



Countdown to 2030

Women's, Children's & Adolescents' Health



Policy
Brief

MORTALITÉ NÉONATALE AU NIGER

Quelle tendance pour la Mortalité Néonatale
au Niger de 1990 à 2020 ?





INTRODUCTION

Le Niger a réalisé des progrès au cours ces dernières décennies en terme de réduction de la mortalité des enfants. Ainsi, la mortalité infanto-juvénile est passée de 318 pour 1 000 naissances vivantes (‰) en 1992 à 126‰ en 2015 puis à 123‰ en 2021. Dans la même période, la mortalité néonatale qui fait l'objet de cette étude¹, a également connu une baisse entre 1992 et 2015, passant de 40,7‰ à 24‰ avant d'augmenter à 41‰ en 2021.



La volonté des pays à réduire la mortalité des enfants a été encore réaffirmée avec l'adoption des ODD en 2015. Ainsi, la Cible 3.2 pour 2030 des Objectifs de Développement Durable (ODD3) est l'élimination des décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans. Par conséquent, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12‰ au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus. Pour mieux comprendre les facteurs qui retardent la baisse de la mortalité néonatale au Niger, cette étude a été initiée afin de répondre aux questions suivantes :

- **Comment la mortalité néonatale a-t-elle évolué au Niger ?**
- **Comment les inégalités de mortalité néonatale ont-elles évolué dans le temps ?**
- **Quelles sont les déterminants de la mortalité néonatale selon les caractéristiques de l'enfant, de la mère, du ménage, de la communauté, du milieu de résidence et de la région ?**

Les données utilisées dans le cadre de cette étude proviennent essentiellement des Enquêtes Démographiques et de Santé au Niger (EDS).

Afin de déterminer les facteurs d'influence de la mortalité néonatale au Niger, les analyses ont combiné des approches descriptives et explicatives consistant à retracer les tendances, les niveaux et les différences de la mortalité néonatale selon le niveau national et sous-national et les autres caractéristiques socio-démographiques du ménage.

Un accent particulier a été mis sur l'analyse des écarts d'inégalité de la mortalité néonatale. Des modèles de régression logistique sont utilisés pour analyser les déterminants de la mortalité néonatale.

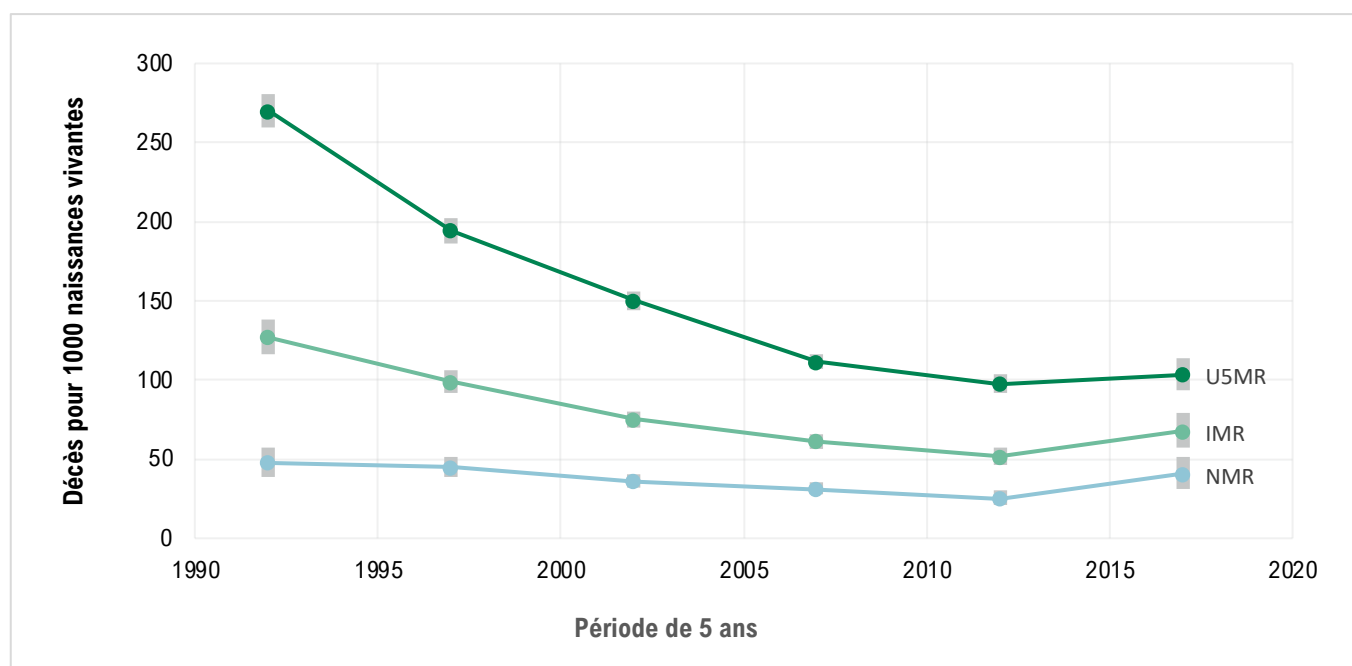
¹ Définie comme étant la probabilité qu'un enfant né au cours d'une année ou d'une période spécifique meurt pendant les 28 premiers jours de vie complets.



