



Rapport Technique

COUVERTURE ET ÉQUITÉ

Interventions de santé de la mère,
du nouveau-né, et de l'enfant.



TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| SIGLES ET ABREVIATIONS | 4 |
| LISTE DES GRAPHIQUES | 5 |
| RESUME EXECUTIF | 6 |
| INTRODUCTION | 8 |
| I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION | 8 |
| II. LES OBJECTIFS | 9 |
| 2.1 Objectif général | 9 |
| 2.2 Objectifs spécifiques | 9 |
| III. DEFINITIONS DES CONCEPTS | 10 |
| IV. METHODOLOGIE DE TRAVAIL | 10 |
| V. RESULTATS OBTENUS | 10 |
| 5.1. Interventions de santé de la mère | 10 |
| 5.1.1. Niveau actuel des interventions..... | 10 |
| 5.1.2. Tendance des interventions | 11 |
| 5.1.3. Niveau d'équité des interventions de santé de la mère selon le milieu de résidence | 14 |
| 5.1.4. Niveau d'équité des interventions de santé de la mère selon la région de résidence | 14 |
| 5.1.5. Niveau d'équité des interventions de santé de la mère selon leur niveau d'instruction | 15 |
| 5.1.6. Niveau d'équité des interventions de santé de la mère selon leur quintile de bien-être | 16 |
| 5.2. Interventions de santé du nouveau-né | 16 |
| 5.2.1. Niveau actuel des interventions de santé du nouveau-né | 16 |
| 5.2.2. Tendances des interventions de santé du nouveau-né.. | 17 |
| 5.2.3. Niveau d'équité des interventions de santé du nouveau-né selon le milieu de résidence | 18 |
| 5.2.4. Niveau d'équité des interventions de santé du nouveau-né selon les régions | 18 |
| 5.2.5. Niveau d'équité des interventions de santé du nouveau-né selon le niveau d'instruction | 19 |
| 5.2.6. Niveau d'équité des interventions de santé du nouveau-né selon le quintile de bien être | 19 |
| 5.3. Interventions de santé infantile | 20 |
| 5.3.1. Niveau actuel des interventions de santé infantile..... | 20 |
| 5.3.2. Tendances des interventions de santé infantile | 20 |
| 5.3.3. Niveau de couverture des interventions de santé infantile selon le milieu | 21 |
| 5.3.4. Niveau de couverture des interventions de santé infantile selon les régions | 22 |
| 5.3.5. Niveau de couverture des interventions de santé infantile selon l'instruction | 22 |

| | |
|---|-----------|
| 5.3.6. Niveau de couverture des interventions de santé infantile selon le quintile de bien-être | 23 |
| VI. DISCUSSIONS DES RESULTATS | 24 |
| 6.1. Niveau des Interventions de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant | 24 |
| 6.2. Tendence des interventions de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant | 25 |
| 6.3. Inégalités des interventions de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant | 25 |
| CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS | 27 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 28 |

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

- CCC** : Communication pour un Changement de Comportement
- CN** : Consultation Nourrissons
- CPN** : Consultation Pré Natale
- CPON** : Consultation Post Natale
- CSI** : Centre de Santé Intégré
- CSME** : Centre de Santé Mère et Enfant
- CSU** : Couverture Sanitaire Universelle
- DBC** : Distributeurs à Base Communautaire
- DS** : Direction des Statistiques
- DTC** : Diphtérie Tétanos et Coqueluche
- EDS** : Enquêtes Démographiques et Sociales
- EDSN** : Enquêtes Démographiques et Sociales à Indicateurs Multiples
- ENAFEM** : Enquête Nationale sur la Fécondité et la Mortalité des Enfants de moins de cinq ans
- ENISED** : Etude Nationale d'Evaluation d'Indicateurs Socio-Economiques et Démographiques
- FS** : Formation Sanitaire
- GFF** : Global Financing Facility
- HD** : Hôpital de District
- INS** : Institut National de la Statistique
- IRA** : Infection Respiratoire Aigue
- MILDA** : Moustiquaire Imprégnées de Longue Durée d'Action
- MR** : Maternités de Référence
- MSP/P/AS** : Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales
- NV** : Naissances Vivante
- ODD** : Objectifs de Développement Durable
- OMD** : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- PCIME** : Prise en Charge Intégré des Maladies de l'Enfant
- PDS** : Plan de Développement Sanitaire
- PF** : Planification Familiale
- PNS** : Politique Nationale de Santé
- PTME** : Prévention Transmission Mère et Enfant
- SONNE** : Soins Obstétricaux du Nouveau-Né
- SONU** : Soins Obstétricaux et Néonatal d'Urgence
- SONUB** : Soins Obstétricaux Néonatal d'Urgence de Bases
- SONUC** : Soins Obstétricaux Néonatal d'Urgence Complet
- SRO** : Sels de Réhydratation Orale
- TPI** : Traitement Préventif Intermittant du paludisme
- VAT** : Vaccination Anti Tétanique
- VAR** : Vaccin Anti Rougeoleux

LISTE DES GRAPHIQUES

| | |
|---|----|
| Graphique 1 : Niveau des indicateurs de la mère selon l'ENAFEME 2021 | 11 |
| Graphique 2 : Tendances des interventions de santé de la mère (CPNR1, CPNR4, césarienne, accouchement assisté et VAT au cours de la grossesse) | 12 |
| Graphique 3 : Tendances des interventions de santé de la mère (demande satisfaite en PF et Fer au cours de la grossesse) | 13 |
| Graphique 4 : Tendances des interventions de santé de la mère (CPNR1, TPI, CPON et MILDA au cours de la grossesse) | 13 |
| Graphique 5 : Ecart de couverture des interventions de santé de la mère entre le milieu urbain et le milieu rural | 14 |
| Graphique 6 : Ecart de couverture des interventions de santé de la mère selon les régions | 15 |
| Graphique 7 : Ecart de couverture des interventions de santé de la mère selon le niveau d'instruction | 15 |
| Graphique 8 : Ecart de couverture des interventions de santé de la mère selon le quintile de bien être | 16 |
| Graphique 9 : Niveau de couverture des interventions de santé du nouveau-né | 16 |
| Graphique 10 : Tendances des interventions de santé (allaitement précoce et allaitement exclusif premier mois) du nouveau-né | 17 |
| Graphique 11 : Tendances des interventions de santé (allaitement maternel exclusif) du nouveau-né | 17 |
| Graphique 12 : Ecart de couverture des interventions de santé du nouveau-né selon le milieu | 18 |
| Graphique 13 : Ecart de couverture des interventions de santé du nouveau-né selon les régions | 18 |
| Graphique 14 : Ecart de couverture des interventions de santé du nouveau-né selon le niveau d'instruction | 19 |
| Graphique 15 : Ecart de couverture des interventions de santé du nouveau-né selon le quintile de bien être | 19 |
| Graphique 16 : Couverture des interventions de santé infantile | 20 |
| Graphique 17 : Tendances des interventions de santé infantile (Vaccination complète, DTC3, VAR et supplémentation en Vitamine A) | 20 |
| Graphique 18 : Tendances des interventions de santé infantile (recours aux soins fièvre, diarrhée, IRA et traitement avec le SRO) | 21 |
| Graphique 19 : Tendances des interventions de santé infantile (Utilisation MILDA et traitement diarrhée avec SRO et Zinc) | 21 |
| Graphique 20 : Ecart de couverture des interventions de santé infantile selon le milieu de résidence | 22 |
| Graphique 21 : Ecart de couverture des interventions de santé infantile selon les régions | 22 |
| Graphique 22 : Ecart de couverture des interventions de santé infantile selon le niveau d'instruction | 23 |
| Graphique 23 : Ecart de couverture des interventions de santé infantile selon le quintile de bien être | 23 |

RESUME EXECUTIF

Le Countdown est une collaboration d'universitaires, d'institutions mondiales, régionales, nationales, d'agences des Nations Unies (UN), de la Banque Mondiale et Organisations de la Société Civile, pour suivre les progrès des interventions pour la santé : sur la nutrition, la santé reproductive, la santé maternelle et néonatale, la santé infantile et adolescente.

Au Niger, les données de mortalité restent préoccupantes car malgré les progrès enregistrés dans les dix dernières années, les niveaux de couverture des interventions demeurent insatisfaisants et inégalitaires. C'est pourquoi, le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2017-2021 a consacré à son programme 2 « Accès aux soins et services de santé », la prise en compte de cette question de couverture et d'équité en matière de la santé maternelle, néonatale et infantile.

Cette étude descriptive vise à analyser les niveaux et tendances des indicateurs de la santé de la mère, du nouveau-né et des enfants ainsi que leur distribution étiqque selon les paramètres d'équité (milieu de résidence, régions, niveau d'instruction et quintile de bien être) sur la base des données des enquêtes EDS/MICS de 1992, 2006 à 2012, ENISED 2015, ENAFEME 2021 et toutes autres études et enquêtes-ménages de portée nationale.

Le niveau actuel des interventions de santé de la mère fait état d'environ 91% des femmes qui ont réalisé au moins une consultation prénatale dont 20,5% effectué au premier trimestre et 37,3% pour la CPN4. Aussi, 78,5% des femmes vues en CPN sont supplémentées en Fer ; 39,2% ont été vaccinées contre le tétanos ; 35,4% ont utilisé des moustiquaires durant la grossesse et 44% ont reçu un traitement préventif du Paludisme durant la grossesse. On note également qu'environ 45% des femmes accouchent dans une formation sanitaire mais seulement 43,7% sont assistées par un personnel qualifié et 1,3% des accouchements sont faits par césarienne et

après l'accouchement, seul 33,9% des femmes ont bénéficié des soins postnatals.

On note globalement une disparité de couverture pour tous les indicateurs entre le milieu urbain et le milieu rural, le niveau d'instruction, les régions sanitaires et le quintile de bien-être.

Le niveau des indicateurs de santé du nouveau-né montre une bonne couverture de l'allaitement précoce à 68,1% ; une faible couverture post-natale pour le nouveau-né, environ 13% et un faible taux d'allaitement maternel exclusif durant le premier mois (28,3%) et jusqu'à 6 mois pour 28,1% des nouveau-nés.

On observe des grandes inégalités de couverture entre le milieu urbain et le milieu rural, les régions sanitaires, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être.

On observe une couverture insuffisante des interventions de la santé infantile ; les couvertures les plus enlevées sont autours de 60% et concernent le recours aux soins pour la diarrhée, pour la fièvre et pour les infections respiratoires aigus ainsi que les interventions de prévention vaccinale.

On note globalement une disparité de couverture pour tous les indicateurs entre le milieu urbain et le milieu rural, le niveau d'instruction, les régions sanitaires et le quintile de bien-être.

L'analyse du niveau des interventions pour la mère reflète deux situations :

1. Une utilisation relativement élevée des services de base par les femmes, notamment la première consultation prénatale, la supplémentation en fer et dans une moindre mesure la demande satisfaite en planification familiale. Ceci pourrait s'expliquer par l'organisation des sorties foraines mensuelles où le package CPNR, Vaccination, CN, CPON et la PF est fourni aux femmes qui sont dans des villages situés dans le rayon de plus de 5 km du CSI.

2. La seconde est la mauvaise continuité des services au niveau des points de prestation notamment la CPNR4, l'accouchement par un personnel qualifié, la césarienne, la vaccination antitétanique au cours de la grossesse etc. Le niveau insuffisant de ces indicateurs pourrait s'expliquer par le retard des femmes pour la CPNR1, les pesanteurs socioculturelles, la distance par rapport à la FS, le manque de moyen de transport, l'accessibilité aux centres SONUC, le coût des évacuations sanitaires obstétricales, le mauvais état de route. Ce sont des facteurs qui peuvent influencer ces indicateurs malgré la gratuité des interventions de la mère.

Les interventions à haut impact pour la santé du nouveau-né sont généralement faibles en dehors de l'allaitement précoce qui est de 68,1%. Là aussi, les considérations socio-culturelles ne rendent pas favorable l'allaitement maternel exclusif et la consultation post natal. Tantôt on pense que le nouveau-né doit être fort en consommant les décoctions dès le bas âge, tantôt on pense que le nouveau-né qui ne consomme pas l'eau sera malnutri.

