

## **Tendances des inégalités socioéconomiques et spatiales de la santé des enfants de moins de 5ans au Niger**

***Habila Adamou Djibo,***

Démographe, PhD (c) à l'ESAD Université Laval

***Magloire Alexandre Schouame,***

Economiste, Docteur, Enseignant associé à l'IFORD

***Hamidou Kone,***

Statisticien-Démographe, PhD, Enseignant-Chercheur à l'IFORD

[Doi:10.19044/esj.2022.v18n11p297](https://doi.org/10.19044/esj.2022.v18n11p297)

---

Submitted: 27 April 2021

Accepted: 21 January 2022

Published: 31 March 2022

Copyright 2022 Author(s)

Under Creative Commons BY-NC-ND

4.0 OPEN ACCESS

*Cite As:*

Adamou Djibo H, Alexandre Schouame M., & Kone H., (2022). *Tendances des inégalités socioéconomiques et spatiales de la santé des enfants de moins de 5ans au Niger* European Scientific Journal, ESJ, 18 (11), 297.

<https://doi.org/10.19044/esj.2022.v18n11p297>

---

### **Résumé**

**Objectif :** Les indicateurs de malnutrition et de mortalité infanto-juvénile sont en constante baisse au Niger, au fil des différentes Enquêtes Démographiques et de Santé. Toutefois, certains groupes sociaux restent à la marge de cette amélioration. Cet article analyse l'impact des disparités géographiques et socioéconomiques des parents sur la santé des enfants au Niger.

**Source de données :** Elles sont issues de la série d'enquêtes démographiques et de santé à indicateurs multiples de 2006 et de 2012 au Niger. Les EDS sont des enquêtes populationnelles transversales organisées par le programme "demographic and health surveys" dans plus de 100 pays. Les enquêtes de l'année 2006 et de 2012 sont les plus récentes au Niger à ce jour.

**Résultats et conclusion :** Ainsi, il se dégage au Niger que l'état de santé des enfants dépend de l'existence et de la qualité des « biens sociaux », qui sont étroitement liés au contexte de résidence des parents, tels que les services de santé, les denrées alimentaires et le système éducatif, et donc des régimes sociopolitiques. Ensuite, la santé des enfants dépend des facteurs

socioéconomiques des ménages – l’instruction de la mère et les biens sociaux du ménage –, et en particulier de la mère.

---

**Mots clés :** Disparité Géographique, Inégalités Socioéconomiques, Malnutrition, Mortalité, Santé, Enfants, Niger

## **The impact of the geographic and socioeconomic disparities of parents on the inequalities in the health of children in Niger**

*Habila ADAMOU DJIBO,*

Démographe, PhD (c) à l’ESAD Université Laval

*Magloire ALEXANDRE SCHOUAME,*

Economiste, Docteur, Enseignant associé à l’IFORD

*Hamidou KONE,*

Statisticien-Démographe, PhD, Enseignant-Chercheur à l’IFORD

---

**Objective:** The indicators of malnutrition and infant and child mortality are constantly decreasing in Niger, according to the various Demographic and Health Surveys. However, some social groups remain on the margins of this improvement. This article analyzes the impact of geographic and socioeconomic disparities among parents on child health in Niger.

**Data source:** The data are from the 2006 and 2012 round of Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) in Niger. The DHS are cross-sectional population surveys organized by the Demographic and Health Surveys program in over 100 countries. The 2006 and 2012 surveys are the most recent in Niger to date.

**Results and conclusion:** In Niger, the health status of children depends on the existence and quality of "social goods", which are closely linked to the context of residence of the parents, such as health services, food and the education system, and therefore to the socio-political regimes. Second, children's health depends on household socioeconomic factors - the mother's education and the household's social assets - and in particular on the mother.

---

**Keywords:** Geographic disparity, socioeconomic inequalities, malnutrition, mortality, health, children, Niger

### **Introduction**

Selon l’Organisation mondiale de la Santé (2008), la santé est un état de bien-être physique, mental et social. La santé est plus que l’absence de maladie, d’incapacité ou de décès. La justice sociale influe sur la façon dont

les gens vivent et sur les risques de maladie et de décès prématuré auquel ils sont exposés. On observe au sein d'un même pays de très grandes différences d'état de santé, entre des groupes sociaux, qui sont étroitement liées aux conditions socioéconomiques (Thibaut de Seant, 2013). Plus ces conditions sont basses, moins bonne est la santé (OMS, 2008).

Une partie des écarts observés entre les groupes sociaux en termes de santé ne provient pas de causes naturelles, mais de l'influence d'un certain nombre de facteurs économiques et sociaux, tels que les revenus, les modes de vie ou encore l'accès aux soins (Thibaut de Seant, 2013). Le statut socioéconomique des mères est particulièrement déterminant car les mères sont les premières responsables des soins apportés aux enfants. En effet, elles interviennent dans la prévention contre la maladie, le traitement de celle-ci, l'alimentation et l'hygiène des enfants.

La petite enfance est une période cruciale pour tenter de réduire les inégalités sociales en santé, c'est en effet à cette période que se constitue le capital santé. Les conditions favorables ou défavorables dans lesquelles se développe le jeune enfant ont un impact sur son développement physique, émotionnel, relationnel et cognitif immédiat et à long terme, des répercussions sur son état de santé adulte (Fotso, 2004 ; Thibaut de Seant, 2013). Par exemple, la malnutrition cause une incapacité permanente, un affaiblissement du système immunitaire, en plus, elle entrave le développement cognitif et mental des enfants malnutris (UNICEF, 1988). Ainsi, il se dégage aujourd'hui un consensus interdisciplinaire de plus en plus large quant au rôle critique que joue les premières années de l'enfance dans la formation des adultes bien portants et productifs (Magloire, 2020). Notamment, des enfants plus forts font des adultes plus résistants et plus productifs (UNICEF, 1988).

Les inégalités de santé prennent place bien avant la naissance des enfants. En effet, la situation socioéconomique des parents, notamment la manière et les conditions dans lesquelles se déroule la grossesse, détermine une grande partie de l'état de santé des futur-nés. Cela est particulièrement accentué au Niger où plus de 17% des femmes enceintes n'ont reçu aucune visite prénatale par un prestataire formé, et on constate également que cette proportion a tendance à baisser avec le niveau d'instruction et le statut socioéconomique du ménage – de 9% parmi les femmes sans instruction (INS, 2012).

Ces inégalités perdurent et se renforcent autour de la naissance, où à peine 30% des accouchements ont eu lieu dans un centre de santé et 34% des femmes ont reçu des soins postnatals dans les 48 heures après l'accouchement. Il existe des disparités selon la région, le milieu de résidence, le niveau d'instruction de la femme et le quintile de bien-être économique du ménage (INS, 2012). De plus, le faible poids à la naissance (indicateur important de la

santé du nourrisson en raison de sa corrélation avec la mortalité<sup>1</sup> et la morbidité infantiles), varie légèrement selon le milieu de résidence malgré la faible déclaration du poids de l'enfant à la naissance (INS, 2012).

La vaccination peut creuser ou atténuer les inégalités présentes à la naissance durant l'enfance. En effet, il est à noter d'importantes disparités selon le milieu et la région de résidence des parents au Niger. En effet, si en milieu urbain, 69 % des enfants sont complètement protégés contre les maladies cible du PEV, cette proportion n'est que de 49 % en milieu rural (INS, 2012). Dans les régions, on constate que c'est dans celles de Diffa et de Zinder que la proportion d'enfants complètement vaccinés est la plus faible (respectivement 42 % et 41 %) et dans celles de Niamey et d'Agadez qu'elle est, en revanche, la plus élevée (respectivement 73 % et 66 %) (INS, 2012). En outre, les variations selon le niveau d'instruction de la mère sont très importantes, la proportion d'enfants complètement vaccinés variant de 50 % quand la mère n'a aucune instruction à 59 % quand elle a un niveau primaire et à 73 % quand elle a un niveau secondaire ou plus (INS, 2012). Le taux de couverture vaccinale varie aussi avec le niveau économique du ménage de l'enfant, passant de 35 % dans les ménages classés dans le quintile le plus bas à 67 % dans ceux classés dans le quintile le plus élevé (INS, 2012).

