétention du système pour que les jeunes acquièrent les compétences requises afin de trouver un emploi productif ;
- développer le système des cantines scolaires en milieu rural afin de permettre à la jeune fille d'y avoir accès et renforcer l'existant ;
- investir dans la création d'emploi car le marché du travail doit également être modernisé avec une souplesse accrue en matière d'embauche, de mobilité professionnelle et d'investissements par le secteur privé dans la formation tout en mettant en place les conditions d'émergence de l'entrepreneuriat des jeunes ;
- Promulguer et veiller à l'application des lois contre les mariages précoces. Les filles qui se marient tôt ont aussi des enfants plus tôt que celles qui restent à l'école et se marient plus tard.

L'Institut National de la Statistique devrait :

- réaliser des études approfondies par la recherche des principaux déterminants de certains phénomènes majeurs tels que : la mortalité des enfants, la fécondité, les mariages précoces, les migrations etc.

Aux Partenaires Techniques et Financiers (PTF) de :

- continuer l'appui au Système Statistique National dans la recherche-action pour la réalisation d'études bien spécifiques ;
- renforcer l'appui aux populations dans le domaine de la scolarisation de la jeune fille ;
- continuer d'appuyer davantage l'alphabétisation des adultes ;
- maximiser les interventions dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Adjamagbo Agnès (2000), « Rapports de production et relation de genre dans les sociétés rurales des pays en développement », In Locoh Thérèse (dir.) Rapports de genre et questions de population dans les pays du Sud.- Paris, INED, 198 p. Coll. Dossiers et recherches de l'INED, n°85.

Akoto E.M (1989), « Déterminants socioculturels de la mortalité des enfants en Afrique Noire. Hypothèses et recherche d'explication au Cameroun, au Kenya et au Sénégal », Thèse de doctorat, Institut de Démographie, Université Catholique de Louvain.

Akoto E.M et Tabutin D (1989), « Les inégalités socioéconomiques et culturelles devant la mort » in Pison G, Van de Walle E et Sala-Diakanda « Mortalité et Société en Afrique », Paris, INED, Travaux et Documents, Cahier no 124, pp. 35-63.

Andro Armelle (2000), « La maîtrise de la reproduction, un enjeu majeur des rapports de genre » In Locoh Thérèse (dir.) Rapports de genre et questions de population dans les pays du Sud, p.95-104. - Paris, INED, 198 p. [Coll. Dossiers et recherches de l'INED, n°85].

Bongaarts John (1978), « A framework for analyzing the proximate determinants of fertility », Population and Development Review, 3: p.63-102.

Caldwell J (1979), « Education as a factor in mortality decline ». Population Studies.

Cantrelle P et Locoh T (1990), « Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest. CEPED », Paris. (Les Dossiers du CEPED no. 10).

Casterline John B. et Sinding Steve W. (2000), « Unmet need for family planning and implications for population policy ». Population and Development Review, vol. 26, n° 4, p. 691-724. Daniel Benoit, Agnès Guillaume et Pierre Levi (1984), « Liaison entre mortalité infantile et fécondité dans sept pays d'Asie ». Cah. O.R.S.T.O.M., sér. Sci. Hum., vol. XX, pp 243-256.

Ela J. Marc (1995), « Fécondité, structures sociales et fonctions dynamiques de l'imaginaire en Afrique », In Gérard H. et Piche V. (dir) : la sociologie des populations, p189-215, AUPEF-UREF, les Presses de l'Université de Montréal, 518 p.

Esso Lasme Jean Charles Emmanuel (2013), « Les déterminants de la mortalité des enfants de moins cinq ans en cote d'ivoire ». European Scientific Journal January 2013 édition vol.9, No.2 ISSN: 1857 – 7881.

Farah A et Preston S (1982), « Child mortality differentials in Sudan In Demographic transition in metropolitan Sudan ». Australian National University Press, Canberra.

Frank Odile et McNicoll Geoffrey (1987), – "An interpretation of fertility and population policy in Kenya", Population and Development Review, Vol. 13, n°2, pp. 209-244.

Fodiyé Bakary Doucouré (2008), « Méthodes économétriques+programmes ». Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

Gakidou, E. et King G (2002), « Measuring total health inequality: adding individual variation to group-level differences. ». *International Journal for Equity in Health*.

Garenne M et VIMARD P (1984), « *Un cadre pour l'analyse des facteurs de la mortalité des enfants* ». Cahier. O.R.S.T.O.M., sér. Sci. Hum., vol. XX, no 2, pp. 305-310.

Lalou, R. et Le Grand T.K (1997), « Child Mortality in the Urban and Rural Sahel. ». *Population: An English Selection* 9:147-168.

Lesthaeghe Ron, Kaufmann Georgia et Meekers Dominique (1989), « The nuptiality regimes in Sub-Saharan Africa » In : Ron LESTHAEGHE (éd.), *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa*, p. 238-337. – Berkeley/Los Angeles, University of California Press, 556 p.

Magali Barbieri (1991), « *Les déterminants de la mortalité des enfants dans le Tiers-Monde* ». Centre français sur la Population et le Développement. Les dossiers du CEPED, Paris, France.

Michel Garenne et Pierre Cantrelle (1984), *Éléments pour une analyse des facteurs de la mortalité infanto-juvénile*. Cah. O.R.S.T.O.M., sér. Sci. Hum., vol. XX, no 2, pp311-320.

Mosley W.H. et C Hen L.C (1984), « *An analytical framework for the study of child survival in developing countries* ». *Population and Development Review*, a supplement to Volume 10, pp. 25-49.