Quant aux indicateurs de l'enfant, on note une couverture élevée des indicateurs de recours aux soins pour l'enfant. Cela pourrait s'expliquer par le fait que tout cas morbide de fièvre et de diarrhée entraîne une visite immédiate d'une formation sanitaire pour éviter le risque de décès de l'enfant ou de complications de sa maladie.

L'analyse de la thématique couverture et équité des interventions de santé maternelle, néonatale et infantile a permis de retracer encore non seulement une insuffisance de couverture mais aussi des inégalités dans la prestation. Nous avons relevé des inégalités entre le milieu, les

régions, le niveau d'instruction et le quintile de bien être alors que la santé est un droit pour tous.

C'est pourquoi pour améliorer l'accessibilité et l'équité de couverture nous avons proposé des recommandations entre autres :

Au niveau de l'offre de soins :

1. Etendre la couverture sanitaire au niveau des zones rurales et difficiles d'accès (amélioration des sorties foraines/mobiles, mise à l'échelle des interventions PECIME communautaire etc.) ;
2. Renforcer la fonction SONNE et des SONU dans tous les CSI, HD, MR et CSME (construction des blocs opératoires ruraux au niveau des CSI pour pallier à la survenue des trois retards, tutorat/mentorat).

Au niveau de la demande de soins :

1. Renforcer les stratégies de CCC en faveur de l'utilisation des services SRMNIA/Nut (élaboration des plans de communication par thématique) ;
2. Mettre en œuvre la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) pour la protection contre le risque financier (gratuité, assurance maladie).

Au niveau de la gouvernance :

1. Tenir compte de la priorisation des régions dans la planification et la mise en œuvre des interventions de la SRMNIA-Nut ;
2. Promouvoir l'autonomisation des mères avec la création des activités génératrices de revenus aux femmes.

INTRODUCTION

Le Countdown est une collaboration d'universitaires, d'institutions mondiales, régionales, nationales, d'agences des nations Unies (UN), de la Banque Mondiale et Organisation de la Société Civile, pour suivre les progrès des interventions pour la santé : sur la nutrition, la santé reproductive, la santé maternelle et néonatale, la santé infantile et adolescente.

En 2020, COUNTDOWN a élargi sa collaboration aux institutions de santé publique dans 15 pays grâce à un partenariat avec le mécanisme de financement mondial (Global Financing Facility-GFF) Les données analysées sont relatives à la couverture des interventions de santé selon le statut socio-économique, le sexe, l'éducation, le milieu, les politiques, les finances et d'autres dimensions du système de santé.

Les travaux de recherche ont démarré dans 8 pays pour comprendre la performance de certains pays en termes de baisse de la mortalité maternelle et néonatale au cours des années 2000-2017 dont le Niger.

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La santé maternelle, néonatale et infantile occupe une place de choix dans les politiques sanitaires depuis des décennies. Chaque année dans le monde, 295 000¹ femmes et filles meurent (soit 809 femmes et filles chaque jour) de causes évitables liées à la grossesse ou à la naissance.

Au Niger, les données de mortalité restent préoccupantes malgré les améliorations observées lors de l'évaluation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Les résultats des enquêtes nationales montrent que :

- la mortalité maternelle a passé de 652 en 1992 à 520 pour 100 000 NV en 2015,
- le taux de mortalité néonatale : 40,7‰ en 1992 à 24‰ en 2015,
- la mortalité infantile a passé de 123 ‰ en 1992 à 51 ‰ en 2015,
- la mortalité infanto-juvénile a passé de 318 ‰ en 1992 à 126 ‰ en 2015,

Le Niger a souscrit aux engagements mondiaux, c'est pourquoi il s'est doté des documents stratégiques cadrant bien avec les Objectifs de Développement Durable (ODD) qui sont :

- la Politique Nationale de Santé (PNS) 2016-2035 validée en Octobre 2015 et adoptée le 03 mars 2017 en conseil des Ministres,
- le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2017-2021 qui consacre à son programme 2 « Accès aux soins et services de santé » cette question de couverture et d'équité en matière de la santé maternelle, néonatale et infantile.

Malgré les progrès enregistrés dans les dix dernières années, les niveaux de couverture des interventions demeurent insatisfaisants et inégalitaires du fait de :

¹ <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>

- Faible Couverture sanitaire (52,68% en 2020) rendant difficile l'accès physique aux soins pour un peu moins de la moitié de la population qui se trouvent au-delà de 5 Km d'une formation sanitaire ;
- Disponibilité inadéquate de certains paquets d'intervention essentiels tels que : les Soins Obstétricaux Néonatal d'Urgence de Bases (SONUB), la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) communautaire, la Distribution à Base Communautaire (DBC) des produits de la Planification Familiale (PF), la Prévention Transmission Mère et Enfant (PTME) au niveau communautaire ;
- Insuffisance en ressources humaines en quantité et en qualité avec une mauvaise répartition (urbain-rural). Environ 76% du personnel soignant se trouve dans les zones urbaines contre 24 % en zone rurale ;
- Pesanteurs socio-culturelles et financières qui limitent les femmes au recours aux soins de santé ;
- Faible couverture de la Consultation Pré Natale au premier trimestre (22,1%) avec une disparité de 44,9% en milieu urbain contre 18,2% milieu rural selon EDSN2012, de l'accouchement assisté par un personnel qualifié (43,7%) avec un écart de 91,7% pour le milieu urbain contre 36,7% en milieu rural selon ENAFEME 2021 et de Consultations postnatales (36,9%) avec une couverture du milieu urbain (67,2%) qui représente deux fois celle du milieu rural (32,1%).

II. LES OBJECTIFS

2.1 Objectif général :

Contribuer à l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au Niger.

2.2 Objectifs spécifiques

- Déterminer le niveau de couverture des interventions de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.
- Déterminer la tendance de la couverture des interventions de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant selon le milieu, les régions, le niveau d'instruction et le quintile de bien être au Niger.
- Déterminer les inégalités ou les écarts dans la couverture des interventions de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant selon le milieu, du nouveau-né et de l'enfant.
- Identifier les obstacles potentiels liés à la couverture et l'équité des interventions de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.
- Proposer des recommandations au Ministère pour favoriser l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au Niger.

III. DÉFINITIONS DES CONCEPTS

Couverture d'une intervention : proportion de la population ayant besoin de l'intervention et qui l'a reçue. Exemple : La couverture des naissances assistées par un personnel qualifié = la proportion des naissances réalisées avec l'assistance d'un personnel qualifié. Elle est exprimée en pourcentage.

Équité des interventions de santé : absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques.

Nouveau-né : bébé âgé de 0 à 27 jours.

Enfant : dans le cadre de cette étude, personne âgée de moins de 60 mois.

IV. MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL

Pour la conduite de cette étude, nous avons utilisé les bases de données existantes. Principalement nous avons utilisé les bases des EDS/MICS de 1992, 2006 à 2012, ENISED 2015, ENAFEME 2021 et toutes autres études et enquêtes-ménages de portée nationale.

Les analyses ont porté sur les niveaux, les tendances et les différentiels/déterminants de la couverture et de l'équité des interventions de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant selon les différentes caractéristiques (milieu de résidence, région, niveau d'instruction et le quintile de bien-être).

V. RÉSULTATS OBTENUS

Les résultats sont présentés selon le niveau actuel des interventions de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, leur tendance, et les paramètres d'équité (milieu de résidence, régions, niveau d'instruction et quintile de bien être).

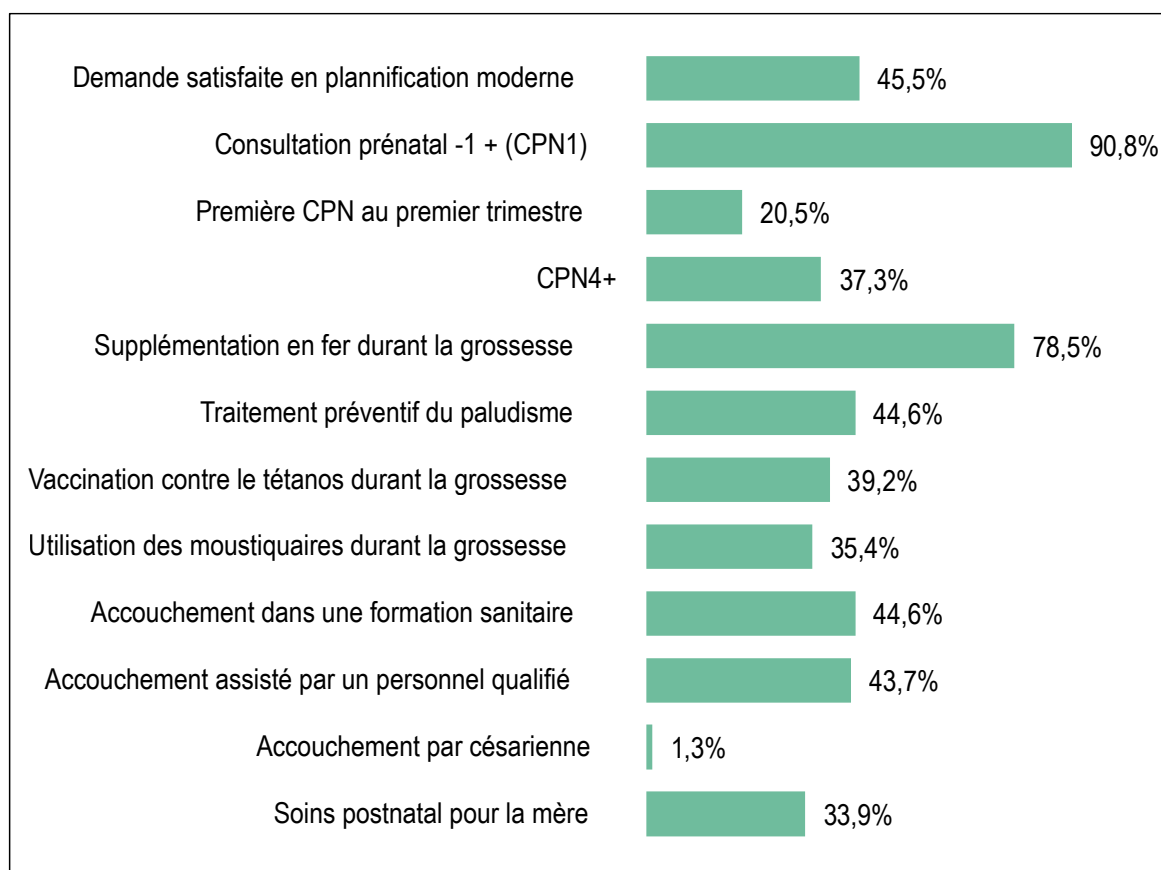
5.1. Interventions de santé de la mère

5.1.1 Niveau actuel des interventions

Résumé : Le niveau actuel des interventions de santé de la mère se présente comme indiqué sur le graphique N°1 ci-dessous :

- 45,5% des femmes ont leur besoin en PF moderne satisfait ;
- Environ 91% des femmes ont réalisé au moins une consultation prénatale dont 20,5% ont effectué la CPN1 au premier trimestre et 37,3% qui ont fait au moins CPN4 ;
- 78,5% des femmes vues en CPN sont supplémentées en Fer, 39,2% ont été vaccinées contre le tétanos, 35,4% ont utilisé des moustiquaires durant la grossesse et 44% ont reçu un traitement préventif du Paludisme durant la grossesse ;
- Environ 45% des femmes accouchent dans une formation sanitaire mais seulement 43,7% sont assistées par un personnel qualifié et 1,3% des accouchements sont faits par césarienne ;
- Après l'accouchement seul 33,9% des femmes ont bénéficié des soins postnatals.