D'autres facteurs de morbidité suivent la même tendance susmentionnée, de disparités, selon les conditions socio-économiques des parents et l'environnement immédiat de l'enfant. La morbidité diarrhéique chez les enfants de moins de cinq (5) ans, l'une des causes majeures de décès dans cette tranche d'âge, varie de 18,1% en milieu rural à 14,4% en milieu urbain en 2012 ; elle est de 23,4% chez les enfants de mères agricultrices contre 14,9% chez les enfants de mères de toutes autres occupations (Souley, 2017). De surcroît, les enfants les plus exposés à la malnutrition sont de mères résidant en milieu rural, n'ayant aucun niveau d'instruction, ont peu accès au média, et dont les maris sont agriculteurs (Haro, 2018).

Les indicateurs de malnutrition des enfants et de mortalité infanto-juvénile sont en constante baisse au Niger, au fil des différentes enquêtes démographiques et de santé et à indicateurs multiples (EDSN/MICS-2006 ; EDSN/MICS-2012). Toutefois, certains groupes sociaux restent à la marge de cette amélioration. Notamment, s'agissant des soins maternels, de la mortalité et de l'état nutritionnel. Qu'est ce qui explique les inégalités devant la santé

---

<sup>1</sup> La mortalité s'avère être le meilleur indicateur synthétique de santé (Rayaut, 1987). Ainsi, le niveau de la mortalité générale traduit d'une certaine manière l'état de santé d'une population donnée et surtout pour les enfants en bas âges. En plus, la mortalité s'avère être un indicateur d'état de santé particulièrement pertinent pour étudier les inégalités sociales de santé. Car c'est un indicateur objectif, il ne souffre donc pas des biais de déclaration connus affectant les autres indicateurs d'état de santé (Jusot, 2003).

des enfants de moins de cinq ans au Niger malgré les nombreux efforts pour faciliter l'accès aux services de santé aux couches sociales les plus démunies ? De nombreuses études sur la santé des enfants ont été réalisées en Afrique subsaharienne, et en particulier au Niger, mais elles se sont focalisées sur des thématiques spécifiques de la santé des enfants, non sur l'état global de santé des enfants. En plus, peu sont les études qui se sont intéressées à l'impact des disparités géographiques et socio-économiques des parents sur les inégalités devant la santé des enfants au Niger. Dès lors, un renouvellement des connaissances serait nécessaire.

### **Revue de littérature**

Les revenus interviennent dans l'accès aux "denrées rares", aussi bien en termes de facteurs environnants que dans l'accès aux soins de santé (Bossuyt et Van Oyen, 2001). Ainsi, les facteurs économiques influenceraient la santé des enfants à travers la salubrité de l'environnement, la disponibilité alimentaire et la possibilité financière de recours aux services de soins préventifs et curatifs. Et concernant les inégalités d'accès à l'alimentation, Castetbon (2014) estime qu'elle joue un rôle médiateur majeur dans les inégalités sociales de santé. Par conséquent, recommande-t-elle, il faut analyser les variations socioéconomiques de l'alimentation des enfants – qui dépendent entièrement de l'entourage – selon l'activité économique et le niveau d'instruction des parents.

Toutefois, l'impact des disparités géographiques et socio-économiques sur les inégalités de santé des enfants devrait être analysé dans une approche holistique. Car, d'une manière ou d'une autre, la distance culturelle entre les groupes sociaux crée des pratiques sanitaires différentielles chez les mères vis-à-vis de leurs enfants. Ainsi, les croyances étiologiques des maladies et les normes culturelles qui prévalent dans le milieu où les mères vivent, notamment celles relatives aux soins de santé et à l'alimentation, vont influencer la qualité des soins accordés à ces enfants. Toutefois, l'instruction des mères permet à celles-ci d'acquérir des connaissances et des expériences personnelles favorisant un changement de mentalités et une rupture plus facile avec les culturelles traditionnelles (Rwenge, 2000 ; Rakotondrabé, 2004). En plus, le recours aux soins de santé se construit autour des conflits, des interdits familiaux, de jeu de pouvoir dans le ménage, de l'influence de certains membres de la famille et de l'autonomisation de la femme (Younoussi, 1997 ; Harouna, 1998 ; Rakotondrabé, 2004). En effet, c'est là où le pouvoir décisionnel des mères dans le ménage entre en jeu, leurs capacités à recourir aux services de santé moderne pour elles-mêmes et pour leurs enfants.

Premièrement, les disparités géographiques entre le milieu urbain et le milieu rural les distinguent d'une part, par une facilité d'accès aux soins de santé en milieu urbain et une offre restreinte des services de santé en milieu rural et

d'autre part, par l'ouverture au monde en milieu urbain – donc une probable acquisition de nouveaux comportements sanitaires salvateurs. En plus, le milieu urbain se démarque particulièrement dans les pratiques en matière de soins de santé des enfants du milieu rural – qui est le chantre des traditions et coutumes en général (Dackam et al., 1993 ; Younoussi, 1997 ; Harouna, 1998 ; Tano et al., 2017 ; Siaka et al., 2017). De surcroît, pour Mbaye (2014), la pauvreté et l'absence d'infrastructures sociales de base en milieu rural se manifestent par de multiples privations affectant le bien-être des populations surtout parmi les catégories les plus vulnérables comme les mères et les enfants. Par conséquent, cette insuffisance de bien-être se traduit par une malnutrition souvent sévère chez les enfants. A cet effet, la pertinence du milieu de résidence des parents se mesure surtout au niveau de la mortalité des enfants, car les mères socialisées en milieu rural n'adoptent pas les mêmes pratiques nutritionnelles et vaccinales pour les enfants que celles du milieu urbain (INSD, 2009).

La région de résidence des parents apparaît dans d'analyse de la mortalité ou de la malnutrition comme une variable jouant sur l'exposition au risque, la prévalence et l'incidence des maladies ainsi que la transmission des endémies ou des épidémies. Dès lors, la contribution de la région est difficile à isoler de celle du milieu de résidence des parents (Dackam et al., 1993). Néanmoins, nous pouvons supposer que la région, au-delà de l'exposition au risque, peut jouer sur la culture sanitaire des mères car chaque région a ses particularités culturelles – surtout en matière de soins de santé qui part du traitement de la grossesse jusqu'à l'alimentation de l'enfant – et auxquelles s'ajoute l'accessibilité géographique des services de santé.

Deuxièmement, la recherche s'est peu à peu tournée dans les années 1990 et 2000 vers le statut économique des ménages, leur niveau de vie, et l'impact de la pauvreté, en tant que déterminants potentiels de la santé des enfants (Tabutin et Masquelier, 2017). Dans une étude dans Lanaudière, au Canada, André (2017) confirme le fait que la fréquentation des services de santé suit le gradient du statut socioéconomique. Ainsi, les différences de comportements des mères, et par conséquent les disparités de mortalité des enfants, proviennent des inégalités de statut socioéconomique des parents, en particulier des mères.

Enfin, le niveau de l'instruction des mères détermine dans une grande mesure l'accès à l'information et l'habilité à utiliser ces nouvelles informations de manière utile (Barbieri, 1991 ; et Bossuyt et Van Oyen, 2001). Ce qui expliquerait pourquoi l'instruction des mères est l'une des variables auxquelles les auteurs (Harouna, 1998 ; Bossuyt et Van Oyen, 2001 ; Jusot, 2003 ; Castetbon, 2014 ; André, 2017 ; Tabutin et Masquelier, 2017) se sont le plus intéressés dans la recherche sur les déterminants de la santé des enfants ; mais aussi c'est la variable de différenciation de santé des enfants la plus

importante. Les mères instruites deviennent moins fatalistes que les mères non instruites et préconisent les moyens médicaux de prévention des maladies pour elles-mêmes et pour leurs enfants (Harouna, 1998).