PRINCIPALES CONCLUSIONS

La mortalité infanto-juvénile a baissé significativement, passant de 270‰ en 1990-94 à 150‰ en 2000 à 2004, puis 98‰ en 2010-2014 avant d'augmenter légèrement à 104‰ en 2015-19. Cependant, la mortalité néonatale a baissé lentement durant cette période, passant de 52‰ en 1990-1994 à 36‰ en 2000-2004 puis à 25‰ en 2010-2014, avant d'augmenter à 41‰ en 2015-2019.

Graphique 1 : Évolution de la mortalité néonatale au Niger de 1990 à 2019, par période quinquennale.



Source : EDS, 1992 - 1998 - 2006 - 2012 / ESM, 2010 / ENISED, 2015 / ENAFEME, 2021

Inégalités de mortalité néonatale selon les caractéristiques de l'enfant.

La mortalité néonatale est plus faible chez les enfants de sexe féminin par rapport à ceux de sexe masculin. Les écarts d'inégalité de mortalité néonatale entre sexes se sont maintenus entre 1990 et 2019.

La mortalité néonatale est plus forte chez les enfants de première naissance par rapport aux enfants de rangs de naissance plus élevés (deuxième naissance ou plus) entre 1990 et 2019. Les écarts d'inégalité de mortalité néonatale entre rangs de naissance se sont rétrécis entre 1990 et 2014. Cependant, les inégalités de mortalité se sont accrues durant la période récente, du fait d'une augmentation plus forte de cette mortalité chez les enfants de première naissance.

