

ARTICLE

Au Niger, le niveau de la mortalité maternelle n'a quasiment pas baissé depuis près de deux décennies

Notre pays est l'un des pays où le plus grand nombre de femmes meurent pendant ou après leur grossesse. Cette situation s'explique par le statut défavorable de la femme, la précocité des mariages, l'insuffisance des soins. Dans ce contexte, le cinquième Objectif du millénaire pour le développement (OMD5) qui vise à réduire la mortalité maternelle de plus de 50 % avant 2015 reste très difficile à réaliser.

En 1992, le Taux de mortalité maternelle (TMM) était de 652 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. En 2006 le niveau de mortalité maternelle n'aurait pratiquement pas changé depuis avec un taux de 648 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ainsi, pendant près de deux décennies le TMM n'a baissé que de quatre points au Niger.

Aujourd'hui, une femme nigérienne sur 7 âgée de 15 ans décède des suites d'une complication liée à sa grossesse. Ces quelques chiffres illustrent les risques énormes qu'encourent toujours les nigériennes au cours de leur vie féconde.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le maintien de ce taux de mortalité maternelle, notamment le statut défavorable des femmes nigériennes, les pratiques traditionnelles et l'insuffisance des conditions de la prise en charge médicale.

Des actions ont été menées par l'Unicef et le Gouvernement, mais il faut poursuivre.

- **Statut défavorable, poids de la tradition, insuffisance des soins : trois causes du taux élevé de mortalité maternelle**
- **Les actions menées par l'Unicef et le Gouvernement pour réduire la mortalité maternelle doivent être saluées, mais sont insuffisantes**
- **Réduire la mortalité maternelle : un droit et un engagement à respecter, recommandations**

Statut défavorable, poids de la tradition, insuffisance des soins : trois causes du taux élevé de mortalité maternelle

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le maintien du taux de mortalité maternelle : le statut défavorable des femmes nigériennes, le poids des pratiques traditionnelles et l'insuffisance des conditions de la prise en charge médicale.

Statut défavorable

Le premier facteur explicatif est le statut défavorable réservé aux femmes nigériennes. En effet, un écart considérable existe dans notre pays entre les hommes et les femmes dans les domaines de l'éducation, de l'alphabétisation et, par corrélation, de la santé.

- **Faible taux de scolarisation**

L'écart qui sépare les hommes et les femmes adultes en matière d'alphabétisation est l'un des plus importants du monde. En 2007/2008 le taux d'alphabétisation des hommes était estimé à 42,8 % contre 17,1 % pour les femmes, soit un rapport de 39,9 %. Il y a donc moins de 4 femmes pour 10 hommes sachant lire et écrire. Par rapport au Taux net de scolarisation (TNS), 50,6 % des garçons âgés de 7 à 12 ans vont à l'école. Cette proportion n'est que de 37,7 % chez les filles de la même tranche d'âges ; soit un rapport du nombre de filles par rapport au nombre de garçons inscrits au primaire de 75 % contre une cible de 100 % en 2005.

- **Unions précoces, faible usage de la contraception, taux de fécondité record**

La possibilité de s'instruire disparaît rapidement pour de nombreuses filles qui se marient jeunes – parfois dès l'âge de 9 ans. Ces mariages précoces aboutissent généralement à une maternité précoce. Au Niger, l'âge médian de la première union chez les femmes est de 15,5 ans et seulement 5 % des femmes recourent à la contraception moderne. Ce qui explique pourquoi les femmes nigériennes ont le taux de fécondité le plus élevé au monde : une femme nigérienne donne en moyenne 7,1 enfants au cours de sa vie féconde.

- **Pauvreté, vulnérabilité et manque de soins**

En plus, les femmes nigériennes ont plus tendance à être pauvres, sans instruction et à souffrir d'autres problèmes de santé avant même d'avoir une grossesse. Par conséquent, elles courent plus de risques de développer des problèmes liés à la grossesse, et sont moins susceptibles de rechercher les soins médicaux dont elles ont besoin et de trouver les moyens pour supporter les coûts de ces soins. Les statistiques confirment les liens : les femmes qui sont les plus pauvres, peu instruites et qui habitent dans des zones rurales, ont moins de chance de recevoir des soins pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement.