En plus, une autonomie financière à travers l'activité économique des mères, même précaire, permettra aux mères de subvenir aux soins primaires de leurs enfants. Ainsi le soulignait Rakotonrabé (2004), une mère qui exerce une activité rémunérée contribue au revenu familial et participe donc à l'amélioration des conditions de vie dans le ménage dont l'effet sur la santé n'est plus à démontrer. De plus, selon Younoussi (1997) et Rakotonrabé (2004), une grande partie du revenu des mères est utilisée pour le bien-être, et plus particulièrement ceux des enfants. En effet, l'autonomie financière des mères, si limitée soit-elle, et leur degré de liberté d'agir améliorent leurs dispositions de recours aux soins de santé pour elles-mêmes et pour leurs enfants.

## **II. Données et méthodologie de l'étude**

Les données des Enquêtes Démographiques et de Santé à indicateurs multiples (EDS-2006 et EDS-2012) permettent de rechercher les facteurs explicatifs de la malnutrition et de la mortalité des enfants au cours d'une période donnée pour l'ensemble des enfants.

Les variables dépendantes sont qualitatives et dichotomiques. Dès lors la régression logistique binaire est une des méthodes d'analyse explicative multivariée appropriée. Elle estime les risques ou la probabilité de survenance d'un événement en fonction des variables explicatives. La variable dépendante prend la modalité « 1 » quand l'événement est réalisé (décès d'un enfant ou l'enfant est malnutri) et 0 sinon. Ainsi, la régression logistique estime la probabilité d'un enfant de décéder ou d'être malnutri. Si P désigne la probabilité que l'événement étudié se réalise et 1-P la probabilité que cet événement ne se réalise pas alors le modèle de régression logistique permet de mettre  $L = \text{Log} (P / (1-P))$  sous la forme linéaire suivante :

$$L = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_pX_p$$

Où  $X_1, X_2, X_3, X_4$  sont les variables explicatives ou de classification et  $b_0, b_1, b_2, b_3, b_4$  les coefficients de régression du modèle. Au modèle, est associée, une forme non linéaire de la probabilité P qui se présente comme suit :  $P = 1 / (1 + \exp(-L))$ . Il y a lieu de noter que la régression logistique utilise la méthode du maximum de vraisemblance pour estimer les paramètres du modèle. Du fait de la non-linéarité du modèle, ces paramètres sont estimés par itération. Cette méthode est essentiellement probabiliste. Elle fournit des coefficients de régression "  $\beta_i$  " à partir desquels on calcule les Odds Ratio (OR) ou rapports de chances ( $\exp(\beta)$ ).

### **III. Résultats**

#### **Milieu de résidence des parents**

Comme indiqué au tableau 1, au Niger, le milieu de résidence des parents est déterminant pour un des trois indicateurs de malnutrition infanto-juvénile en 2006. Les enfants de parents résidant en milieu urbain sont 59% ( $P<0,01$ ) moins exposés au retard de croissance que les enfants de parents résidant en milieu rural. Aussi en 2012, le milieu de résidence des parents est uniquement déterminant pour le retard de croissance parmi les trois indicateurs de malnutrition. De ce fait, les enfants de parents résidant en milieu urbain ont 24% ( $P<0,10$ ) moins de risque d'avoir un retard de croissance que ceux de parents résidant en milieu rural.

Pour les périodes de référence des enquêtes EDS-2006 et EDS-2012, le milieu de résidence des parents est un déterminant des disparités de mortalité infanto-juvénile. Par conséquent, les enfants de parents résidant en milieu urbain sont 35% ( $P<0,05$ ) moins exposés à la mortalité que ceux de parents résidant en milieu rural. Il est constaté un avantage similaire en 2012 pour les enfants de parents résidant en milieu urbain, ils sont 50% ( $P<0,01$ ) moins exposés au risque de mortalité que leurs collègues de parents résidant en milieu rural.

#### **Région de résidence des parents**

La région de résidence des parents est un déterminant de l'état nutritionnel des enfants au Niger. Pour tous les trois indicateurs de malnutrition en 2006 comme en 2012, la région de résidence des parents est statistiquement ( $P<0,01$  ou  $P<0,05$ ) associée au risque de malnutrition des enfants. Les enfants de parents résidant dans les régions de Diffa /Maradi/Tahoua /Tillabéry/Zinder sont plus exposés à l'émaciation, au retard de croissance et à l'insuffisance pondérale en 2006 que ceux de parents résidant dans les régions de Niamey/Agadez/Dosso. Pour la période de 2006, les enfants les plus à risque pour la malnutrition sont de parents résidant dans les régions de Diffa/Tahoua/Maradi/ Zinder. Quant aux enfants de parents résidant dans la région Tillabéry leur état nutritionnel est contrasté par rapport aux enfants des régions de référence (Niamey/Agadez/Dosso).

La tendance des disparités régionales de malnutrition en défaveur des enfants de parents résidant dans les régions de Diffa /Maradi/Tahoua/Zinder se confirme et se creuse en 2012 et pour tous les indicateurs de malnutrition. Ainsi, les enfants de parents résidant dans ces régions, premièrement, sont en moyenne 2,63 fois ( $P<0,01$ ) plus exposés à l'émaciation que ceux de parents résidant dans les régions de Niamey/Agadez/Dosso/Tillabéry. Ensuite, ces enfants de parents résidant dans ces régions à risques sont au moins 2,51 fois ( $P<0,01$ ) plus exposés à la malnutrition chronique que ceux de parents résidant dans les régions Niamey/Dosso/Tillabéry. Enfin pour l'insuffisance pondérale, toujours en 2012, les enfants de parents résidant dans ces régions à

risque y sont en moyenne 3,54 fois ( $P<0,01$ ) plus exposés que ceux de parents résidant dans les régions de Niamey/Agadez. A noter que ce sont les enfants de parents résidant dans la région de Diffa qui sont les plus exposés à la malnutrition pour tous les indicateurs et à toutes les périodes, allant jusqu'à 6,60 fois ( $P<0,01$ ) plus de risques pour l'insuffisance pondérale.

### **Niveau de vie du ménage**

Le niveau de vie du ménage des parents joue un rôle contrasté sur les inégalités devant l'alimentation des enfants au Niger. En effet, il se dessine un léger avantage suivant le gradient économique des ménages pour l'état nutritionnel des enfants au Niger pour la période de 2006. Cependant, seuls les enfants des ménages très riches se distinguent. Ils sont 37% ( $P<0,01$ ) moins exposés à l'insuffisance pondérale que ceux de ménages de niveau de vie inférieur. Ce constat se confirme pour la période de 2012, où la malnutrition évolue inversement au niveau de vie des ménages. Les enfants de ménages très riches sont respectivement 42% ( $P<0,01$ ) moins exposés à l'émaciation et 27% ( $P<0,05$ ) moins exposés à l'insuffisance pondérale que ceux des ménages de niveau de vie inférieur.

Quant à l'impact des inégalités économiques des ménages sur la mortalité infanto-juvénile, aucune liaison claire ne se dégage. Ainsi, aucune surmortalité en défaveur des ménages classés dans les quintiles de vie inférieur n'apparaît.

### **Niveau d'instruction de la mère**

Le niveau d'instruction des mères est une variable déterminante des inégalités devant la nutrition des enfants au Niger. Les enfants de mères de niveau d'instruction secondaire ou plus sont 49% ( $P<0,01$ ) moins exposés à la malnutrition chronique et 64% ( $P<0,01$ ) moins exposés à l'insuffisance pondérale – qui est un indicateur combiné des deux formes de malnutrition chronique et aiguë – en 2006 que ceux de mères d'un niveau d'instruction inférieur. Il en est de même en 2012, les enfants de mères de niveau d'instruction d'au moins le secondaire sont 44% ( $P<0,01$ ) moins exposés à la malnutrition chronique et sont 32% ( $P<0,05$ ) moins exposés à l'insuffisance pondérale.