Graphique 1 : Niveau des indicateurs de la mère selon l'ENAFEME 2021



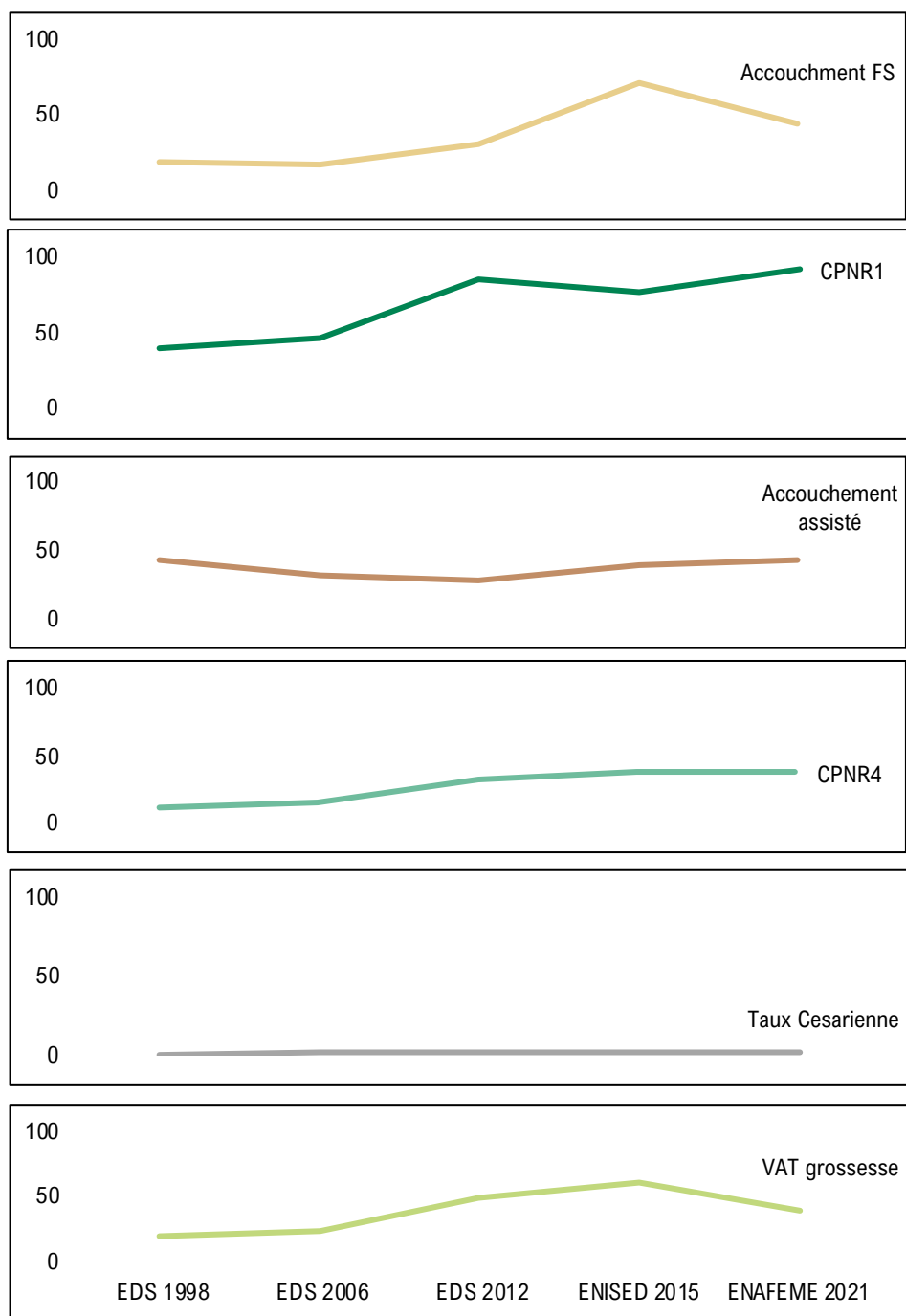
Source : ENAFEME 2021

5.1.2. Tendances des interventions

Résumé : Les graphiques N° 2, 3 et 4 ci-dessous présentent le niveau de tendance des interventions de santé de la mère comme suit :

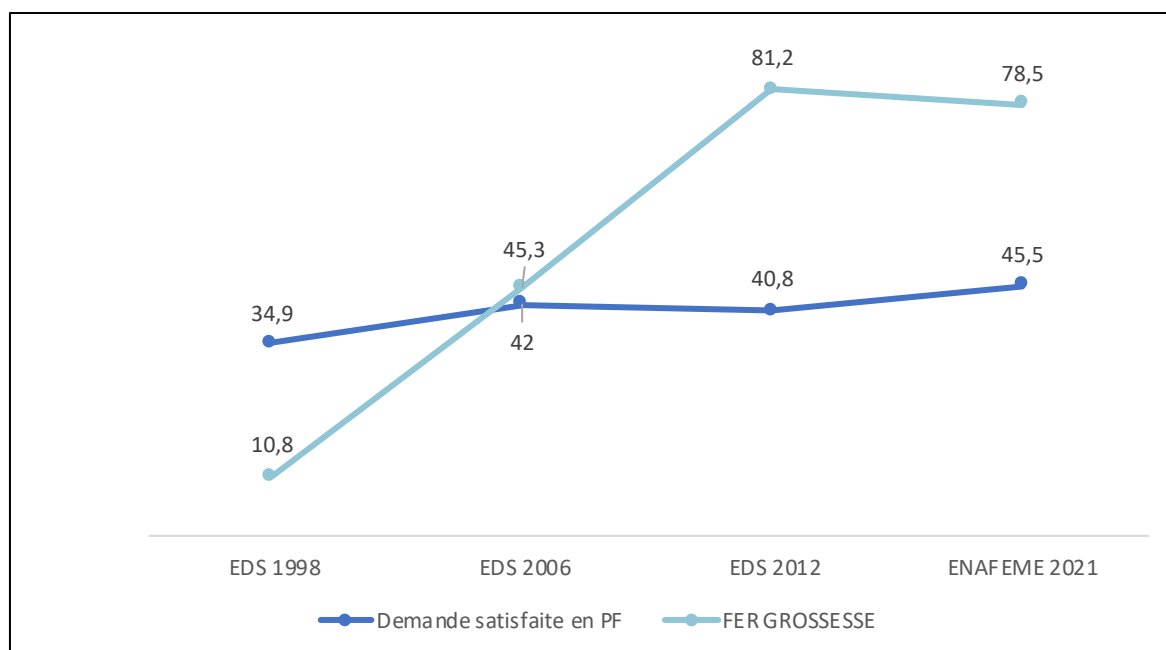
- La CPNR au premier trimestre a évolué durant la période de 2006 à 2012 (13,9% à 22,1%) mais a baissé à son état actuel à 20,5%) ;
- Les accouchements institutionnels sont passés de 18% à 45% entre 1998 et 2021. De même, les accouchements assistés n'ont pas connu une évolution substantielle depuis 1998 et sont restés autour de 30% jusqu'en 2012, suivi d'une augmentation à 45% en 2021 ;
- Le taux de césarienne est resté faible durant les périodes de 1998 à 2021 ;
- La demande satisfaite en PF a évolué de façon croissante sur les quatre périodes et on constate une amélioration de l'intervention à son niveau actuel selon l'ENAFEME de 34,9% à 45,5% ;
- La supplémentation en fer au cours de la grossesse a quasiment doublé durant la période de 2006 à 2012 (45,3% à 81,2%) mais a baissé en 2021 (78,5%) ;
- Le traitement préventif intermittent du paludisme au cours de la grossesse a significativement augmenté durant la période de 2006 à 2021 de 0,3% à 44% ;
- L'utilisation de Moustiquaire Imprégnées de Longue Durée d'Action (MILDA) au cours de la grossesse s'est nettement améliorée en passant de 13,3% en 2006 à 35,4% en 2021.

Graphique 2 : Tendence des interventions de santé de la mère (CPNR1, CPNR4, césarienne, accouchement assisté et VAT au cours de la grossesse)



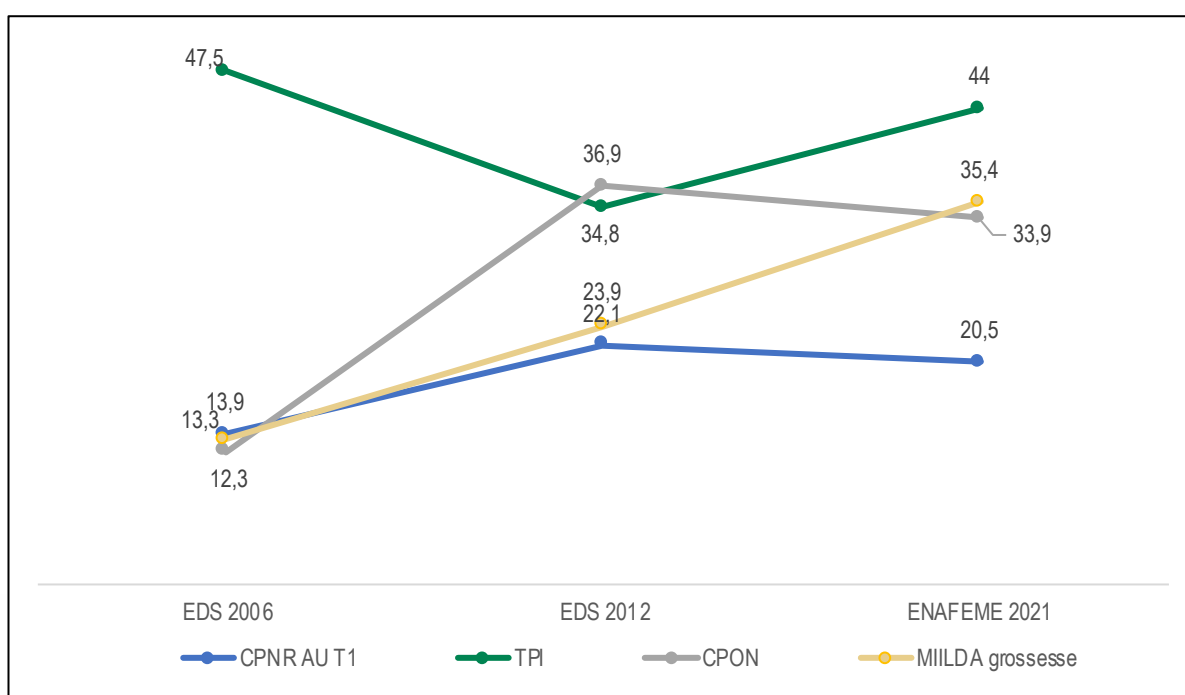
Source : EDS (1998, 2006, 2012), ENISED (2015), ENAFEME (2021)

Graphique 3 : Tendence des interventions de santé de la mère (demande satisfaite en PF et Fer au cours de la grossesse)



Source : EDS (1998, 2006, 2012), ENAFEME (2021)

Graphique 4 : Tendence des interventions de santé de la mère (CPNR1, TPI, CPON et MILDA au cours de la grossesse)