Poids des pratiques traditionnelles

Le second facteur explicatif reste les pratiques traditionnelles auxquelles les sociétés nigériennes sont solidement attachées.

- **Naissances à domicile**

En effet, 83 % des femmes nigériennes donnent naissance à domicile et elles sont encouragées à le faire, que ce soit sans aucune aide ou sans l'assistance d'un prestataire qualifié. Des traditions solidement implantées interdisent quelquefois aux femmes de quitter leur domicile, ce qui peut expliquer pourquoi 46 % seulement ont recours aux soins prénatals. En outre, les femmes sont invariablement encouragées à avoir leur premier accouchement au domicile de leurs parents, ce qui peut créer des situations particulièrement difficiles quand elles vivent dans des zones éloignées de tout point de prestation de soins obstétricaux.

Dans certains villages de Maradi et de Zinder proches de la frontière du Nigeria, les femmes ne sont pas autorisées à quitter leur domicile et reçoivent des hôtes dissimulées sous un voile, d'où on peut déduire qu'il y a peu de chance qu'elles aient recours à des soins prénatals ou à des soins obstétricaux d'urgence. En outre, de très jeunes femmes qui sont enceintes pour la première fois refusent souvent les soins prénatals parce qu'elles auraient honte d'y recourir. Comme ces soins ne trouvent qu'un faible appui dans la communauté, si les femmes souffrent d'une complication durant l'accouchement, elles risquent de s'adresser à un guérisseur local ou à une femme plus âgée sans formation.

- **Effets pervers de la modernisation**

Certaines pratiques traditionnelles anciennes qui étaient bénéfiques à nos sœurs sont aujourd'hui abandonnées ou en déperdition du fait de la modernisation. En effet, naguère, pendant sa grossesse, la jeune mariée quittait le domicile conjugal pour rejoindre la cour familiale. Ceci permettait à la mère de bien suivre sa fille pendant sa grossesse et de s'assurer que certaines valeurs traditionnelles qu'elle avait elle-même héritées de sa mère sont respectées : par exemple respecter certains interdits alimentaires qui sont déconseillés aux femmes enceintes car pouvant entraîner un avortement involontaire ; s'assurer que la femme prend quotidiennement ses décoctions traditionnelles qui sont sensées faciliter le bon déroulement de la grossesse, etc. Ainsi, plusieurs mythes et rites sont établis autour de l'alimentation et la femme enceinte est par conséquent tenue à ne pas les consommer.

Aujourd'hui, ces pratiques ont été abandonnées et là où elles existent c'est la tendance inverse qui s'observe. C'est la mère qui se déplace vers le lieu de résidence de sa fille afin de pouvoir assurer ces petits soins combien précieux pour sa fille. Malheureusement, dans ce cas de figure la mère ne peut assurer totalement ce suivi car la nuit la fille rejoint la chambre conjugale.

- **Mutilation génitale, fistules**

D'autres traditions, comme la Mutilation génitale féminine (MGF), très répandue dans notre pays, mettent la santé des femmes en danger. Parmi les femmes atteintes d'une fistule qui ont subi une intervention, une proportion importante avaient subi aussi une forme quelconque de MGF.

- **Rapports sexuels prématurés, mariages précoces**

Bien que l'âge médian à la première union pour les femmes soit estimé à 15,5 ans, dans certaines régions, elles sont mariées dès l'âge de 9 ans. Traditionnellement, les filles demeurent dans la maison familiale de l'homme qu'elles sont destinées à épouser et les rapports sexuels ne sont pas supposés commencer avant les premières règles. Malheureusement, cette coutume d'attendre s'est progressivement affaiblie.

Leur jeune âge à la première grossesse prédispose aussi les femmes nigériennes à la fistule. 33 % des filles âgées de 15 à 19 ans sont déjà enceintes ou ont déjà eu au moins un enfant, à peu près au même âge où la première fistule risque d'apparaître. Et 75 % des femmes de 20 à 24 ans se sont mariées avant l'âge de 18 ans, ce qui fait du Niger le pays du monde où il y a le plus de mariages précoces. Tous ces facteurs ont fait que la fistule obstétricale est exceptionnellement fréquente.