Le niveau d'instruction des mères se révèle non déterminant sur la mortalité infanto-juvénile différentielle au Niger (au seuil  $P<0,01$ ). Ainsi, les coefficients différentiels de risque de mortalité selon le niveau d'instruction des mères des enfants ne sont pas significatifs en 2006 et en 2012. Toutefois en 2006, les enfants de mères de niveau d'instruction secondaire ou plus ont un léger avantage, toutes choses égales par ailleurs, devant les risques de mortalité, 38% moins de risques ( $P<0,1$ ) que ceux de mères sans niveau d'instruction ou primaire. Par conséquent toutes choses égales par ailleurs, les disparités de niveau d'instruction des mères interviennent peu ou pas du tout

comme un déterminant des inégalités devant la mort des enfants au Niger. Cela confirme l'effet indifférent des caractéristiques socioéconomiques des parents sur les inégalités devant la mort des enfants, comme trouvé avec le niveau de vie des ménages.

**Tableau 1 :** Odds de malnutrition infanto-juvénile au Niger en 2006 et 2012  
 Le tableau suivant donne les odds de survenance de la malnutrition infanto-juvénile des deux enquêtes 2006 et 2012 au Niger.

Proportion malnutris selon l'indicateur et l'année	2006/Malnutrition			2012/Malnutrition		
	Emaciation <sup>2</sup>	Retard de croissance <sup>3</sup>	Insuffisance pondérale <sup>4</sup>	Emaciation	Retard de croissance	Insuffisance pondérale
	10,56%	44,9%	39,69%	15,96%	35%	40,66%
<b>Milieu de résidence des parents</b>						
Urbain	1.14 <sup>ns</sup>	0.41 <sup>***</sup>	0.80 <sup>ns</sup>	1.21 <sup>ns</sup>	0.76 <sup>*</sup>	0.93 <sup>ns</sup>
Rural	Modalité de référence					
<b>Région de résidence des parents</b>						
Agadez	1.53 <sup>ns</sup>	1.68 <sup>**</sup>	1.14 <sup>ns</sup>	1.04 <sup>ns</sup>	2.38 <sup>***</sup>	1.32 <sup>ns</sup>
Diffa	1.93 <sup>**</sup>	1.52 <sup>**</sup>	1.89 <sup>***</sup>	5.25 <sup>***</sup>	3.49 <sup>***</sup>	6.60 <sup>***</sup>
Dosso	1.25 <sup>ns</sup>	1.19 <sup>ns</sup>	1.22 <sup>ns</sup>	1.254 <sup>ns</sup>	1.37 <sup>ns</sup>	1.84 <sup>***</sup>
Maradi	1.35 <sup>ns</sup>	2.97 <sup>***</sup>	2.61 <sup>***</sup>	1.67 <sup>**</sup>	2.92 <sup>***</sup>	2.70 <sup>***</sup>
Tahoua	1.05 <sup>*</sup>	1.47 <sup>**</sup>	1.49 <sup>**</sup>	1.81 <sup>**</sup>	1.36 <sup>ns</sup>	2.15 <sup>***</sup>
Tillabéry	1.96 <sup>ns</sup>	1.45 <sup>*</sup>	1.37 <sup>ns</sup>	1.30 <sup>ns</sup>	1.41 <sup>ns</sup>	1.99 <sup>***</sup>
Zinder	1.14 <sup>ns</sup>	2.48 <sup>***</sup>	2.33 <sup>***</sup>	1.8 <sup>**</sup>	2.51 <sup>***</sup>	2.71 <sup>***</sup>
Niamey	Modalité de référence					
<b>Niveau de vie du ménage des parents</b>						
Très Pauvre	Modalité de référence					
Pauvre	0.96 <sup>ns</sup>	0.80 <sup>*</sup>	0.90 <sup>ns</sup>	0.75 <sup>*</sup>	1.26 <sup>**</sup>	1.00 <sup>ns</sup>
Moyen	0.95 <sup>ns</sup>	0.92 <sup>ns</sup>	0.96 <sup>ns</sup>	0.78 <sup>ns</sup>	0.83 <sup>ns</sup>	0.83 <sup>ns</sup>
Riche	0.72 <sup>ns</sup>	1.04 <sup>ns</sup>	0.98 <sup>ns</sup>	0.83 <sup>ns</sup>	1.04 <sup>ns</sup>	0.98 <sup>ns</sup>
Très Riche	0.66 <sup>ns</sup>	0.75 <sup>ns</sup>	0.63 <sup>***</sup>	0.58 <sup>***</sup>	0,82 <sup>ns</sup>	0.73 <sup>**</sup>
<b>Niveau d'instruction des mères</b>						
Sans niveau	Modalité de Référence					

<sup>2</sup> Cet indice donne une mesure de la masse du corps en relation avec la taille. Il est considéré comme un bon reflet de la situation nutritionnelle actuelle (au moment de l'enquête). Il est donc influencé par la période de la collecte des données. Cet indice permet d'estimer l'émaciation généralement associée à une perte de poids récente ou progressive.

<sup>3</sup> La mesure de la taille pour âge, est un indice de malnutrition chronique, en ce sens qu'il mesure les effets à long terme de la malnutrition et ne varie que très peu en fonction de la saison et de la collecte des données. Une taille trop petite pour un âge donné, est la manifestation d'un retard de croissance ou d'un rabougrissement.

<sup>4</sup> C'est un indice qui reflète à la fois et sans les différencier, les deux formes précédentes de la malnutrition, chronique et aiguë. C'est donc un indice combiné : un poids trop petit pour un âge donné est la manifestation d'une insuffisance pondérale chez les enfants.

Primaire	1.10 <sup>ns</sup>	0.98 <sup>ns</sup>	0.90 <sup>ns</sup>	0.90 <sup>ns</sup>	1.01 <sup>ns</sup>	0.93 <sup>ns</sup>
Secondaire et plus	0.85 <sup>ns</sup>	0.51 <sup>***</sup>	0.36 <sup>***</sup>	1.25 <sup>ns</sup>	0.56 <sup>***</sup>	0.68 <sup>**</sup>
Chi2	15.40	183.69	161.81	115.97	201.39	184.65
NB : *** = P<0,001 ; ** = <0,05 ; * = <0,1						

Source : Calcul de l'auteur à partir des données de l'EDS-2006 et de l'EDS-2012 (DHS)

**Tableau 2 :** Odds de mortalité infanto-juvénile au Niger 2006 et 2012

Ce tableau donne les odds de survenance de la mortalité infanto-juvénile au Niger des deux enquêtes 2006 et 2012 au Niger.