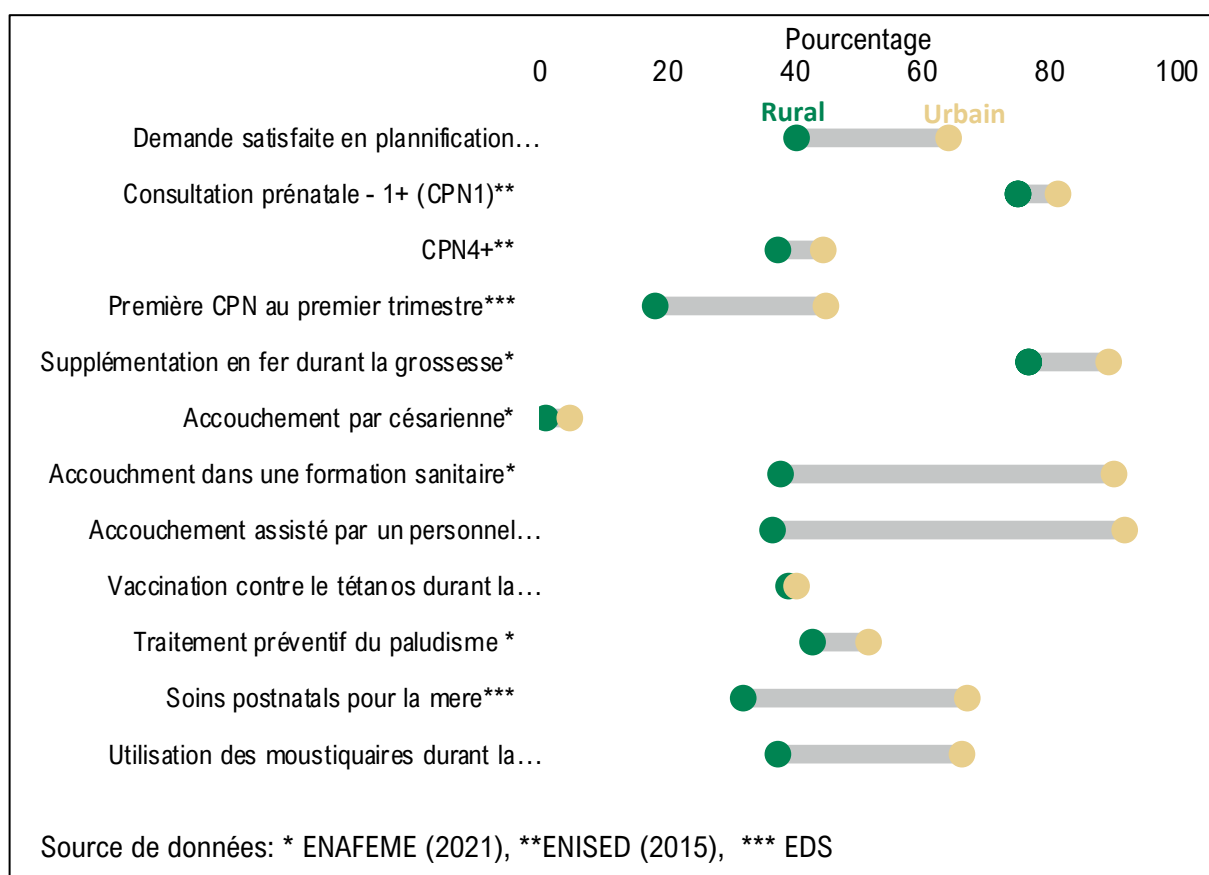


Source : EDS (2006, 2012), ENAFEME (2021)

5.1.3. Niveau d'équité des interventions de santé de la mère selon le milieu de résidence

Résumé : On note comme indiqué sur la figure ci-dessous, une disparité de couverture entre le milieu urbain et le milieu rural pour les indicateurs de l'accouchement, de la consultation postnatale, de l'utilisation des moustiquaires durant la grossesse et de consultation prénatale au premier trimestre. Les écarts sont particulièrement larges pour les accouchements institutionnels et qualifiés, où le milieu urbain surpasse le milieu rural de plus de 50 points de pourcentage.

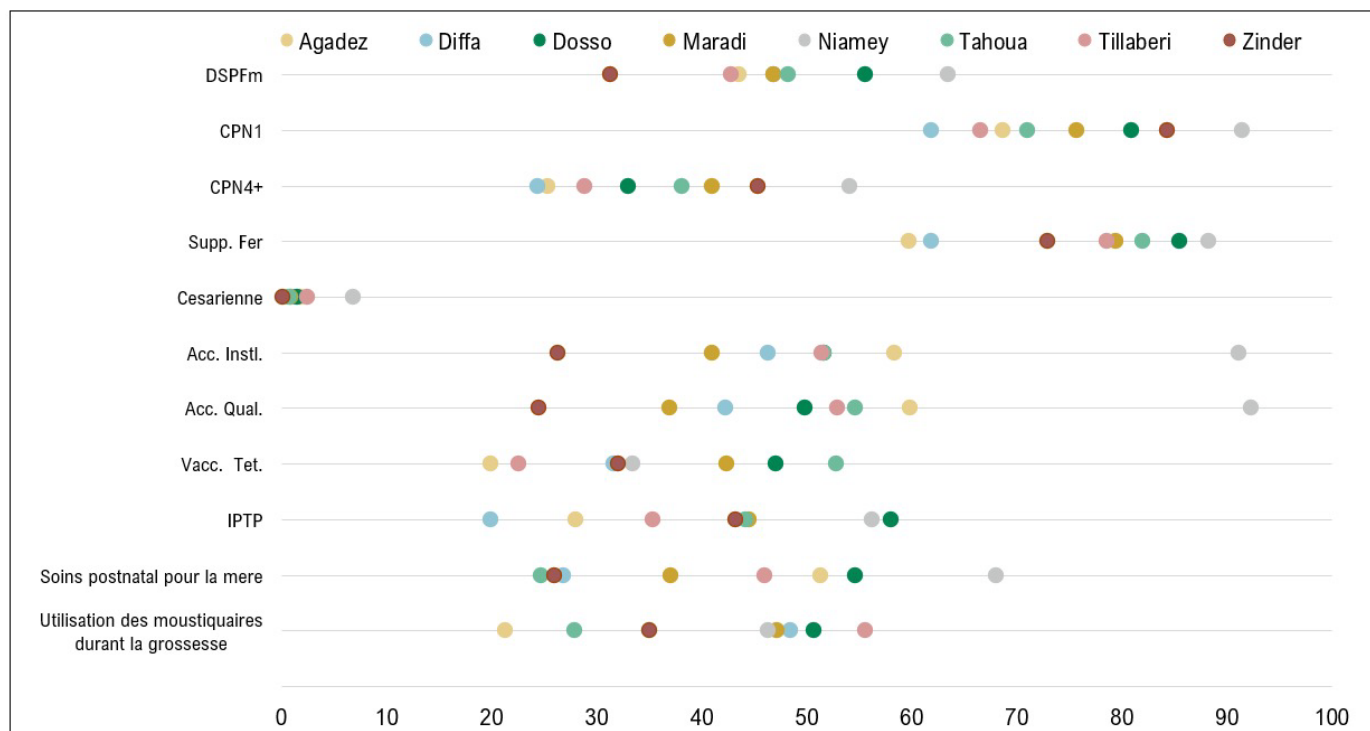
Graphique 5 : Ecart de couverture des interventions de santé de la mère entre le milieu urbain et le milieu rural



5.1.4. Niveau d'équité des interventions de santé de la mère selon la région de résidence

On note une forte disparité dans la couverture des interventions par région, avec des écarts plus ou moins importants pour les indicateurs d'accouchement et de la CPN.

Graphique 6 : Ecart de couverture des interventions de santé de la mère selon les régions

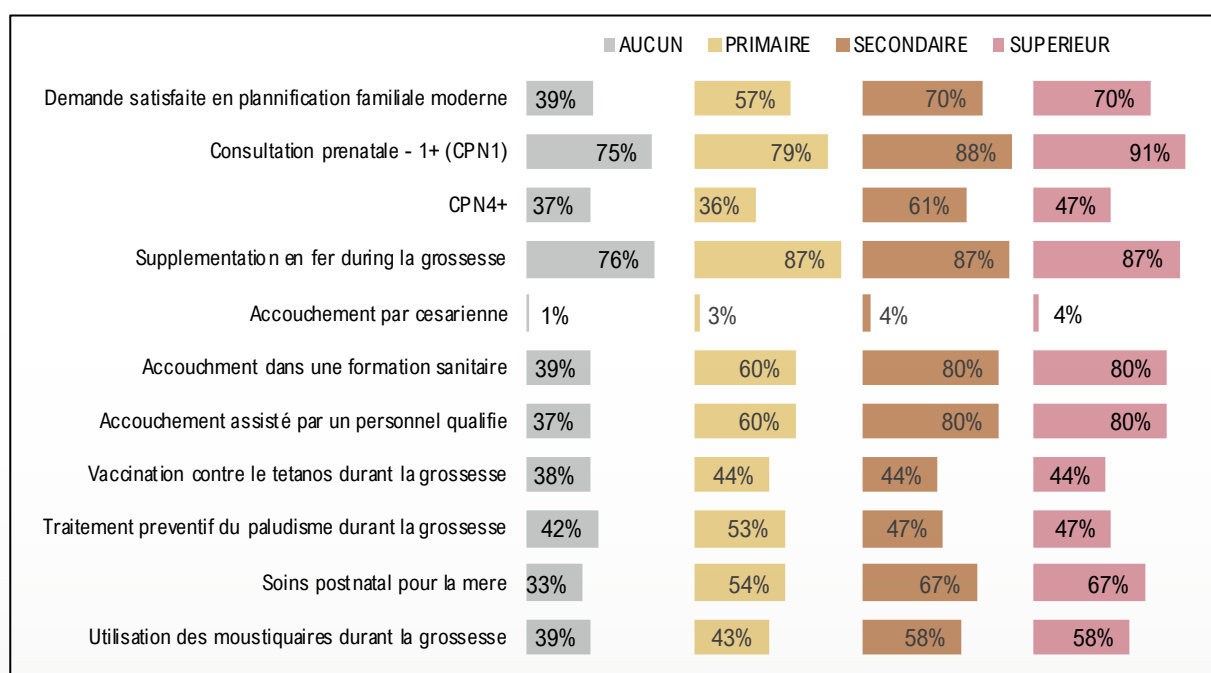


Source : ENAFEME 2021

5.1.5. Niveau d'équité des interventions de santé de la mère selon leur niveau d'instruction

Selon le niveau d'instruction on observe une disparité entre les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction et les autres qu'elles soient au primaire, au secondaire ou au supérieur surtout au niveau de la demande satisfaite en PF moderne, des accouchements et des soins postnatals.

Graphique 7 : Ecart de couverture des interventions de santé de la mère selon le niveau d'instruction

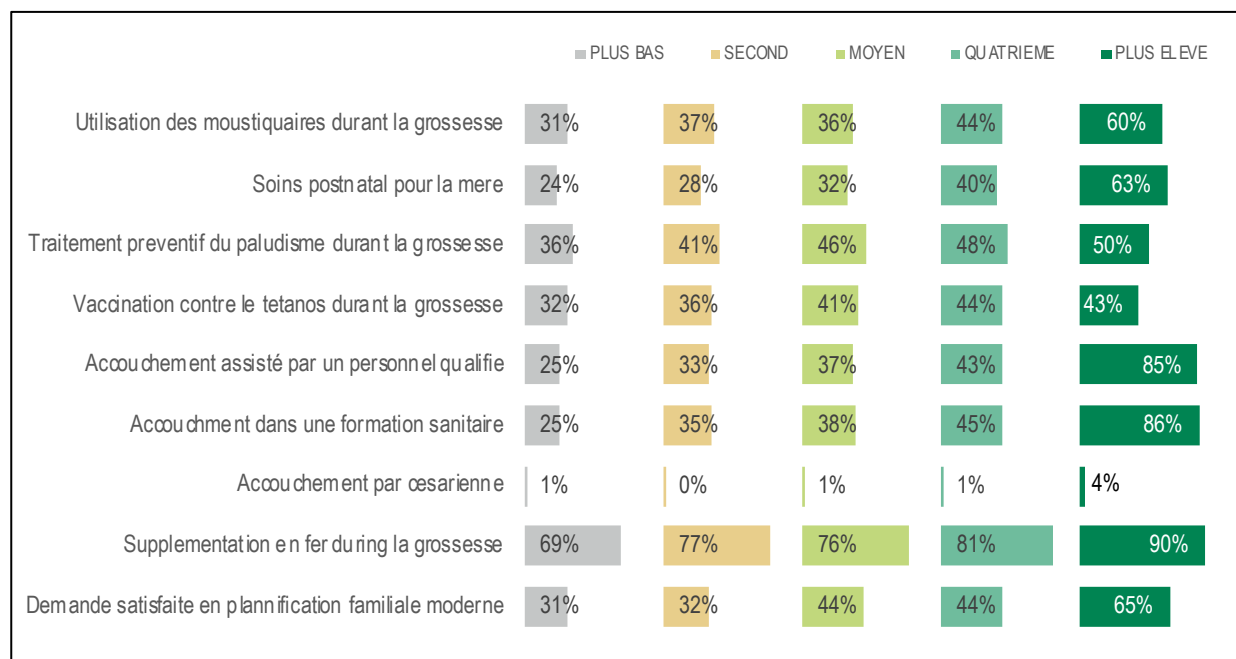


Source : EDS (2012), ENISED (2015), ENAFEME (2021)

5.1.6. Niveau d'équité des interventions de santé de la mère selon leur quintile de bien-être

On remarque des écarts selon les quintiles de bien-être au niveau de toutes les interventions avec le niveau du bien être plus élevé qui se démarque carrément des autres.