- **Femmes rurales délaissées, sans accès aux soins**

D'autres données compliquent encore la situation sanitaire des femmes, notamment le fait que les deux tiers du pays sont désertiques, que plus de 80 % de la population vivent dans les zones rurales.

Or, bien que la population nigérienne soit majoritairement rurale, on continue à étendre les services de santé au profit des femmes des zones urbaines ou des femmes aisées laissant leurs soeurs des zones rurales, plus pauvres sans accès aux soins dont elles ont besoin. C'est donc l'écrasante majorité des femmes nigériennes qui se retrouvent avec très peu de chance de recevoir des soins pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement.

Près de 50 % de la population nigérienne est située à plus de 5 km d'une formation sanitaire et 15 % se trouve à plus de 15 km.

En outre, le pays ne dispose que de 756 centres de santé intégrés (594 de type 1 et 162 de type 2), 2025 cases de santé fonctionnelles, 26 hôpitaux de district possédant un plateau technique complet, 6 centres hospitaliers régionaux, 3 hôpitaux nationaux de référence, 3 maternités nationales de référence et 3 centres nationaux spécialisés. Le secteur privé compte au total 229 établissements de soins, toutes catégories confondues, implantés essentiellement dans les grandes villes.

La répartition géographique de ces formations sanitaires indique que les populations rurales sont particulièrement lésées ; car, compte tenu du coût

prohibitif du transport interurbain au Niger, la case de santé est très souvent, pour elles, le premier et dernier recours pour l'obtention des soins. De ce fait, contrairement aux habitants des grandes villes, ceux des villages sont privés d'un accès physique aux soins spécialisés de santé. Cela est d'autant plus vrai que les cases de santé, qui sont les seules formations sanitaires géographiquement accessibles, ne disposent ni d'un équipement approprié, ni d'un personnel qualifié.

- L'essentiel du personnel de la santé, en particulier le personnel de haut niveau (médecins, infirmiers, sages femmes), est concentré dans les grands centres urbains

Compte tenu, d'une part des conditions de vie difficiles dans les zones rurales, et d'autre part des opportunités offertes par l'exercice privé du métier, les médecins rechignent à exercer loin des grandes villes. Les mesures récentes de motivation prévues par le gouvernement n'ont pas permis d'inverser cette triste tendance du personnel de haut niveau à bouder le milieu rural ; car, les primes et indemnités proposées ne compensent pas la perte de revenus liée au fait qu'une affectation en milieu rural signifie impossibilité d'exercer dans le secteur privé.

Les actions menées par l'Unicef et le Gouvernement pour réduire la mortalité maternelle doivent être saluées, mais sont insuffisantes

Pour réduire la mortalité maternelle qui reste très élevée au Niger, le Gouvernement et nos partenaires ont lancé des actions significatives : gratuité de la césarienne et des consultations prénatales, distribution de plusieurs trousse de soins prénatals à plusieurs centres de santé dans tout le pays. Ces initiatives sont à saluer et encourager, mais elles restent à consolider. La prise en charge financière reste très fragile.

Unicef, OMS, UNFPA : trousse de soins, formation de soignants

L'Unicef, en partenariat avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), aide le Gouvernement du Niger à concevoir des directives, des protocoles et des matériels de formation sur les soins prénatals qui ont fait la preuve de leur efficacité.

En 2008, il a fourni plus de 400 000 trousse de soins prénatals à plus de 400 centres de santé dans tout le pays, et 150 trousse de soins obstétricaux d'urgence à 23 hôpitaux.

En outre, depuis 2006, dans le cadre de sa stratégie de promotion des soins de santé maternelle et néonatale complets fournis à l'échelle des communautés, l'Unicef a aussi formé plus de 600 accoucheuses traditionnelles qui offrent une assistance avant et durant la grossesse et informent les femmes des risques liés à la grossesse, de l'importance de l'espacement des naissances, et des soins essentiels à prodiguer au nouveau-né. À ce jour, plus de 250 médecins, sages-femmes et infirmières ont reçu une formation sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

Gouvernement : gratuité des soins, mais lourdeur administrative et risque de corruption

En 2008, le Gouvernement nigérien a fait un grand pas en avant en introduisant la gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, avec l'appui de l'Agence française de développement (AFD).