Quotient de mortalité infanto-juvénile pour 1000 (5q0)	Odds	
	2006	2012
	198 (INS, 2006)	127 (INS, 2012)
<b>Milieu de résidence des parents</b>		
Urbain	0,65 <sup>**</sup>	0,50 <sup>***</sup>
Rural	Modalité de référence	
<b>Région de résidence des parents</b>		
Agadez	0,62 <sup>**</sup>	0,45 <sup>**</sup>
Diffa	0,42 <sup>***</sup>	0,23 <sup>***</sup>
Dosso	0,92 <sup>ns</sup>	1,04 <sup>ns</sup>
Maradi	0,95 <sup>ns</sup>	0,80 <sup>ns</sup>
Tahoua	0,90 <sup>ns</sup>	0,68 <sup>*</sup>
Tillabéry	0,73 <sup>ns</sup>	1,15 <sup>ns</sup>
Zinder	1,16 <sup>ns</sup>	0,74 <sup>ns</sup>
Niamey	Modalité de référence	
<b>Niveau de vie du ménage des parents</b>		
Très Pauvre	Modalité de référence	
Pauvre	1,01 <sup>ns</sup>	1,27 <sup>**</sup>
Moyen	1,04 <sup>ns</sup>	1,93 <sup>ns</sup>
Riche	1,250 <sup>*</sup>	1,29 <sup>**</sup>
Très Riche	0,94 <sup>ns</sup>	1,07 <sup>ns</sup>
<b>Niveau d'instruction des mères</b>		
Sans niveau	Modalité de Référence	
Primaire	0,98 <sup>ns</sup>	0,89 <sup>ns</sup>
Secondaire et plus	0,62 <sup>*</sup>	0,92 <sup>ns</sup>
Chi2	77,66	125,35
NB : *** = P<0,01 ; ** = P<0,05 ; * = P<0,1		

Source : Calcul de l'auteur à partir des données de l'EDS-2006 et de l'EDS-2012 (DHS)

## **Discussion**

### **Milieu de résidence des parents**

Il existe des disparités importantes d'exposition à la malnutrition chronique et à la mortalité infanto-juvénile au Niger en 2006 comme en 2012 ( $P < 0,01$ ) en faveur des enfants de parents résidant en milieu urbain. Les disparités de malnutrition chronique en faveur des enfants urbains sont dues à la nature de l'indicateur. En effet, le retard de croissance mesure les effets à long terme de la malnutrition et ne varie que très peu en fonction de la saison et de la collecte des données. Par conséquent, les enfants urbains disposent des infrastructures sociales et sanitaires pour le rattrapage nutritionnel, surtout l'émaciation marquée par les périodes de difficultés alimentaires et économiques. D'ailleurs, les inégalités devant la mort en faveur des enfants urbains confirment, dans une certaine mesure, le rôle des infrastructures sociales et sanitaires dans les centres urbains.

Concernant les mécanismes d'action de l'impact du milieu de résidence des parents sur la santé des enfants, le milieu de résidence des parents joue un rôle pilier, que ce soit sur le risque de malnutrition chronique – le retard de croissance – ou de mortalité des enfants au Niger. C'est ainsi que par l'influence des disparités d'accès aux services sociaux de base au Niger (notamment les services de santé) et aux denrées alimentaires, le milieu de résidence des parents devient prépondérant dans les inégalités de santé des enfants au Niger. Dès lors, résider en milieu rural nigérien est, de facto et indéniablement, un facteur de discrimination pour la santé des enfants. Toutefois, les conditions socio-économiques favorables des parents atténuent le rôle des disparités géographiques – notamment l'inégal répartition des services sociaux de base au Niger entre le monde rural et les grandes villes – sur les inégalités de santé des enfants. Et cela est rendu possible par les facilités d'accès aux denrées alimentaires et aux services de santé que permettent les conditions socio-économiques favorables de certains parents en milieu rural. Les inégalités devant la santé des enfants au Niger s'expliquent, ainsi en grande partie, par l'accès différentiel aux services de santé et aux denrées alimentaires entre le milieu urbain et le milieu rural. Dans une étude sur le Burkina Faso et Nigéria sur les inégalités sociales de mortalité, Tabutin et al. (2017) trouvent que, pour l'état nutritionnel des enfants, les progrès sont évidents dans toutes les couches de la population mais l'insuffisance pondérale des enfants reste liée au milieu d'habitat – il est, ainsi, de 2 à 3 fois plus élevé dans les campagnes que dans les grandes villes. Ainsi, face aux fortes disparités socio-économiques – par exemple : les denrées alimentaires et les possibilités de ressources alternatives en milieu urbain – et de disponibilité des

services de santé entre milieu urbain et rural, la position socioéconomique des parents se dilue, et son influence sur la santé des enfants (mortalité et malnutrition) se trouve reléguer au second plan. De ce fait, le facteur major d'inégalités de santé devient le milieu de résidence des parents, qui réduit les inégalités socio-économiques des parents à l'intérieur des milieux de résidence de celui-ci. C'est ainsi, dans ce sens, que Ibrahim (2011) trouve que le recours aux soins prénatals – qui sont fortement corrélés à l'insuffisance pondérale – au Niger est, en grande partie, déterminé par la disponibilité des services de santé, donc des infrastructures sociales du milieu de résidence des parents, surtout des mères, au Niger. Par conséquent, il est constaté une surmortalité infanto-juvénile en milieu rural (Abdou, 2017).

Mais, le contraste de disparité d'émaciation – qui reflète la situation nutritionnelle des enfants au moment de la collecte des données –, en 2006 comme en 2012, entre les enfants de parents résidant en milieu urbain et rural, nous permet de mettre une réserve sur le rôle de la disponibilité des ressources alimentaires en milieu urbain. Aussi d'une part, il ne faudra pas perdre de vue la structure des villes nigériennes, où à part les capitales régionales beaucoup s'assimilent à de gros villages. Ces villes moyennes, en dehors des infrastructures de santé, vivent majoritairement de l'agriculture, comme en milieu rural, et du petit commerce. Raison pour laquelle, Dackam et al. (1993) appelaient à distinguer les grands centres urbains des villes moyennes (qui sont souvent décrétées) dans l'étude de la santé des enfants en Afrique. Car, au Sud du Sahara, les villes sont diverses et multiformes. D'autre part, il n'est pas rare de voir les populations de ces villes moyennes comme grandes villes garder les mêmes habitudes alimentaires que les populations rurales. Sans oublier encore, la paupérisation des centres urbains nigériens liée à l'exode rural vers ces villes. Aussi, il est fréquent de voir, dans ces villes, les populations vivre exactement dans les conditions rurales en milieu urbain car ces populations, tout en étant en ville, subissent une extrême pauvreté matérielle jusqu'à converser la case comme habitat.

### **Région de résidence des parents**

Pour la période de référence de l'EDS-2006 les inégalités régionales de malnutrition en défaveur de Diffa/Maradi/Tahoua/Zinder étaient dues uniquement à la malnutrition chronique et à l'insuffisance pondérale des enfants. Mais pour la période 2008-2012, toutes choses égales par ailleurs, les enfants de parents résidant dans ces régions présentaient encore plus de risques pour toutes les formes de malnutrition. Pour toutes les formes de malnutrition les enfants de parents résidant dans la région de Diffa sont les plus discriminés par rapport à ceux de parents résidant dans toute autre région du Niger, en plus, leur fardeau nutritionnel se double voire se triple sur la période 2008-2012. A l'opposé, que ce soit en 2006 ou en 2012, les enfants de parents

résidant dans les régions de Niamey/Agadez/Dosso/Tillabéry sont les moins exposés à la malnutrition, toutes choses égales par ailleurs. A noter que, les enfants de parents résidant dans les régions de Niamey ou d'Agadez se démarquent en termes de meilleur état nutritionnel à toutes les périodes et pour tous les indicateurs de malnutrition des autres enfants de toute région de résidence, à l'opposé se trouvent les enfants de parents résidant dans la région de Diffa.