Graphique 8 : Ecart de couverture des interventions de santé de la mère selon le quintile de bien être



Source : EDS (2012), NAFEME (2021)

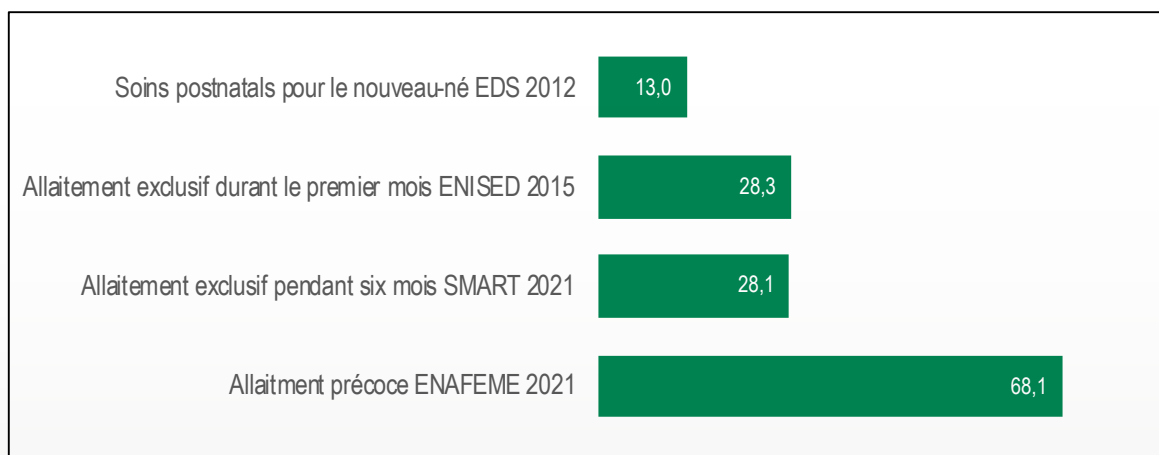
5.2. Interventions de santé du nouveau-né

5.2.1. Niveau actuel des interventions de santé du nouveau-né

Comme illustré par la figure ci-dessous, on note une :

- Bonne couverture de l'allaitement précoce (68,1%) ;
- Faible couverture post natale pour le nouveau-né, environ 13% (EDSN-2012) ;
- Faible allaitement maternel exclusif durant le premier mois (28,3% selon ENISED-2015) et jusqu'à 6 mois pour 28,1% des nouveau-nés (SMART 2021).

Graphique 9 : Niveau de couverture des interventions de santé du nouveau-né



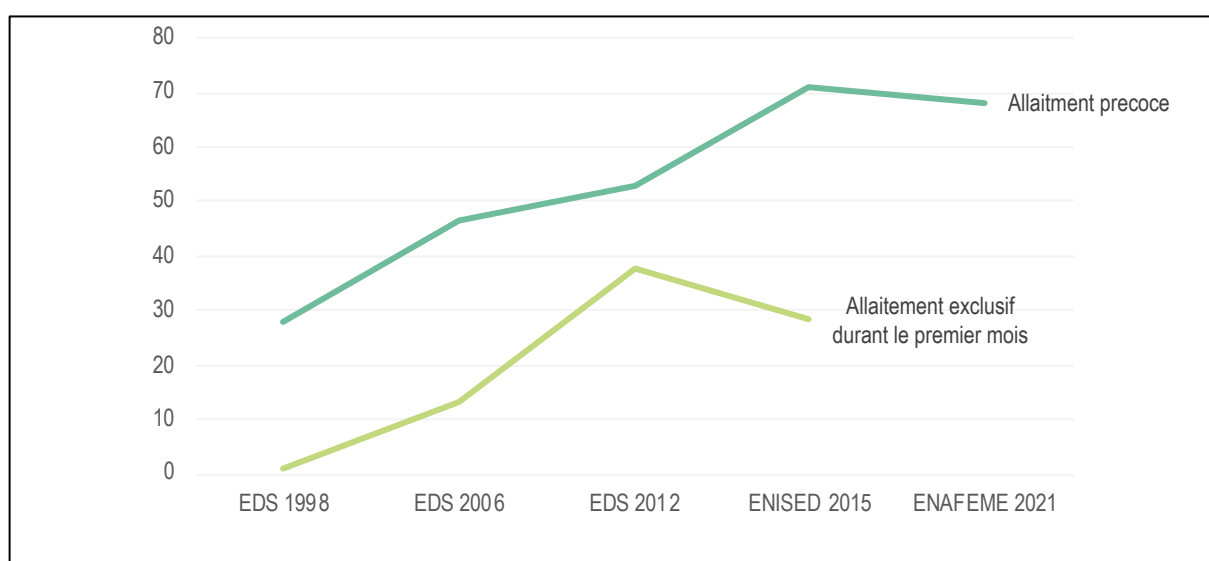
Source : EDS (2012), ENISED (2015), ENAFEME (2021)

5.2.2. Tendances des interventions de santé du nouveau-né

Le niveau de tendance des interventions (graphiques 10 et 11) de santé du nouveau-né se présente comme suit :

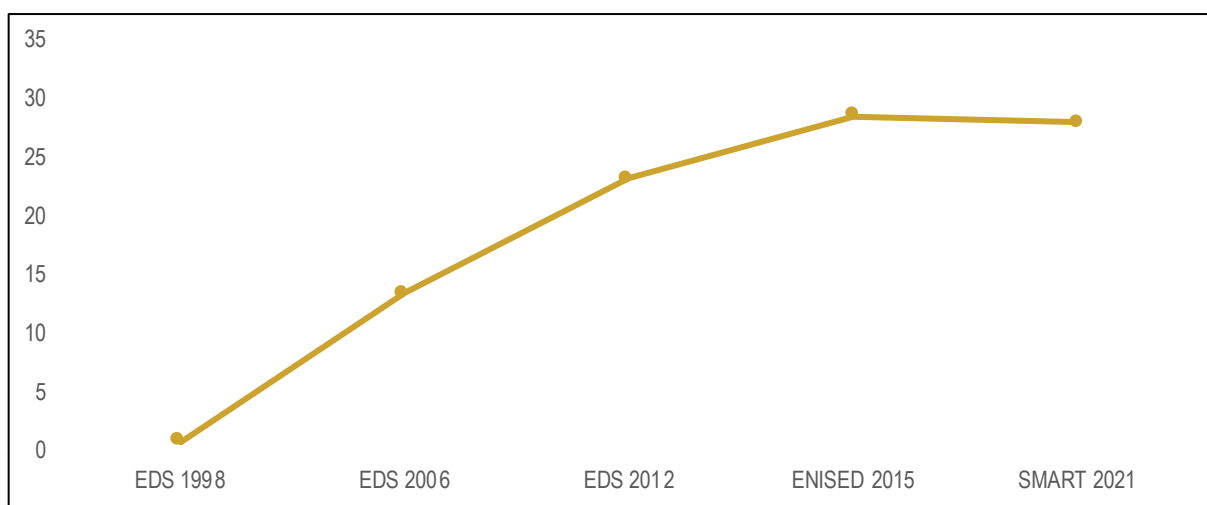
- L'allaitement exclusif pendant 6 mois a évolué de façon croissante sur la période 1998-2021 en passant de 0,8% à 28,1% ;
- L'allaitement précoce a connu une croissance continue de 1998 à 2015 en passant de 27,7% à 71,2% avant de baisser à 68,1% selon l'ENAFEME 2021 ;
- L'allaitement exclusif durant le premier mois a évolué durant la période 1998 à 2012 (0,8% à 37,5%).

Graphique 10 : Tendances des interventions de santé (allaitement précoce et allaitement exclusif premier mois) du nouveau-né



Source : EDS (1998, 2006, 2012), ENISED (2015), ENAFEME (2021)

Graphique 11 : Tendances des interventions de santé (allaitement maternel exclusif) du nouveau-né

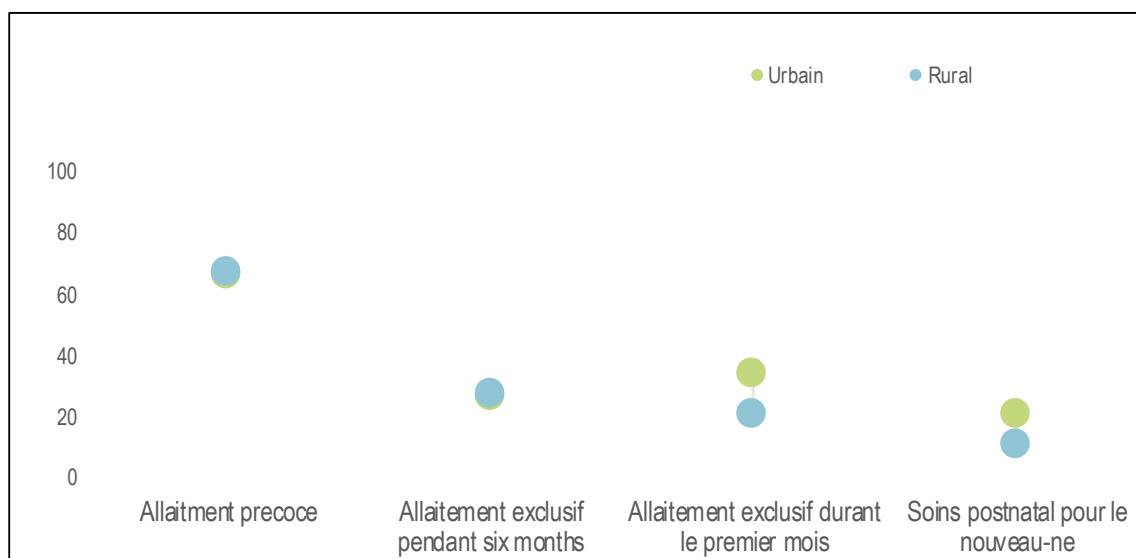


Source : EDS (1998, 2006, 2012), ENISED (2015), SMART (2021)

5.2.3. Niveau d'équité des interventions de santé du nouveau-né selon le milieu de résidence

On observe une inégalité de couverture entre le milieu urbain et le milieu rural. Elle est plus marquée au niveau de l'allaitement maternel exclusif durant le premier mois et les soins postnatals pour le nouveau-né.

Graphique 12 : Ecart de couverture des interventions de santé du nouveau-né selon le milieu

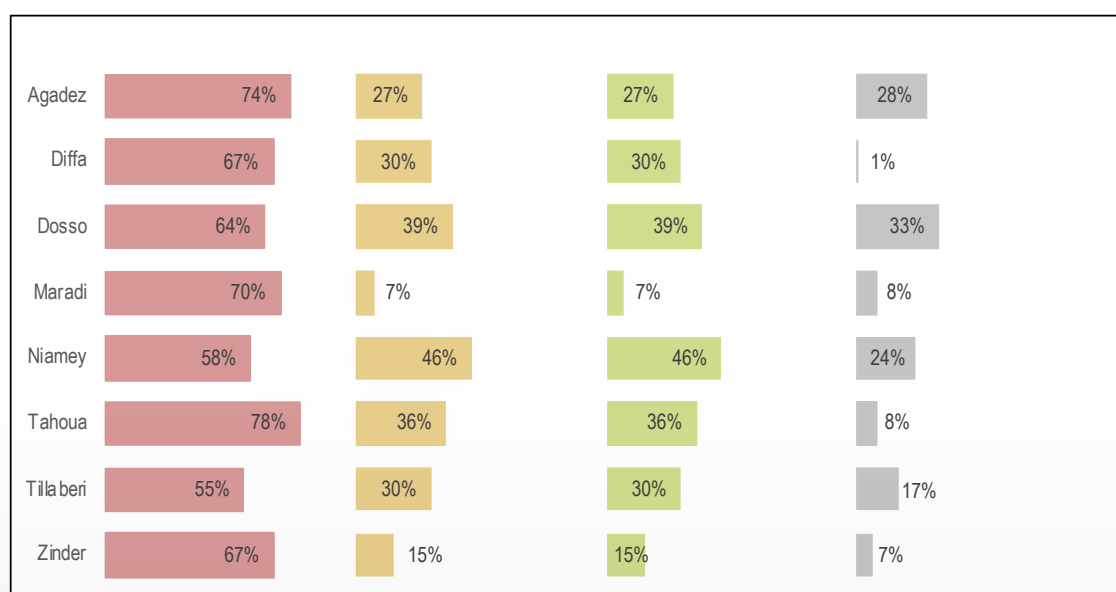


Source : EDS (2012), ENISED (2015), ENAFEME (2021)

5.2.4. Niveau d'équité des interventions de santé du nouveau-né selon les régions

Grande disparité observée entre les régions au niveau de l'allaitement au cours du premier mois et des soins prénatals pour le nouveau-né mais ces différences ne sont pas très étendues pour les autres interventions.