Au regard des progrès accomplis, la politique actuelle de gratuité des soins mérite d'être saluée et encouragée, sans pour autant perdre de vue qu'elle risque de se heurter contre des obstacles divers découlant des lourdeurs bureaucratiques dont l'administration nigérienne est coutumière. D'ores et déjà, des retards considérables sont enregistrés dans le remboursement des prestations de soins, avec comme conséquence des ruptures en médicaments essentiels dans les formations sanitaires. La persistance de ces ruptures pourrait non seulement remettre en cause la viabilité même du nouveau système, mais aussi ouvrir une brèche au phénomène de la corruption ; car, au vu de la démotivation manifeste des agents de santé, le risque est grand de voir naître et se développer au sein des formations sanitaires des stratégies diverses tendant à détourner et à dévoyer cette noble initiative. En tout

cas, il est évident que le succès d'une telle initiative dépend avant tout de la capacité des pouvoirs publics et des comités de gestion à assumer leurs rôles de contrôle.

Une prise en charge financière difficile à assumer

À l'heure actuelle, la question essentielle reste de savoir quelles sont les possibilités dont dispose le Niger pour prendre en charge entièrement les coûts que génère l'opération. Cette question est d'autant plus pertinente que depuis le début de la gratuité, seule l'Agence française de développement (AFD) semble soutenir les efforts du gouvernement pour la réussite de cette politique ; mais, l'appui de l'AFD ne pouvant pas être éternel, il est impérieux pour le gouvernement de trouver les voies et moyens permettant de financer la gratuité. Les experts estiment que la collaboration nécessaire à tous les niveaux pour la réussite de l'opération peut s'éroder si les factures émises par les centres de santé ne sont pas épongées à temps.

A la date du 26 novembre 2008, le coordonnateur de la gratuité au ministère de la Santé fait état de 4,4 milliards de CFA remboursés sur un total de 5,7 milliards CFA à rembourser ; et parmi les formations sanitaires qui attendent d'être remboursées, on peut citer l'Hôpital national de Niamey, qui attend encore le paiement de ses factures sur la gratuité de soins du cancer féminin émises en décembre 2007. Confrontés déjà à des difficultés de mobilisation de ressources nécessaires à leur bon fonctionnement, les établissements sanitaires publics risquent manifestement de faire les frais des retards dans le paiement des factures de la gratuité ; et il est certain qu'une telle situation pourrait entraîner un arrêt précoce de cette initiative louable, dont les résultats sont fortement appréciés par les couches défavorisées de la population.

Réduire la mortalité maternelle au Niger, un droit et un engagement à respecter : recommandations

De 1990 à 2007, le taux de mortalité des moins de 5 ans a chuté de 42 % au Niger, ce qui est l'une des réductions les plus spectaculaires observées en Afrique. Ces progrès permettent d'espérer des résultats similaires en matière de mortalité maternelle. Mais reste à faire passer le droit dans les faits... Car actuellement, le cinquième Objectif du millénaire pour le développement (OMD5) qui vise la réduction de plus de 50 % de la mortalité maternelle avant 2015 reste très difficile à réaliser.

Droit et non-discrimination

L'accès aux soins de santé est reconnu partout dans le monde comme un droit fondamental et inaliénable de l'être humain. Comme tous les droits humains, celui relatif à la santé est soumis au principe de non-discrimination, qui signifie que tout être humain doit pouvoir en jouir pleinement, indépendamment de toute considération liée à l'origine sociale ou raciale, au sexe ou au statut social, à la religion ou aux opinions.

Le principe de non-discrimination est non seulement au cœur même des principaux instruments juridiques relatifs aux droits humains, notamment la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH) et le Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) ; mais, il constitue également le socle sur lequel ont été bâtis d'autres instruments juridiques importants tels que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) et la Convention sur les droits des enfants (CDE).

En ratifiant cette convention, notre pays s'est engagé à prendre toutes les mesures appropriées pour assurer la protection sociale et éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé. La convention stipule que les femmes ont le droit de bénéficier des conditions de travail qui protègent leur santé, et qu'elles doivent être protégées contre toutes mesures arbitraires provenant de l'employeur, du fait de l'accouchement, du mariage, etc. Les États signataires doivent faire en sorte que les femmes aient accès aux soins de santé, y compris à la planification familiale, dans les mêmes conditions que les hommes et dans n'importe quel hôpital ou centre de santé.