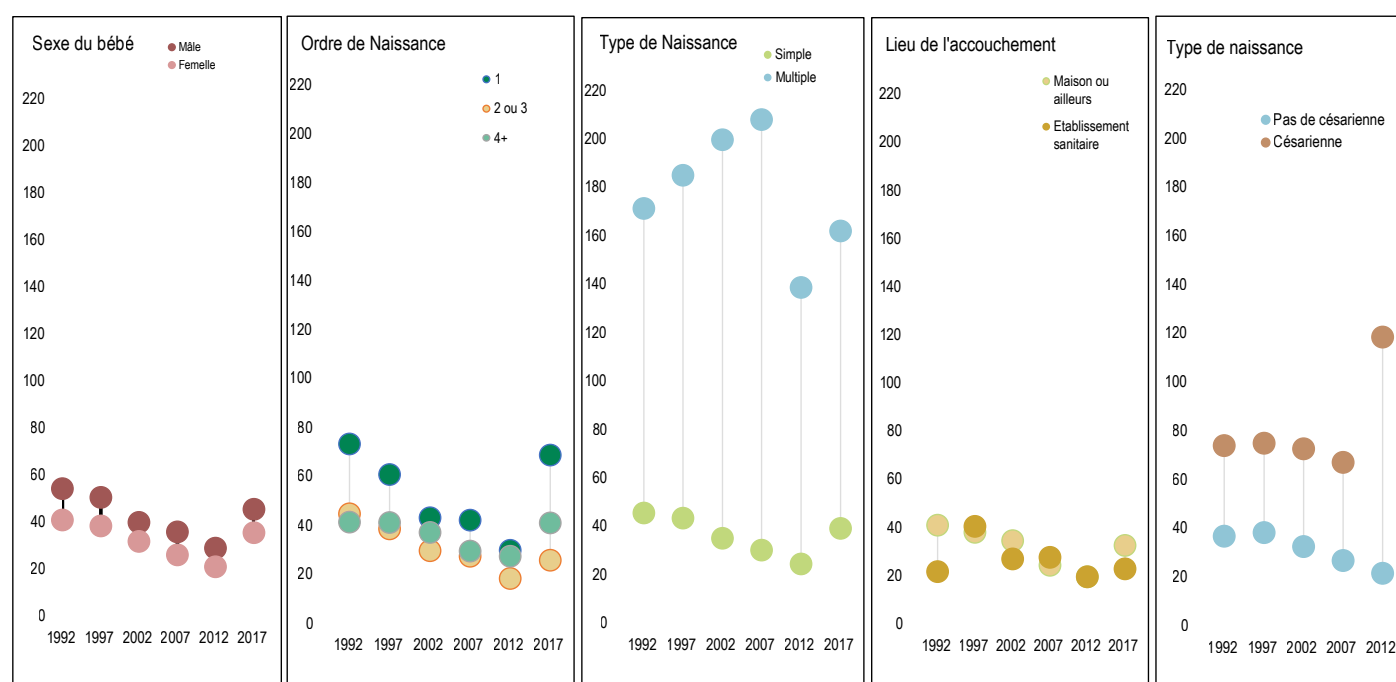
La mortalité néonatale est plus forte chez les enfants de naissance double ou triple par rapport aux enfants de naissance simple. Les écarts d'inégalité de mortalité néonatale se sont accrues entre 1990 et 2019.



La mortalité néonatale est plus faible chez les enfants qui sont nés dans un établissement de santé par rapport à ceux qui sont nés en dehors d'une structure de santé (à domicile ou ailleurs). Cependant, les écarts d'inégalité de mortalité néonatale se sont rétrécis.

La mortalité néonatale est plus forte chez les enfants qui sont nés par césarienne par rapport à ceux qui sont nés par voie normale (basse). Les écarts d'inégalité de mortalité néonatale se sont maintenus presque durant toute la période d'étude, sauf pour la période récente.

Graphique 2 : Évolution des inégalités de mortalité néonatale selon les caractéristiques de l'enfant au Niger de 1990 à 2019, par périodes quinquennales (nombre de décès pour 1000).



Source : EDS 1992 – 1998 – 2006 -2012, ESM 2010, ENISED 2015 et ENAFEME 2021

Inégalités de mortalité néonatale selon les caractéristiques de la mère.