Graphique 13 : Ecart de couverture des interventions de santé du nouveau-né selon les régions

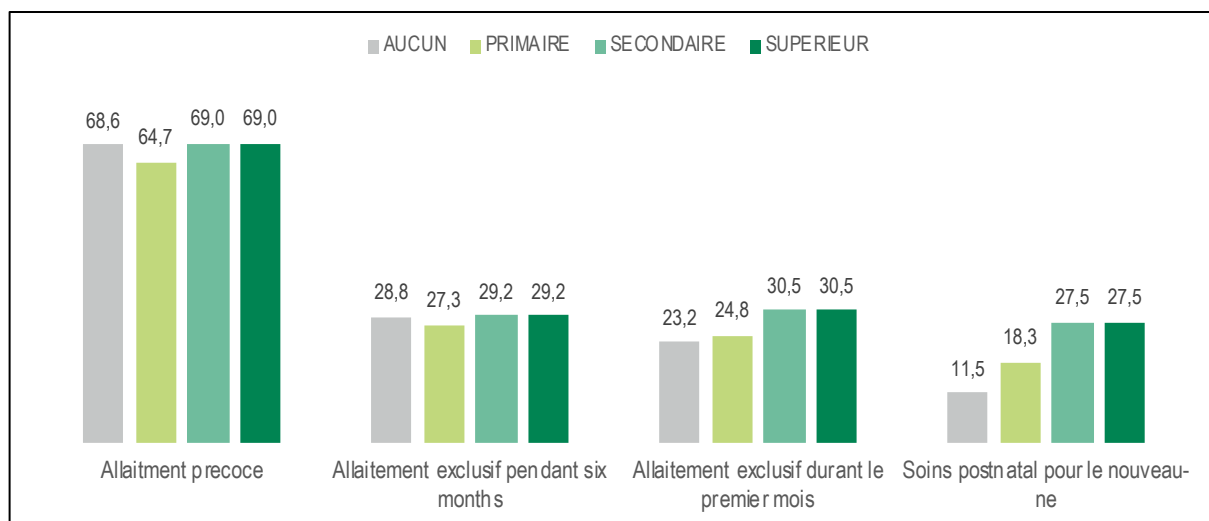


Source : EDS (2012), ENISED (2015), ENAFEME (2021)

5.2.5. Niveau d'équité des interventions de santé du nouveau-né selon le niveau d'instruction

Les inégalités observées sont plus marquées au niveau de l'allaitement exclusif durant le premier mois et les soins prénatals du nouveau-né où les femmes qui ont un niveau d'instruction élevé se démarquent des autres catégories d'instruction.

Graphique 14 : Ecart de couverture des interventions de santé du nouveau-né selon le niveau d'instruction

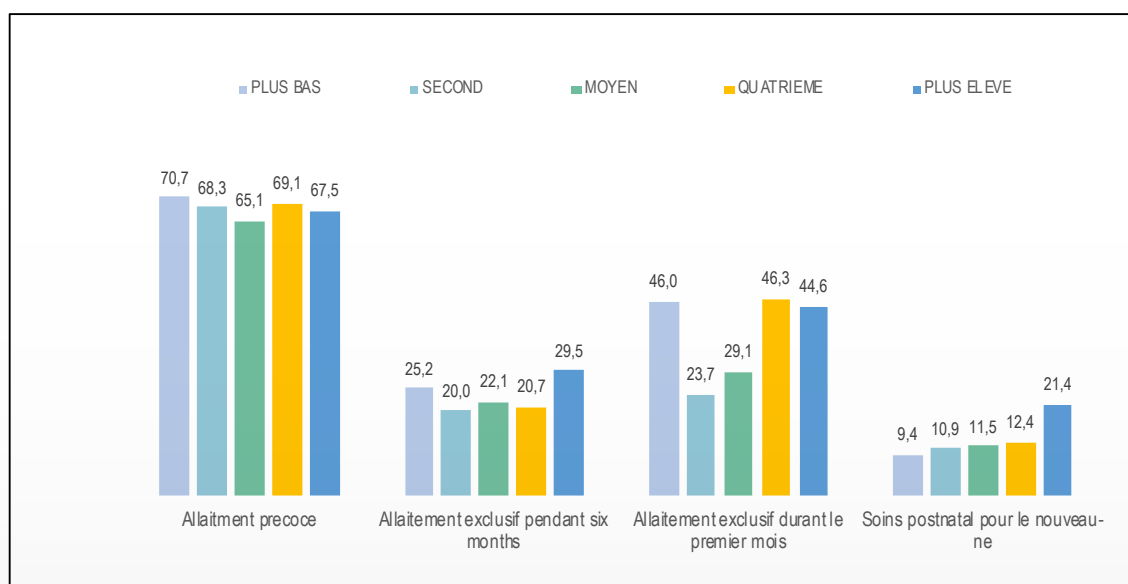


Source : EDS (1998, 2006, 2012), ENISED (2015), SMART (2021)

5.2.6. Niveau d'équité des interventions de santé du nouveau-né selon le quintile de bien-être

Nous remarquons des inégalités dans les prestations des interventions de santé du nouveau-né selon le quintile de bien-être. La plus grosse disparité est observée pour les consultations post nats et l'allaitement maternel exclusif durant le premier mois où les femmes de quatrième niveau et celles ayant un niveau plus élevés se distingues des autres.

Graphique 15 : Ecart de couverture des interventions de santé du nouveau-né selon le quintile de bien-être



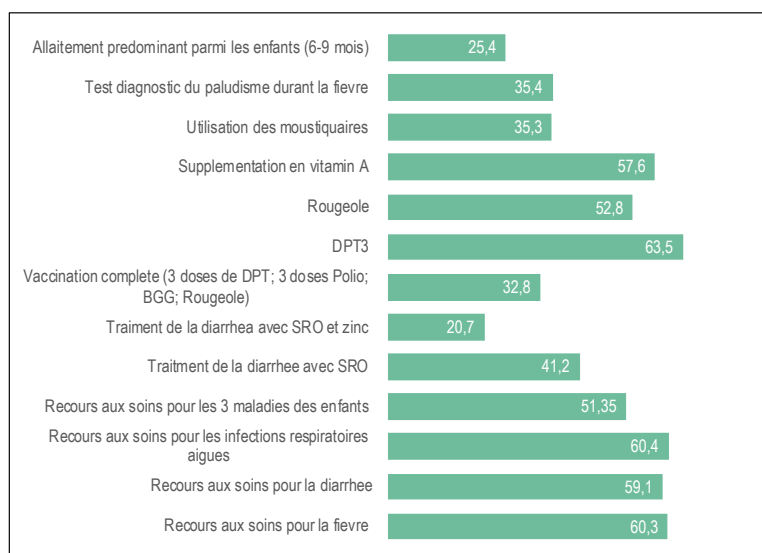
Source : EDS (2012), ENAFEME (2021)

5.3. Interventions de santé infantile

5.3.1. Niveau actuel des interventions de santé infantile

Le graphique ci-dessous montre une couverture insuffisante des interventions de la santé infantile ; les couvertures les plus élevées sont autour de 60% et concernent le recours aux soins pour la diarrhée, pour la fièvre et pour les infections respiratoires aiguës ainsi que les interventions de prévention vaccinale.

Graphique 16 : Couverture des interventions de santé infantile

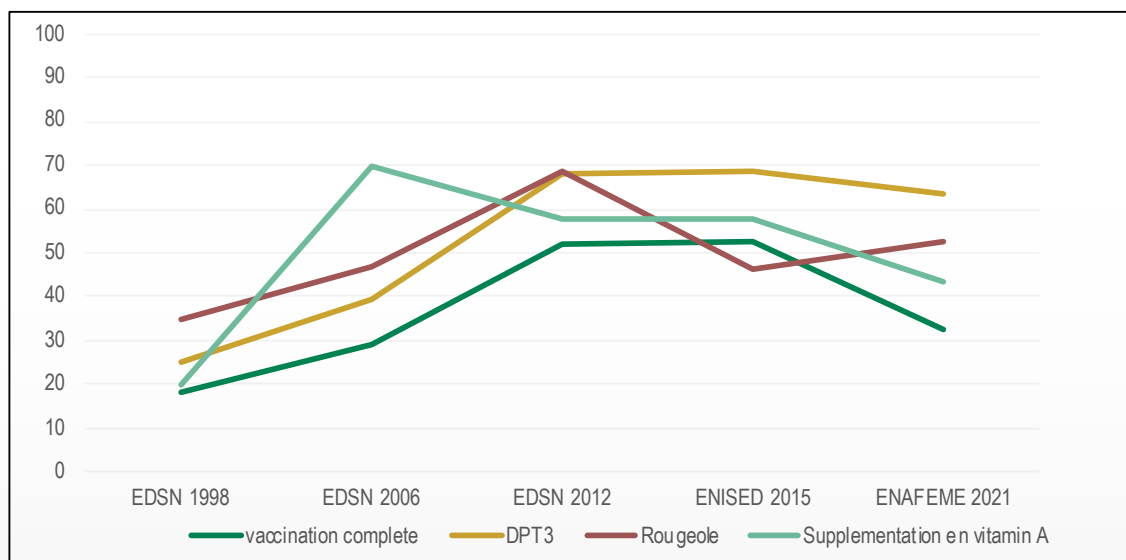


Source : ENISED (2015), ENAFEME (2021)

5.3.2. Tendances des interventions de santé infantile

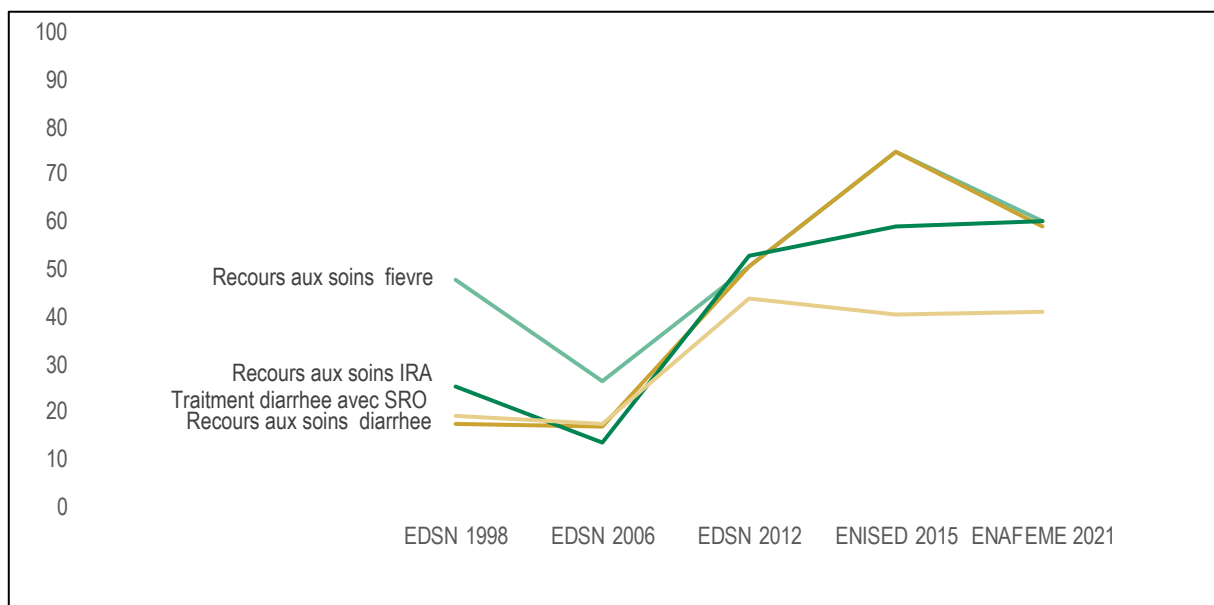
Certaines interventions pour l'enfant ont connu une amélioration de 2015 à 2021, notamment, le recours aux soins pour les infections respiratoires aiguës (IRA), les traitements de la diarrhée avec Sels de Réhydratation Orale (SRO) et Zinc, la vaccination contre la rougeole et le test diagnostique du paludisme durant la fièvre. Par contre la couverture vaccinale a connu une stagnation ou est en baisse.