Quant à la mortalité infanto-juvénile, elle varie selon la région de résidence des parents ( $P < 0,01$ ). Pour toutes les périodes de référence de l'EDS-2006 et de l'EDS-2012, il existe des disparités régionales importantes de mortalité des enfants. De ce fait, comparativement aux enfants de parents résidant dans les régions Dosso/Maradi/Tahoua/Tillabéry/Zinder, les enfants de parents résidant dans les régions d'Agadez/Diffa sont respectivement, d'une part en 2006 : 48% ( $P < 0,05$ ) et 58% ( $P < 0,01$ ) moins exposés à la mortalité. Et d'autre part en 2012, les enfants de ces régions sont : 55% ( $P < 0,05$ ) et 77% ( $P < 0,01$ ) moins exposés à la mortalité infanto-juvénile. Dans une analyse des déterminants de la mortalité au Niger Daouda (2012) trouvent des résultats similaires. Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, les enfants de parents résidant dans les régions d'Agadez et de Diffa sont largement les moins exposés aux risques de décéder. En plus, contrairement aux résultats des indicateurs de malnutrition au Niger sur les deux périodes 2000-2006 et 2008-2012, les disparités de mortalité infanto-juvénile sont en faveur des enfants de parents résidant dans la région de Diffa et ceux de parents Niamey et d'Agadez dans une moindre mesure. Toutefois, comme la tendance à l'augmentation des inégalités régionales de malnutrition des enfants entre 2006 et 2012, les disparités régionales de mortalité infanto-juvénile se sont creusées entre 2006 et 2012 ; ainsi, les baisses de mortalité infanto-juvénile observées (INS, 1998 ; INS, 2006 ; INS, 2012) loin d'être uniformes parmi les régions se sont aggravés pour certaines régions en 2012.

De ces résultats ci-dessus, il ressort que les enfants de parents résidant dans les régions de Niamey et d'Agadez bénéficient, globalement, de meilleurs indicateurs de santé que ceux de parents résidant toute autre région du Niger – Diffa/Maradi/Tahoua/Zinder pour l'état nutritionnel et Maradi/Tahoua/Zinder pour la mortalité. De ce fait, des pistes de réponses peuvent être avancées qui feraient que les enfants de ces deux régions sont moins exposés à la malnutrition et à la mortalité comparativement aux enfants de toute autre région du Niger, quoique l'urbanisation ne semble pas conférer un avantage significatif aux enfants citadins pour la mortalité.

Les écarts de mortalité et de malnutrition des enfants au Niger, comme au Burkina Faso et au Nigéria, varient en fonction du type d'habitat, du rythme de l'urbanisation, des caractéristiques socioéconomiques respectives des deux milieux (éducation, niveau de vie, services de santé...) ainsi que des politiques

sanitaires (Tabutin et al., (2017). Aussi, l'accès à une eau de qualité et à une infrastructure routière facilite les déplacements des populations, réduit de ce fait le coût de l'écoulement de la production des zones agricoles et améliore le revenu et le bien-être des familles, qui peut se traduire en une meilleure prise en charge des enfants (Mbaye, 2014). Par conséquent, l'inégale répartition des services sociaux de base entre les villes et la campagne, et les régions au Niger, ce qui expliquent largement ces disparités de malnutrition et de mortalité entre les enfants de parents des régions de Niamey et d'Agadez et les autres régions du Niger. Ainsi, en Côte d'Ivoire, Tano et al. (2014) trouvaient que les enfants de milieu urbanisé souffraient moins d'infections respiratoires, de fièvre ou de retard de croissance que ceux de milieu rural. En effet, ce sont dans ces deux régions où la couverture vaccinale est la plus élevée au Niger INS (2012). Car l'urbanisation rapide devrait conduire à une accélération de la transition sanitaire. De ce fait, des variables influençant la santé (état nutritionnel et mortalité) des enfants au Niger, la région de résidence des parents revêt la plus grande importance.

Dans une étude sur l'impact des infrastructures sociales sur l'état nutritionnel des enfants au Sénégal, Mbaye (2014) donne la confirmation des hypothèses avancées ci-dessus. Ces hypothèses expliquent les rôles des inégalités géographiques sur la santé différentielle des enfants au Niger. Par conséquent, les inégalités de santé entre les enfants des régions de Niamey et d'Agadez et ceux de toute autre région du Niger s'expliquent par les disparités socioéconomiques entre les régions et trouvent leur fondement au niveau du contexte régional.

### **Niveau de vie du ménage**

Dans le même sens que nos résultats, Tabutin et Masquelier (2017) trouvent qu'au Burkina Faso, les écarts de mortalité sont relativement faibles entre les ménages très pauvres, pauvres et moyennement favorisés. Une véritable sous-mortalité n'apparaît que parmi les élites les plus riches. Mais, Daouda (2012) impute la liaison contrastée entre le train de vie des ménages et la mortalité infanto-juvénile au Niger à la méthode de calcul de la variable niveau de vie des ménages qui dépend arbitrairement des informations disponibles (biens durables et caractéristiques du logement) pour son calcul. Quelques éléments contextuels tendent à expliquer l'absence d'un effet conséquent des disparités économiques sur les inégalités devant la santé des enfants au Niger. Ainsi, le Niger, au niveau macro-économique, fait partie des pays les moins inégalitaires au monde, avec un coefficient de Gini ( $<0,39$ ) très faible, (PNUD, 2017). Cette relative égalité au niveau macro-économique, d'une part, peut expliquer l'absence d'un impact différentiel du train de vie des ménages sur la santé des enfants au Niger. Mais, il est nécessaire d'aller au-delà, pour voir ce qu'il en est au niveau micro-économique, où d'autre part

déjà en 1987 à Maradi, Raynaut trouvait qu'il n'existait aucune liaison entre le statut nutritionnel des enfants et le train de vie des ménages, tout comme le rapport de mortalité n'évolue pas en fonction de l'accroissement du niveau de vie. Car, constata-t-il, que d'un ménage riche à un ménage pauvre, il y a une grande uniformité des habitudes alimentaires qui ne varient guère, de même que les comportements éducatifs et les soins apportés aux jeunes enfants – sevrage, soins corporels – (Raynaut, 1987). En plus, c'est en Afrique contrairement aux autres pays du Sud que les écarts de mortalité sont les plus faibles entre les groupes les plus pauvres et les plus riches (Tabutin et Masquelier, 2017).

Pour le cas spécifique des inégalités sociales devant la mortalité infanto-juvénile, les politiques de gratuité de soins de santé en faveur des enfants de moins de cinq ans – qui ont été mises en place depuis 2006 – ne sont pas étrangères aux réductions drastiques des inégalités devant la mort au Niger. De ce fait, il est possible que les politiques de gratuité de soins de santé aient permis d'amenuiser l'impact des inégalités socioéconomiques des parents sur la mortalité différentielle des enfants de moins de cinq ans au Niger. Car, d'après l'enquête sur la gratuité des soins de santé, une forte proportion des populations connaît les services de soins gratuits pour les enfants de moins de cinq ans et elles y font recours pour ces derniers (INS, 2015). En effet, selon INS (2015), 96% des bénéficiaires ont déclaré que les centres de santé constituent leur premier recours en cas de problème de santé depuis l'introduction de la gratuité des soins chez les femmes et les enfants de moins de cinq ans au Niger. De surcroît, dans 92% des cas c'est la mère l'accompagnatrice de l'enfant, d'où l'importance du pouvoir de décision des mères en matière de soins de santé.

Cependant, les politiques de gratuité des soins de santé n'ont pas eu les mêmes effets sur l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans, précisément pour atténuer le rôle des inégalités socioéconomiques des parents. Car, les soins de santé interviennent en dernier recours, surtout comme moyen de réparation ou de rétablissement des enfants malnutris. Ainsi, le manque d'effet de ces politiques sur l'état nutritionnel différentiel des enfants est lié au caractère privé de la nutrition, qui reste, malgré tout, une question strictement intime aux conditions socioéconomiques des ménages comme rappeler ci-dessus, en particulier celles des mères. Mais de surcroît, Oliver de Sardan (2007) estime que le régime alimentaire « normal » au Niger est déjà un « facteur de risque » pour une malnutrition. En effet la malnutrition reste élever même chez les enfants de ménages riches – qui touche toutes les couches sociales. De ce fait, les familles vulnérables – défavorisées – sont encore plus gravement frappées par les crises alimentaires qui sévissent régulièrement au sahel (Tano et al., 2010).

Néanmoins, des disparités importantes demeurent au sein du pays, entre les ménages les plus riches et les plus pauvres où les derniers manquent de tout – notamment les moyens de subsistance, l'accès à l'eau potable et l'accès aux services sociaux de base.