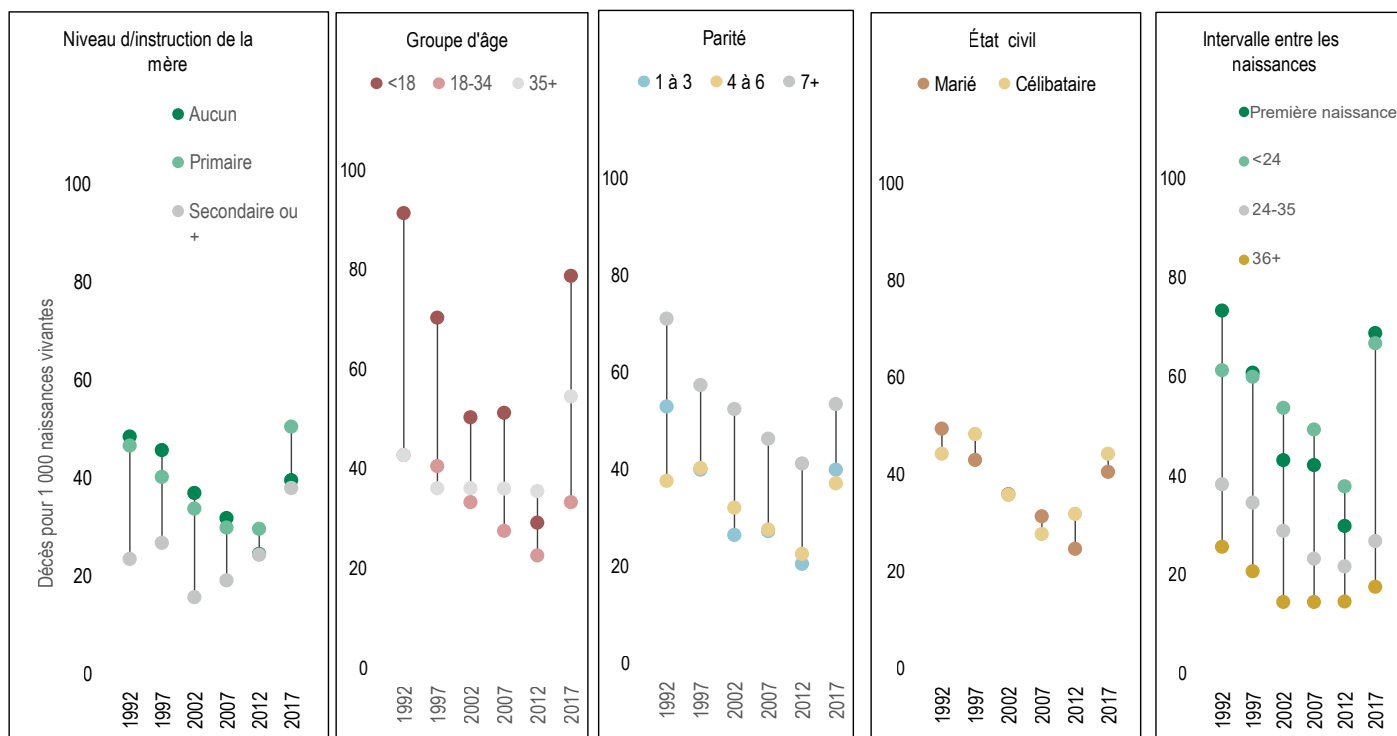
La mortalité néonatale est plus faible chez les femmes de niveau d'éducation secondaire ou plus par rapport aux femmes de niveau d'éducation primaire ou sans éducation. Elle est aussi plus faible chez les mères d'entre 18 et 35 ans par rapport aux jeunes mères de moins de 18 ans durant la période de l'étude. Les écarts d'inégalité de mortalité se sont rétrécis considérablement entre 1990 et 2014. Cependant, les inégalités se sont accrues durant la période récente.

La mortalité néonatale est plus forte chez les mères de parité élevée (sept enfants ou plus) par rapport aux mères de parité moins élevée (1 à 3 enfants ou 4 à 6 enfants) durant la période d'étude. Cependant, les écarts d'inégalité de mortalité néonatale se sont rétrécis légèrement.

La mortalité néonatale est plus forte chez les enfants dont l'intervalle avec la naissance précédente est inférieur à 24 mois par rapport à ceux dont la mère a observé au moins de 24 mois entre deux naissances. La mortalité néonatale est particulièrement plus faible chez les enfants dont l'intervalle avec la naissance précédente est supérieur ou égale à 36 mois. Les écarts d'inégalité de mortalité néonatale se sont maintenus durant la période d'étude.



Graphique 3 : Évolution des inégalités de mortalité néonatale selon les caractéristiques de la mère au Niger de 1990 à 2019, par périodes quinquennales.



Source : EDS 1992 – 1998 – 2006 – 2012, ESM 2010, ENISED 2015 et ENAFEME 2021

Inégalités de mortalité néonatale Selon les caractéristiques du ménage.