Graphique 17 : Tendance des interventions de santé infantile (Vaccination complète, DTC3, VAR et supplémentation en Vitamine A)



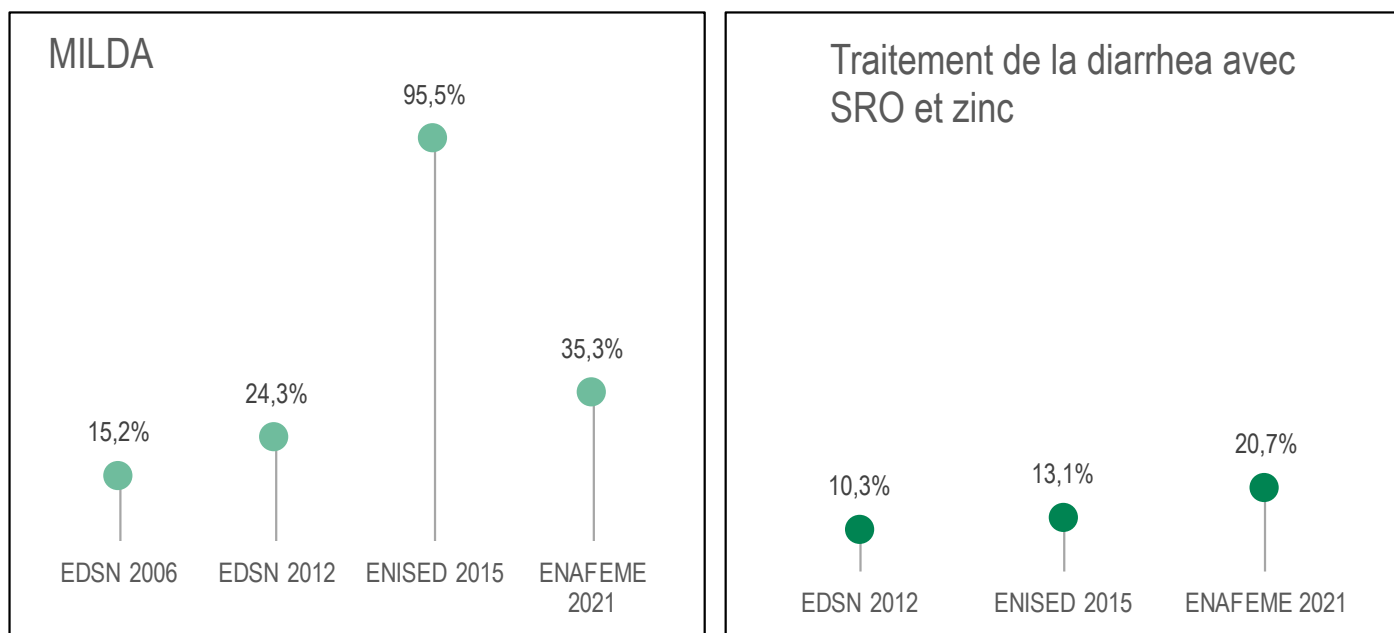
Source : ENISED (2015), ENAFEME (2021)

Graphique 18 : Tendence des interventions de santé infantile (recours aux soins fièvre, diarrhée, IRA et traitement avec le SRO)



Source : EDSN (1998, 2006, 2012) ENISED (2015), ENAFEME (2021)

Graphique 19 : Tendence des interventions de santé infantile (Utilisation MILDA et traitement diarrhée avec SRO et Zinc)

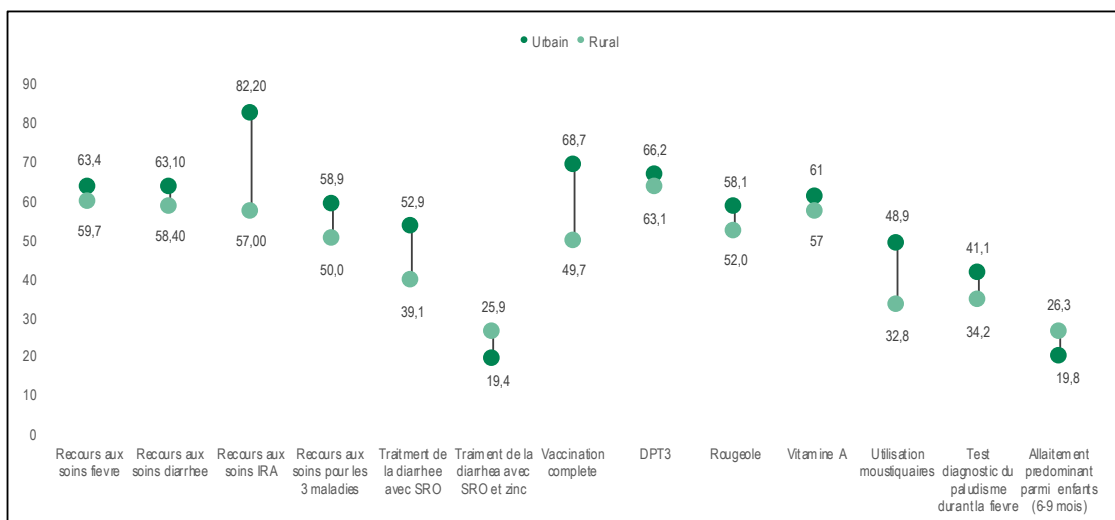


Source : EDSN (1998, 2006, 2012) ENISED (2015), ENAFEME (2021)

5.3.3. Niveau de couverture des interventions de santé infantile selon le milieu

Nous remarquons des inégalités selon le milieu urbain et rural pour les interventions de santé infantile. Les plus frappantes s’observent pour les interventions de vaccination complète, les recours de soins pour les IRA, le traitement de la diarrhée avec SRO et l’utilisation des moustiquaires. En effet, les femmes du milieu urbain bénéficient plus de ces interventions infantiles que celles du milieu rural.

Graphique 20 : Ecart de couverture des interventions de santé infantile selon le milieu

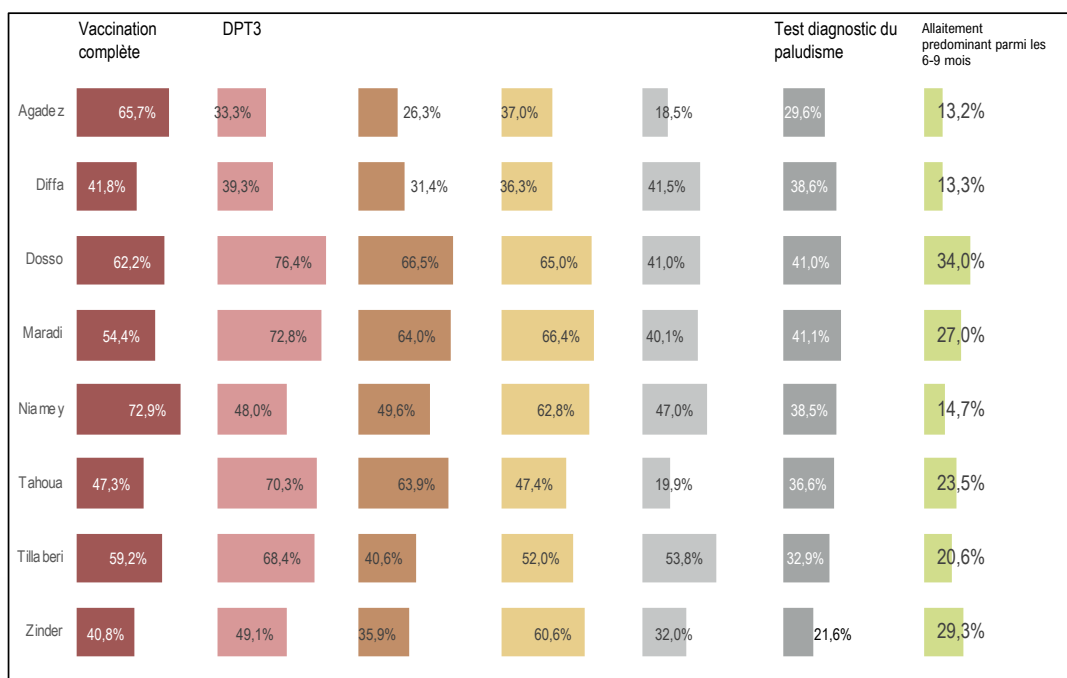


Source :

5.3.4. Niveau de couverture des interventions de santé infantile selon les régions

Selon le type d'intervention, on observe des inégalités entre les régions ; surtout au niveau des recours aux soins pour les IRA, au niveau des interventions de vaccination et l'utilisation des moustiquaires mais d'une manière générale cela n'est pas trop étendu.

Graphique 21 : Ecart de couverture des interventions de santé infantile selon les régions

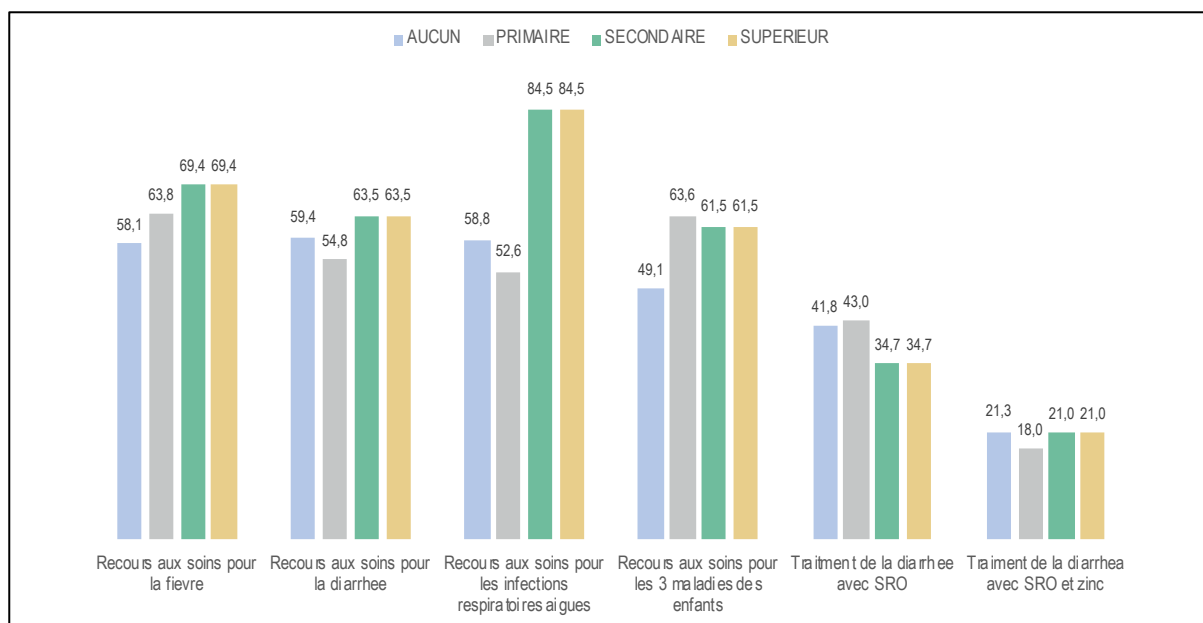


Source : ENISED (2015), ENAFEME (2021)

5.3.5. Niveau de couverture des interventions de santé infantile selon l'instruction

Les inégalités les plus marquées sont observées au niveau des interventions de vaccination complète et des recours aux soins pour les IRA où les femmes ayant un niveau d'instruction plus élevé sont plus demandeurs de prestations que les autres.