### **Niveau d'instruction de la mère**

L'impact des différences de niveau d'instruction des mères est plus marqué sur les inégalités devant l'alimentation des enfants au Niger et reste limiter sur les inégalités de mortalité infanto-juvénile en 2006 voire inexistant en 2012. De plus, il faut un certain niveau d'instruction des mères pour avoir un impact positif sur l'état nutritionnel des enfants, au moins le secondaire. Cela est rendu possible car les mères instruites peuvent accéder facilement aux marchés des biens alimentaires et aux compléments alimentaires pour leurs enfants, par l'entremise d'une activité rémunérée grâce à leur instruction qui accroît leurs ressources (Akoto, 1990). Aussi, Harouna (1998) estime que l'instruction des mères facilite la communication avec les personnels des services de santé, en plus. Par conséquent, ces mères instruites recourent plus au service de santé pour leurs enfants. De ce fait, elles sont mieux informées sur les pratiques alimentaires adéquates pour leurs enfants.

Les inégalités d'instruction des mères interviennent, surtout, sur l'état nutritionnel différentiel des enfants car, par les variations socioéconomiques, l'alimentation joue un rôle médiateur majeur dans les inégalités sociales de santé (Castetbon, 2014). Aussi, l'état nutritionnel est partout positivement associé au niveau d'instruction des mères (Tabutin et Masquelier, 2017). Une piste d'explication est que l'alimentation des enfants, en fonction de la disponibilité des denrées alimentaires, dépend exclusivement des capacités économiques et financières des ménages et en particulier des mères pour y accéder ainsi que des habitudes alimentaires socialement et culturellement construites. La malnutrition différentielle reflète ainsi les inégalités socioéconomiques des ménages plus que autres choses car les personnes (et les mères en particulier) précaires et pauvres ont une accessibilité financière à l'alimentation très réduite et les consommations des groupes d'aliments considérés comme favorables à la santé sont très faibles dans ces populations (Castetbon, 2014). En 2005, Cornia et Deotti (2014) confirmait déjà l'hypothèse d'une relation entre hausse rapide des prix des biens alimentaires et malnutrition des enfants au Niger. C'est ainsi que les variations du prix du mil enregistrées au Niger entre avril et septembre 2005 ont eu un impact sur la malnutrition infantile. L'absence d'un effet différentiel du niveau d'instruction des mères sur la mortalité conforte cette hypothèse car les politiques de gratuité des soins de santé en réduisant les difficultés financières d'accès aux soins aux couches sociales les plus vulnérables ont réduit, de ce fait, le rôle du niveau d'instruction des mères sur la mortalité des enfants.

## Conclusion

Il ressort de ce travail que le contexte de résidence – milieu de résidence et région de résidence –, le niveau de vie des ménages et le niveau d’instruction des mères sont déterminants pour la santé des enfants au Niger. Toutefois, certains de ces facteurs agissent à la fois sur l’état nutritionnel et la mortalité générale des enfants et d’autres interviennent soit sur l’état nutritionnel, soit la mortalité générale des enfants. L’impact des inégalités géographiques et socioéconomiques des parents, et en particulier des mères s’exerce sur la santé des enfants au Niger comme suit :

En premier lieu et indirectement, les disparités géographiques jouent sur les inégalités de disponibilité des ressources alimentaires (ou vivrières) et les inégalités d’accès aux services sociaux de base, en particulier les services de santé pour impacter les inégalités devant la santé des enfants au Niger. En plus, les inégalités d’accès aux services sociaux de base agissent aussi sur les inégalités socioéconomiques des parents. Car les indicateurs socioéconomiques ou démographiques des ménages ou des individus dépendent, fortement, des indicateurs socioéconomiques ou démographiques collectifs. Par conséquent, il est constaté de fortes disparités géographiques devant la santé des enfants au Niger. De ce fait, il y a un double fardeau d’un contexte géographique défavorable (milieu rural et toute région de résidence en dehors de Niamey et Agadez) sur les inégalités devant la santé des enfants, qui joue à la fois sur la capacité<sup>5</sup> des parents et la capacité<sup>6</sup> des parents, surtout celles des mères. Ainsi, il existe d’importantes disparités d’état nutritionnel des enfants selon que les parents résident dans en milieu rural et/ou dans les régions de Diffa/Maradi/Tahoua/Zinder. En plus, les enfants des zones rurales sont plus exposés à la mortalité. Il en est de même pour les enfants de parents résidant dans les régions de Dosso/Maradi/Tahoua/Tillabéry/Zinder. Par conséquent, les enfants à risques pour la malnutrition sont de parents résidant en zones rurales dans les régions de Diffa//Maradi/Tahoua/Zinder et ceux à risques pour la mortalité sont de parents résidant en zones rurales dans les régions de Dosso/Maradi/Tahoua/Tillabéry/Zinder. C’est là l’impact des inégalités structurelles, liées aux politiques de santé, sur les inégalités devant la santé des enfants au Niger. Donc, toute politique d’amélioration du bien-être des enfants au Niger devra mettre l’accès en priorité sur ces enfants à risques. Néanmoins, en deuxième lieu, les disparités géographiques des parents n’agissent pas directement sur la santé des enfants mais, par l’intermédiaire

---

<sup>5</sup> Du fait d’un déficit des services sociaux de base dans un tel contexte géographique, les parents sont peu instruits ; vivent de l’agriculture et de l’élevage soumis aux aléas climatiques et ils ont un fort ancrage culturel.

<sup>6</sup> Disponibilité des services sociaux de base limitée (école, route, services de santé...) et l’extrême pauvreté de la grande partie des populations en milieu rural nigérien.

des disparités socioéconomiques des parents. C'est ainsi que les enfants de parents disposant de meilleures caractéristiques socioéconomiques ont un meilleur état nutritionnel. Et cela est rendu possible, par le truchement d'un meilleur accès aux denrées alimentaires et de meilleures pratiques alimentaires par rapport aux enfants de parents de caractéristiques socioéconomiques défavorables. C'est ainsi que les enfants de parents résidant dans les régions de Diffa/Maradi/Tahoua/Zinder se trouvent les plus exposés à la malnutrition car ces régions décèlent les plus grands taux de pauvreté (Daouda, 2012), toutes choses à égales par ailleurs. La crise sécuritaire dans la région de Diffa a contribué énormément à la dégradation de l'état nutritionnel des enfants de cette région. Du fait qu'en moyenne pour les trois indicateurs de malnutrition, les risques d'exposition à la malnutrition sont passés de 1,79 fois plus à 5,11 fois plus. Toutefois, les politiques de gratuité des soins de santé au Niger en faveur des enfants de moins de cinq ans ont permis de réduire l'impact des disparités socioéconomiques des parents sur la mortalité différentielle des enfants.

Tout ceci montre la complexité des mécanismes de l'action des disparités socioéconomique des parents sur la santé des enfants au Niger. En plus, au Niger l'accès aux soins de santé de qualité pour la majorité des Nigériens reste un défi. Si accès y est, il est souvent inégalitaire au sein des groupes sociaux à l'intérieur du pays. Ainsi, il se dégage, au Niger, le constat selon lequel l'état de santé des enfants dépend de l'existence et de la qualité des « biens sociaux » qui sont étroitement liés au contexte de résidence des parents tels que les services de santé, les denrées alimentaires et le système éducatif, et donc des régimes sociopolitiques. Ensuite, la santé des enfants dépend des facteurs socioéconomiques des ménages – l'instruction des mères et les biens sociaux du ménage –, et en particulier des mères (Herjean, 2006). De ce fait, les études sur les inégalités sociales de santé, et particulièrement celle des enfants, constituent en effet un défi et un enjeu majeur, notamment pour les politiques et programmes destinés à l'amélioration du bien-être des enfants et de la survie des enfants (Feachem, 2000). Car, le mécanisme d'action de la position sociale des parents, surtout de la mère, sur la santé des enfants est complexe et l'enfant n'en est pas l'auteur principal (Masuy-Stroobant, 1987).