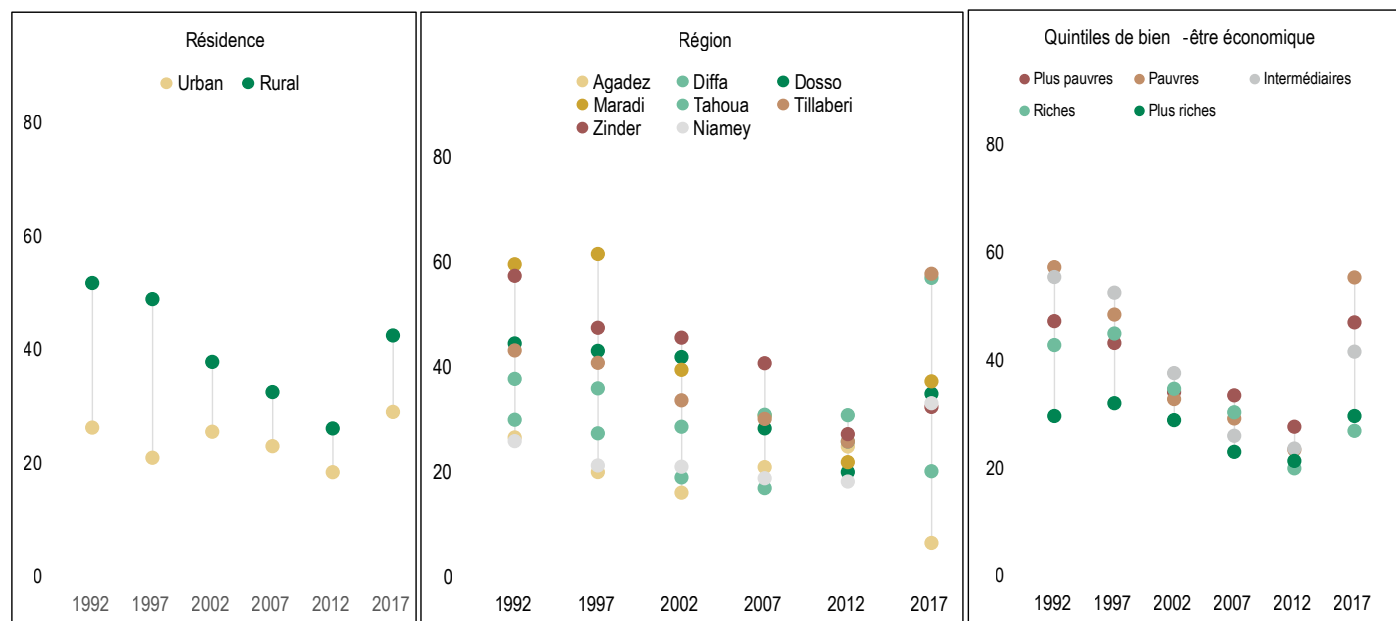
La mortalité néonatale est plus faible dans les classes très riches comparées aux classes considérées comme très pauvres durant la période d'étude. Aussi, les écarts d'inégalité de mortalité néonatale se sont rétrécis considérablement entre 1990 et 2014. Cependant, les inégalités de mortalité se sont accrues durant la période récente.

La mortalité néonatale est plus faible en milieu urbain comparé au milieu rural durant la période 1990-2019. Les écarts d'inégalité de mortalité néonatale se sont rétrécis considérablement entre 1990 et 2021. L'essentiel des progrès a été noté à partir de 2000.

Niamey, Agadez et Diffa enregistrent les faibles taux de mortalité néonatale par rapport à Maradi, Zinder et dans une moindre mesure Tillabéry entre 1990 et 2019. Malgré tout, les écarts d'inégalité régionale de mortalité néonatale se sont rétrécis considérablement entre 1990 et 2014. Cependant, il faut noter que les écarts se sont accrues durant la période la plus récente.



Graphique 4 : Évolution des inégalités de mortalité néonatale selon les caractéristiques du ménage au Niger de 1990 à 2019, par périodes quinquennales (%).



Source : EDS 1992 – 1998 – 2006 – 2012, ESM 2010, ENISED 2015 et ENAFEME 2021

POINTS CLÉS DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Le cas de la mortalité néonatale précoce au Niger de 1992 à 2019.

Entre 1990 et 2019, la mortalité néonatale précoce est plus forte comparée à la mortalité néonatale tardive. Les écarts d'inégalité de mortalités néonatales se sont maintenus presque durant toute la période d'étude et se sont même creusés durant la dernière période due à une augmentation plus forte de la mortalité néonatale précoce.