Graphique 22 : Ecart de couverture des interventions de santé infantile selon le niveau d'instruction

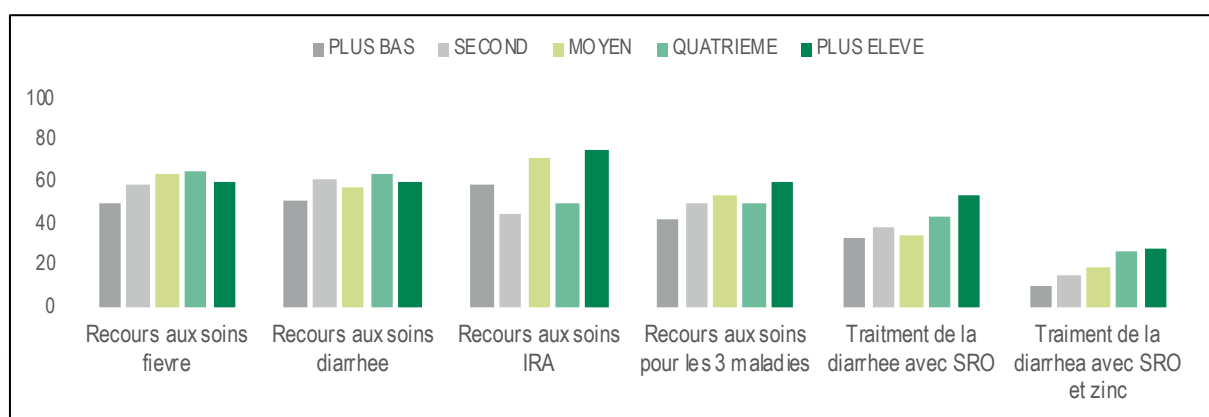


Source : ENISED (2015), ENAFEME (2021)

5.3.6. Niveau de couverture des interventions de santé infantile selon le quintile de bien-être

Les différences sont peu observables pour les cinq premiers niveaux. Néanmoins, il faut noter que les femmes ayant un niveau de bien être plus élevé sont les plus bénéficiaires de ces interventions de façon remarquable.

Graphique 23 : Ecart de couverture des interventions de santé infantile selon le quintile de bien être



Source : ENISED (2015), ENAFEME (2021)

VI. DISCUSSIONS DES RESULTATS

6.1. Niveau des Interventions de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

L'analyse du niveau des interventions pour la mère reflète deux situations :

1. Une utilisation relativement élevée des services de base par les femmes notamment la première consultation prénatale, la supplémentation en fer et dans une moindre mesure, la demande satisfaite en planification familiale. Ceci pourrait s'expliquer par l'organisation des sorties foraines mensuelles où le package CPNR, Vaccination, CN, CPON et la PF est fourni aux femmes qui sont dans des villages situés dans le rayon de plus de 5 km du CSI.
2. La mauvaise continuité des services au niveau des points de prestation notamment la CPNR4, l'accouchement par un personnel qualifié, la césarienne, la vaccination anti tétanique au cours de la grossesse etc. Le niveau insuffisant de ces indicateurs pourrait s'expliquer d'abord pour la CPNR4 où les femmes surtout rurales commencent la CPNR au deuxième ou au troisième trimestre de la grossesse. Aussi, la honte de porter une grossesse surtout la première relativement aux aspects socioculturels dans certaines ethnies combinée à la distance et au manque de moyen de transport à partir d'un certain âge de grossesse ne permet d'avoir une bonne couverture de ces indicateurs. On note aussi, un manque d'agents qualifiés dans les structures de santé fournissant des soins d'accouchements, notamment, les cases de santé et le système d'orientation des relais communautaires qui ne donne pas les résultats escomptés.

Pour la césarienne, le grand défi reste la disponibilité du SONUC. Le coût des évacuations sanitaires obstétricales constitue pour la plupart, un autre frein pour le déplacement du village vers un hôpital et ceci combiné au mauvais état de route sont des facteurs qui ne permettent pas un bon taux de césarienne malgré la gratuité décrétée par le gouvernement. Malgré la politique de gratuité, les coûts additionnels sont un autre frein pour la césarienne aussi bien pour le milieu rural qu'urbain.

Les interventions à haut impact pour la santé du nouveau-né sont généralement faibles en dehors de l'allaitement précoce qui est de 68,1% du fait que le plus souvent, après un accouchement en ville ou en campagne, la préoccupation de l'agent de santé ou de la matrone ayant conduit l'accouchement est de mettre le nouveau-né au sein dans l'heure qui suit la naissance. Cependant, la faiblesse des taux d'allaitement exclusif jusqu'à un mois ou six mois et des soins post natal pourrait s'expliquer par les considérations socio culturelles qui ne rendent pas favorable l'allaitement maternel exclusif et la consultation post natal. Tantôt on pense que le nouveau-né doit être fort en consommant les décoctions dès le bas âge, tantôt on pense que le nouveau-né qui ne consomme l'eau sera malnutri. La couverture de 13% des soins postnataux peut s'expliquer également par la faible couverture d'accouchement par un personnel qualifié.

La couverture élevée de ces indicateurs de recours aux soins parmi les enfants pourrait s'expliquer par le fait que tout cas morbide de fièvre et de diarrhée entraîne une visite d'une formation sanitaire pour éviter le risque de décès de l'enfant ou de complications de sa maladie.

Le traitement des enfants par le SRO et Zinc et le diagnostic du paludisme sont faibles. Ceci pourrait s'expliquer par la rupture des médicaments et intrants au niveau des formations sanitaires.

Pour les interventions de vaccinations, leurs faiblesses pourraient être liées à l'insuffisance de l'or-

ganisation des sorties avancées et mobiles par les agents de santé. Une insuffisance de l'implication de la communauté dans l'organisation des sorties de vaccinations au niveau de leur village et une insuffisance dans la gestion et l'utilisation des outils de gestion de données de la vaccination.

6.2. Tendances des interventions de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Malgré la gratuité de la consultation prénatale, de l'accouchement et de la césarienne, l'évolution des interventions de base pour la mère n'a pas connu de changement remarquable. Ceci pourrait s'expliquer d'une part au niveau de l'offre de soins qui se caractérise par une insuffisance de personnel qualifié à tous les niveaux de soins surtout les cases de santé, une insuffisance des infrastructures et matériels garantissant l'intimité des femmes lors de leur prise en charge au niveau des points de prestations des services prénataux, d'accouchements et de planification familiale. D'autre part, les pesanteurs socio culturelles limitent les femmes en ce qui concerne le recours à la demande de soins de santé.

Cependant, la bonne couverture des interventions de supplémentation en fer durant la grossesse, d'utilisation de la MILDA et de la demande satisfaite en PF sont soutenues par l'effort du Ministère dans la disponibilité des intrants à tous les niveaux. Aussi, la distribution en routine des moustiquaires lors de la CPNR1 a facilité la disponibilité et l'utilisation des MILDA par les femmes enceintes.

L'augmentation progressive des interventions du nouveau-né peut s'expliquer par la mise en place des organisations au niveau communautaire telles que : le groupe de soutien, les foyers féminins, les relais ANJE etc. qui ont pour rôle la sensibilisation, l'orientation de la communauté sur les pratiques essentielles familiales.

L'amélioration des indicateurs de prise en charge de l'enfant pour la fièvre, la diarrhée et les IRA se sont améliorés grâce à la mise en échelle de la PCIME communautaire. En effet, les relais sont formés pour augmenter l'offre de service pour les trois maladies.

6.3. Inégalités des interventions de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant

Le milieu urbain est le plus souvent plus avantageux grâce en partie à la disponibilité des agents de santé qualifiés au niveau des formations sanitaires urbaines et aussi la facilité d'accès aux structures de santé par les femmes.

La région de Niamey se démarque des autres régions par rapport à la couverture des interventions. Ceci pourrait s'expliquer par l'effet d'agglomération de la ville de Niamey. En effet, la région n'a pas véritablement des zones rurales. Aussi, il faut noter que Niamey est la plus nantie en personnel de santé qualifié pour les prestations en santé maternelle. Le package est le même dans toutes les régions mais chaque région a sa spécificité zonale, notamment le problème sécuritaire, le poids démographique et les considérations socioculturelles.

Les inégalités observées selon le niveau d'instruction indiquent une amélioration des interventions au fur et à mesure que la femme est instruite. Ceci peut témoigner de l'importance de la scolarisation des mères dans la promotion de la santé.

Les mères qui sont suffisamment nanties fréquentent mieux les formations sanitaires à la recherche

de soins. Ceci pourrait s'expliquer car les autres classes basses ou moyennes sont plus assujetties à la recherche de quoi vivre et que les prestations de santé sont coûteuses malgré tout. La part de ménage dans la prise en charge des soins est d'environ 43,68% selon les comptes de santé 2020.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'analyse de la thématique couverture et équité des interventions de santé maternelle, néonatale et infantile a permis de retracer encore une insuffisance de couverture et des inégalités dans les prestations de soins. Nous avons en effet relevé des inégalités entre le milieu de résidence, les régions, le niveau d'instruction et le quintile de bien être alors que la santé est un droit pour tous. C'est pourquoi pour améliorer l'accessibilité et l'équité de couverture nous avons proposé des recommandations ci-après :

Au niveau de l'offre de soins :

1. Etendre la couverture sanitaire au niveau des zones rurales et difficiles d'accès (amélioration des sorties foraines/mobiles, mise à l'échelle des interventions PECIME communautaire etc.) ;
2. Renforcer la disponibilité des médicaments et intrants aux points de prestations des soins (renforcement de la chaîne d'approvisionnement jusqu'au dernier kilomètre) ;
3. Renforcer la disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité à tous les niveaux de soins (recrutement et renforcement des capacités des agents de santé) ;
4. Renforcer la fonction SONNE et des SONU dans tous les CSI, HD, MR et CSME (construction des blocs opératoires ruraux au niveau des CSI pour pallier à la survenue des trois retards, tutorat/mentorat).

Au niveau de la demande de soins :

1. Renforcer les stratégies de CCC en faveur de l'utilisation des services SRMNIA/Nut (élaboration des plans de communication par thématique) ;
2. Mettre en œuvre la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) pour la protection contre le risque financier (gratuité, assurance maladie).

Au niveau de la gouvernance :

1. Tenir compte de la priorisation des régions dans la planification et la mise en œuvre des interventions de la SRMNIA-Nut ;
2. Promouvoir l'autonomisation des mères avec la création des activités génératrices de revenus aux femmes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Institut National de la Statistique : Enquêtes SMART Nutrition 2021 ;

Ministère de la Santé Publique : Comptes Nationaux de la Santé, 2020 ;

Ministère de la Santé Publique : Annuaire des statistiques sanitaires Niger, 2020 ;

Institut National de la Statistique : Etude Nationale d'Evaluation d'Indicateurs Sociaux Economique et Démographique (ENISED), 2015 ;

Institut National de la Statistique : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS) 1998, 2006, 2012.

Cette étude a été réalisée grâce au concours de :

M. **YAHAYA** Mahamadou : mahamadouyahaya@yahoo.fr _ DS/MSP/P/AS (Point focal)

M. **CHAIBOU BEGOU** Aboubacar (*GFF*) : gff.niger@gmail.com

Dr **MOUNKAILA** Aida, (*Directrice des Statistiques*) : ds.msp.ne21@gmail.com _ DS/MSP/P/AS

M. **LAMOU** Youssoufa Ousseini, *INS* (Point focal) : youssoufa@ins.ne

Design diagramme :

Emma **WILLIAMS**

Design et Mise en page :

Bill Clinton **SAMBOU**

Review :

Roland **MADY**