Soliani L. et Lucchetti E. (2002), « *Les facteurs génétiques de la mortalité* ». In : Graziella Caselli, Guillaume Wunsch et Jacques Vallin (dir.), *Démographie: analyse et synthèse*. III. Les déterminants de la mortalité, p. 255-305. Paris, INED, 478 p.

Pascal Rocha da Silva (2006), « *La politique de l'enfant unique en République Populaire de Chine* ». Département d'Histoire Economique et Sociale, Université de Genève.

Page H et Lesthaeghe R (1981), « *Child Spacing in Tropical Africa* », Academic Press, 332 p.

United Nations (1995), « *Women's education and fertility behavior: recent evidence from the DHS* ». - New York : United Nations, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, 113 p.

Van de Poel, E., O'Donnell O. et Van Doorslaer (2009), « *What Explains the Rural-Urban Gap* » In *Infant Mortality: Household or Community Characteristics?* ». *Demography* 46:827-850.

Westoff Charles F. et Bankole Akinrinola (1995), *Unmet need. 1990-1994*. Demographic and Health Surveys, Comparative studies, N° 16. – Calverton, MD Macro international.

ANNEXES

TableauA1 : localisation géographique des groupes de discussion

Départements	Communes	Localités
Tchirozerine	Agadez	Agadez
	Tchirozerine	Tchirozerine
Aderbissinat	Aderbissinat	Aderbissinat
Dosso	Dosso	Deytagui Niandou
	Matankari	Matankari
Loga	Sokorbe	Sokorbe
Gaya	Bengou	Bengou
Boboye	Harikanassou	Daniyarey
Madarounfa	Safo	Safo
	Djiratawa	Aderawa
Guidan Roundji	Guidan Sori	Guidan Sori
	Tibiri	Tibiri
Aguié	Tchadoua	Tchadoua
	Aguié	Village
Mayahi	Kanan Bakache	Kanam Bakache
	Mayahi	Village
Maradi	Maradi 1	Maradi 1
	Maradi 3	Maradi 3
Tahoua	Tahoua 2	Tahoua 2
	Bambaye	Yagalane
Birni N'konni	Tshernaoua	Village
	Bazaga	Fari
Illela	Illela	Illela
	Badaguichiri	Lagaraw
Bouza	Bouza	Bouza
	Tabotaki	Sakole
Keita	Keita	Keita
	Tamaske	Tamaske
Tillabéri	Tillabéri	Tillabéri
	Sakoira	Goureybio
Tera	Tera	Tera
	Diagorou	Diagorou
Gothéye	Gothéye	Gothéye
Say	Say	Say
	Ouro Gueladjo	Ouro Gueladjo
Torodi	Makalondi	Makalondi
Ouallam	Ouallam	Ouallam
	Simiri	Gatawane
Zinder	Zinder 2	Zinder 2

Mirriah	Gafati	Gafati
	Dogo	Magori Babalia
Kantche	Matameye	Matameye
	Doungou	Taramni
Magaria	Bande	Bande
	Dantchio	Dantchio
Tanout	Ollelewa	Sabon Kaffi,
		Tarka Dakoira
Goure	Goure	Issoufour
	Guidiguir	Guidiguir
Niamey	Niamey 1	Yantala Bas
	Niamey 2	Bossey Bongou Chateau
	Niamey 4	Gaweye
	Niamey 5	Bossey Bengou

Tableau A2 : Répartition des déterminants de la baisse de la mortalité chez les enfants de moins de cinq (5) ans

Déterminants de la baisse de la mortalité infanto-juvénile	Nombre de réponse	Proportions des réponses (%)
Gratuité des soins	198	13,2
Sensibilisation	173	11,6
Disponibilité et accessibilité des infrastructures sanitaires	157	10,5
Utilisation des moustiquaires	119	8,0
Alimentation Equilibré	119	8,0
Hygiène et assainissement	119	8,0
Fréquentation aux infrastructures sanitaires	115	7,7
Planification familiale	106	7,1
Vaccination	98	6,6
Qualité des soins	93	6,2
Situation Economique des parents	67	4,5
Niveau d'instruction des parents	40	2,7
Disponibilité des médicaments	34	2,3
Changement de comportement	34	2,3
Milieu de résidence des parents	23	1,5
Total	1495	100

Tableau A3 : Répartition des déterminants de la stabilité à un niveau élevé de la fécondité selon le nombre de réponses

Déterminants de la stabilité à un niveau élevé de la fécondité	Nombre de réponse	Proportions (%)
Planification familiale	187	21,4
<i>Pratique de la PF</i>	26	3
<i>Non Pratique de la PF</i>	161	18,4
<i>Refus du mari</i>	26	3
<i>Refus de la femme</i>	8	0,9
<i>Religion</i>	16	1,8
<i>Non sensibilises</i>	36	4,1
<i>Autres raisons</i>	75	8,6
Coutumes et traditions	140	16
<i>Héritage</i>	42	4,8
<i>Concurrence</i>	43	4,9
<i>Solitude</i>	10	1,1
<i>Changement de comportement</i>	19	2,2
<i>Aimer avoir beaucoup d'enfants</i>	20	2,3
<i>Autres raisons</i>	6	0,7
Enfant égal richesse ou valeur économique	140	16
Enfant égal prestige ou valeur sociale de l'enfant	97	11,1
Elargissement de la ouma islamique, Religion	95	10,9
Situation économique des parents	55	6,3
Mariage précoce	43	4,9
Union polygamique	43	4,9
Milieu de résidence (rural)	36	4,1
Niveau d'instruction des parents	33	3,8
Mortalité des enfants	5	0,6
Total	874	100