À cet effet, l'article 12 de la convention dispose que les États signataires sont tenus de veiller à ce que pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et après l'accouchement, les femmes puissent bénéficier, si possible gratuitement, des soins médicaux nécessaires et d'une alimentation appropriée

Trois axes d'action

- **Multiplier le nombre de professionnels à tous les niveaux**
Ces agents ont besoin de formation appropriée ciblée sur les problèmes pertinents voir des protocoles clairs. Ces formations doivent être suivies de

recyclage et de supervision facilitante. En plus ces agents doivent avoir un salaire suffisant.

- **Assurer un système de santé fonctionnel**
équipements (plateau technique adéquat, fournitures et médicaments susceptibles de sauver des vies), ainsi que des mécanismes pour les références permettant de prendre en charge rapidement et efficacement les cas urgents à un niveau supérieur. Ces besoins incluent le matériel de communication et les véhicules de transport (ambulances et autres automobiles aménagées).
- **Travailler avec les membres de la communauté** pour établir des partenariats et collaborer avec les structures formelles en vue de partager des informations récentes. Il faut aussi s'assurer que les services de santé sont culturellement appropriés et qu'ils répondent aux besoins locaux avec la qualité.

Une participation nécessaire de tous les acteurs politiques, professionnels, institutionnels, associatifs, pour promouvoir le statut et la santé de la femme

- Au niveau politique, les gouvernements doivent s'engager à promouvoir la santé et le statut de la femme et allouer suffisamment de ressources à des interventions sanitaires appropriées.
- Les professionnels de la santé à titre individuel et à travers leurs associations, doivent participer pleinement aux activités de plaidoyer en faveur des pratiques de la santé maternelle et néonatale pour influencer les politiques et les directives
- les donateurs doivent veiller à ce que la santé de la mère et du nouveau-né ne soit pas perdue de vue au milieu des nombreuses priorités en matière d'aide
- Les institutions de recherche et les agences internationales d'appui technique doivent réévaluer les programmes pour voir ce qui marche le mieux et tirer la leçon
- Les organisations de femmes, des jeunes et autres ONG et associations, doivent s'assurer que les décideurs politiques entendent leur voix quand il leur arrive de prendre des décisions en ce qui concerne la santé des mères et des nouveaux nés.

BIBLIOGRAPHIE

Amartya Sen, 1990. Poverty and famines, an essay on entitlement and deprivation-
Oxford University pres

Bilan Commun de Pays du Niger – Mars 2002

Institut national de la statistique (INS), « *Profil de pauvreté à partir des données de l'ENBC-III, 2007/08* »,2008.

Institut national de la statistique (INS), « *Profil de pauvreté à partir des données du QUIBB*» Niamey, 2006.

Institut national de la statistique (INS), comptes économiques de la nation, 2006, 2007, 2008 ;

Institut national de la statistique (INS/ ONAPAD), « *Rapport National sur les Progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement*» Niamey, 2007.

Jenkner Eva, L. Hillman Arye,« L'éducation des enfants dans les pays pauvres »
fond monétaire international, mars 2004

KI Jean Bosco, FAYE Salimata, FAYE Bocar, « *la pauvre multidimensionnelle au Sénégal : une approche non monétaire par les besoins de base*» cahier de recherches PMMA 2005-5.

Kountché Boubakar Idrissa et Malam Nafiou Maman, «*Éducation et pauvreté au Niger*» INS, Niamey 2006.

Lawali.M Maman et Soumana Harouna, « *Pauvreté et Genre au Niger*» INS, Niamey, 2006.

Ministère de l'Economie et des Finances /INS : Enquête démographique et de santé et à indicateur multiple EDSN/MICS-3, 2006.

Ministère de l'Economie et des Finances /INS, «*Enquête à indicateurs multiples au Niger (MICS)*», 2000

Ministère de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant, Politique Nationale Genre au Niger, juillet 2008.

Secrétariat Permanent de la SDRP, Cabinet du Premier Ministre: Révision de la SDRP 2008-2012