L'une des limites de notre étude est l'ancienneté des données utilisées.

### References:

1. Akoto E. (1990). Christianisme et inégalités en matière de mortalité des enfants en Afrique noire. *Population (French Edition)*, Vol. 45, No. 6 (Nov. - Décembre., 1990), pp. 971-992.
2. BANZA B. (1993). Etudes de quelques déterminants des comportements de santé des enfants au Burkina Faso : Cas du Bobo

- Dioulasso, IRD, Santé des mères et de l'enfant. Exemples africains, Colloques et Séminaires, PP. 61-79.
3. BOSSUYT N. et VAN OYEN H. (2001). Rapport de Santé : Différences socioéconomiques en Santé. Institut Scientifique de la Santé Publique, Service d'Epidémiologie IPH/EPI REPORTS N° 2001 - 013 novembre 2001, Bruxelles, 15p.
  4. CLAUDE R. (1987). Cette communication traite d'un aspect particulier du Programme de Recherche : Croissance urbaine et Santé à Maradi (Niger). Mené conjointement par l'ORSTOM, le CNRS et l'Université de Bordeaux II - en association avec le ministère de la Santé et des Affaires sociales du Niger ainsi qu'avec l'Université de Niamey, PP. 477-503.
  5. DACKAM R., GUBRY P. et NGWE E. (1993). Les inégalités géographiques de la mortalité au Cameroun. Sociales sciences, vol.36, numéro 10, PP. 1285-1290.
  6. GERVAIS B. (2003). Entre tradition et modernité : fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun. Col Harmattan, éd Académia-Bruylant, 298p.
  7. GIOVANNI ANDREA C. et LAURA D. (2014). Prix du mil, politique publique et malnutrition des enfants : le cas du Niger en 2005. Revue d'économie du développement, 2014/1 Vol. 22, PP. 5-36.
  8. GODELIEVE M. S. (1987). Les explications en Sciences sociales. La recherche des causes en démographie : Les explications des différences sociales en matière de mortalité infantile. Institut de Démographie, Université Catholique de Louvain, PP. 22-50, CHAIRE QUATELET, 475p.
  9. GUILLEMETTE A. (2017). Les inégalités sociales de santé dans Lanaudière : Statut socioéconomique et recours aux services de santé. Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, mars 2017, PP. 1-40.
  10. INS (2006). Troisième Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS III). Niamey, 465p.
  11. INS (2012). Quatrième Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS IV). Niamey, 458p.
  12. INS (2015). Etude sur la gratuité des soins de santé au Niger. Niamey, 97p.
  13. JAEN-PIERRE O. de S. (2007). Crise alimentaire et malnutrition infantile au Niger : le bilan de la « famine » de 2005. Presses de Sciences Po, « Critique internationale », numéro 37, PP.37-49.
  14. JEAN-CHRISTOPHE F. (2004). Malnutrition et morbidité chez les enfants en Afrique : Concentration et inégalités socioéconomiques

- familiales et communautaires. Thèse de Doctorat en Démographie, Université de Montréal, 164p. +annexes.
15. KATIA C. (2014). Maladies chroniques, Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique : facteurs sociaux, culturels, économiques et inégalités sociales en matière de nutrition. In VS, Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle USEN, Bobigny, PP. 131-187, Les éditions Inserm, 2014, 101 rue de Tolbiac, 75013 Paris, 731p.
  16. MAAZOU I. (2011). Facteurs explicatifs du recours aux soins prénatals au Niger. Mémoire de Master Professionnel en Démographie, Université de Yaoundé II SOA, IFORD, 93p.+annexes.
  17. MAGALI B. (1991). Les déterminants de la mortalité des enfants dans le Tiers-monde. PP. 22-30, CEPED, les dossiers du CEPED numéro 18, Paris, 40p.
  18. MAGLOIRE S. (2020). Document Pédagogique d'Economie et Population II. IFORD, Yaoundé.
  19. ODILE A., ISSAKA T., YAO E. K., PHILIPPE D., N'CHO S. D., KOUAME K., ALIMATA J. D.S., MICHELE D. (2010). Malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans au Nord de la Côte d'Ivoire. S.F.S.P, Santé Publique, Vol.22, PP. 213-220.
  20. OMS (2008). Commission des déterminants sociaux de la santé : Comblent le fossé en une génération. Résumé analytique du rapport final, Genève, 40p.
  21. OMS (2014). Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. Genève, 22p.
  22. PATRICIA R. (2004). Le statut de la femme, prise de décision et santé des enfants. Thèse de Doctorat en Démographie, Université de Yaoundé II SOA, IFORD, 348p. +annexes.
  23. PATRICK H. (2006). L'approche multiniveau de la santé. Cahiers de Géographie du Québec, Volume 50, Numéro 141, décembre 2006, P.347-355, Diffusion numérique mars 2007 sur erudit, consulter le 23/03/2020.
  24. PNUD (2017). Rapport sur les Inégalités de revenus en Afrique subsaharienne Tendances divergentes, déterminants et conséquences. Ouvrage publié sous la direction de Ayodele Odusola, Giovanni Andrea Cornia, Haroon Bhorat et Pedro Conceição, Aperçu général.
  25. RABE Malam A. (2017). Influence des caractéristiques contextuelles, économiques et sociodémographiques des mères et de l'enfant sur la mortalité infanto-juvénile selon le sexe au Niger », mémoire de Master Professionnel en Démographie, Université de Yaoundé II SOA, IFORD, 132p.

26. RICHARD G. A. F. (2000), « Systèmes de santé : des données nouvelles alimentent le débat », Editorial, Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, Recueil d'articles numéro 3.
27. SIAKA C. et CLAUDINE S. (2018). Inégalités géographiques de recours aux soins de santé maternelle au Mali : rôles respectifs des caractéristiques individuelles, familiales et communautaires. African Population studies vol.32, numéro 3, Décembre 2018, PP. 4469-4485.
28. SOUMANA H. (1998). Incidence du comportement des mères en matière de soins de préventifs sur la mortalité des enfants au Niger. IFORD, Les cahiers de l'IFORD, numéro 22, Yaoundé, 123 p.
29. TABUTIN D. et MASQUELIER B. (2017). Tendances et Inégalités de mortalité de 1990 A 2015 dans les pays à revenu faible et intermédiaire. INED, « Population » Vol.72, numéro 2, PP. 227-307.
30. TANANG T. P. (2009). Facteurs explicatifs de la malnutrition des enfants de moins de cinq au Cameroun. Mémoire de Master Professionnel en Démographie, Université de Yaoundé II SOA, IFORD, 156p. +annexes.
31. THIBAUT de S. P. (2013). Les inégalités sociales de santé commencent dès le plus jeune âge. Le magazine la santé en action de l'INPES, numéro 426, PP. 18-22.
32. THIERRY E. et al (2018). Les inégalités sociales et spatiales de mortalité en Belgique : 1991-2016. Journal Openedition, Consulter le 14/03/2020.
33. THIERY L. (2014). Maladies chroniques, Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique : Maladies chroniques, pratiques de soins et facteurs socioéconomiques. U 558, Toulouse, PP. 3-27, Les éditions Inserm, 2014, 101 rue de Tolbiac, 75013 Paris, 731p.
34. YOUNOUSSI Z. (1997). Les déterminants sociodémographiques et contextuels de la mortalité des enfants au Niger. Thèse de Doctorat en Démographie, Université de Montréal, 360p.
35. YOUSOUFOU H. D. (2012). Les déterminants de la mortalité infantile et infanto-juvénile et la pauvreté au Niger. Revue d'Economie Théorique et Appliquée, Vol.2, numéro 1, PP. 24-47.