Analyse explicative de la Mortalité Néonatale.

Toutes choses étant contrôlées par ailleurs, dans chacune des périodes considérées, le sexe, le rang de naissance et le type de naissance de l'enfant, le niveau d'éducation, le groupe d'âge de la mère ainsi que l'intervalle inter-génésique, le milieu de résidence et la région sont les facteurs les plus discriminants pour expliquer les différences de mortalité néonatale observées au Niger durant la période 1990-2019.





CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Dans un pays marqué par **une insécurité sans précédent**, faisant face aux effets du **changement climatique**, une **crise alimentaire** et des niveaux de **mortalité très élevés**, l'objectif principal de cette étude est d'étudier les niveaux, les tendances, les différences et les facteurs explicatifs de la mortalité néonatale. Les résultats de cette étude ont permis de mettre en évidence l'association entre la mortalité néonatale et certaines caractéristiques liées à l'enfant, à la mère et à l'environnement socioéconomique. Une analyse explicative de la mortalité néonatale par périodes quinquennales a permis de dégager les principaux déterminants de la mortalité néonatale au Niger de 1990 à 2019.

Tout d'abord, au niveau de la résidence, les enfants des ménages pauvres, résidant en milieu rural ainsi que dans certaines régions telles que Maradi, et dans une moindre mesure Tillabéri, Tahoua et Zinder sont plus exposés au risque de décès durant le premier mois après la naissance comparativement aux enfants issus des ménages plus aisés, résidant en milieu urbain et dans certaines régions telles que Niamey, Agadez et Diffa. En effet la mortalité néonatale bien qu'en baisse continue entre 1990 et 2015, a fortement augmenté dans les années récentes. Le taux a presque doublé entre 2010-2014 et 2015-2019, passant de 25 à 41 pour 1000 respectivement. Cette augmentation de la mortalité néonatale a presque touché toutes les catégories socio-économiques et démographiques de la population, mais de manière plus prononcée chez les enfants vivant dans les régions de Tillabéri, Tahoua et Zinder et dans une moindre mesure, dans les ménages pauvres, les enfants de mères adolescentes et celles qui n'observent pas un espacement des naissances d'au moins 24 mois.

Les enfants de sexe masculin sont plus exposés au risque de décès durant le premier mois après la naissance que ceux de sexe féminin en raison de la faiblesse de leur organisme. Aussi, les enfants de naissance multiple ont un



risque nettement plus élevé de décès néonatal par rapport à ceux de naissance simple. Enfin, le lieu de l'accouchement ne semble pas jouer un rôle prépondérant dans la mortalité néonatale. Au Niger, la proportion de mères accouchant dans un établissement de santé a légèrement augmenté, passant de 17% en 2006 à 30% en 2012 puis a seulement 45% en 2021. Plus 95% de ces accouchements en structure de santé se déroule dans les établissements publics, particulièrement dans les centres de santé intégré. Cependant, le risque de décès semble plus élevé chez les enfants qui naissent par césarienne pour la période récente. Il faut interpréter avec prudence ce résultat du fait qu'une très faible proportion des naissance (moins de 2%) se déroulent par césarienne.

Enfin, Le taux de mortalité néonatale a connu des progrès à la fois notoires et mitigés sur la période de 1990-94 à 2015-2019. Cette morbidité néonatale au Niger constatée s'explique aussi à travers l'insuffisance dans l'application et dans l'offre des interventions prioritaires (**PCIME clinique, PCIME com, le TETU, PSBI, SENN, SONUB, Coins NN et prise en charge de la mère et NN au niveau des cases de santé**) surtout entre 2015-2019 pour les deux milieux.



Au vu de tout ce qui précède, les recommandations suivantes sont formulées :

- Prendre d'urgence des mesures idoines pour les régions de Tillabéri, de Tahoua, et de Zinder où la mortalité néonatale reste jusque-là à un niveau élevé.
- Une prise en charge particulière devrait être accordée aux nouveaux nés dans les 7 jours suivant leur naissance pour réduire le risque de décès précoce. En effet, une grande partie des décès néonataux ont lieu dans les 7 jours après la naissance.
- Renforcer la prise en charge de la mère et du nouveau-né au niveau des cases de santé en milieu rural.
- Prendre des dispositions nécessaires pour une prise en charge particulière au niveau des nouveaux nés des adolescentes (moins de 18 ans) où le risque de décès demeure encore élevé par rapport aux enfants des femmes plus âgées.
- Améliorer la qualité des suivis des grossesses gémellaires ;
- Sensibiliser les populations sur les bienfaits de l'utilisation de la planification familiale, particulièrement l'espacement des naissances;
- Une politique de rétention des jeunes filles à l'école jusqu'à l'âge de 18 au moins s'avère nécessaire pour réduire de manière conséquente les mariages et grossesses précoces souvent sources de mortalité néonatale.



RÉFÉRENCES

Akoto E.M., (1992), Mortalité et morbidité des enfants, in Akoto E., Gulngndo J.G., et Tabutin D., Ceds, L'état et le devenir de la population du Bénin, Porto-Novo, CNPMS, pp. 155-198.

Banerjee A., Deaton A., Duflo E., (2004), « Wealth, Health and Health Services in Rural Rajasthan », *American Economic Review* 94 (2), 326–330.

Banque mondiale, (2011), Rapport annuel. Bilan de l'exercice, Washington, Banque mondiale.

Barbieri M., (1991), Les déterminants de la mortalité des enfants dans le Tiersmonde, les dossiers du CEPED n°18, Centre Français sur la Population et le Développement, Paris, Octobre, 40 p.

Barbieri M., Catteau, C., (2003), « L'évolution de la mortalité infantile à la réunion depuis cinquante ans », *Population* 58 (2), 229-251. Baroin C., (2001), « La contestation chez les Toubou du Sahara occidental », *Etudes rurales* (157-158), 159-171.

Benefo K., Schultz T.P., (1996), « Fertility and child mortality in Côte d'Ivoire and Ghana », *The World Bank Economic Review* 10 (1), 123-158.

Deininger K., Mpuga P., (2004), « Economic and Welfare Effects of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda », Working Paper n° 3276, Washington, Banque mondiale.

Gyimah S.O., (2006), « Cultural Background and Infant Survival in Ghana », *Ethnicity and Health* 11, 101-120.

Institut national de la statistique, (2007), Enquête Démographique et de Santé, et à Indicateur Multiple 2006, Ministère de l'Economie et des Finances, République du Niger.

Lachaud, J.-P., (2004), « Modelling determinants of child mortality and poverty in the Comoros », *Health & Place* 10, 13-42.

Pace, R., Mastrococco, N. (2002), « Déterminants de la mortalité infantile à travers quelques parcours causaux », pp. 779-789, in *Enfants d'aujourd'hui: diversité des contextes, pluralité des parcours*, Colloque international de Dakar, Association Internationales des Démographes de Langue Française, 10-13 décembre, numéro 11, tome 2, 1083 pages.

Pison G. (2010), « Le recul de la mortalité des enfants dans le monde: de grandes inégalités entre pays », *Population & Société*, n°463, janvier.

PUND, (2011), Rapport sur le développement humain 2011. Durabilité et Equité: un meilleur avenir pour tous, PNUD, New York.

Rajkumar A. S., Swaroop V., (2008), « Public Spending and Outcomes: Does Governance Matter? », *Journal of Development Economics* 86, 96-111.



Cette étude a été réalisée grâce au concours de :

MAIMOUNA ALI **BOULHASSANE** : maimou79@yahoo.fr

MALICK **KANTE** : akante1@jhu.edu

AGBESSI **AMOUZOU** : aamouzo1@jhu.edu

HAROUNA **MOUSSA** : hmoussa@unicef.org

NASSIROU **MOUKAILA** : nassirousanda5@gmail.com

Design diagramme :

Emma **Williams**

Design et Mise en page :

Bill Clinton **Sambou**



Countdown to 2030

Women's, Children's & Adolescents' Health



African Population and Health Research Center

