



Rapport Technique

QUALITÉ DES SOINS MATERNELS ET DU NOUVEAU-NÉ AU NIGER

Disponibilité, accès, et qualité
des services de santé maternels
et du nouveau-né au Niger.



Ce rapport a été produit dans le cadre de la collaboration entre le projet Countdown to 2030 (représenté par Johns Hopkins University (JHU, Baltimore, USA) et African Population Research Center (APHRC/Dakar)), l'Institut National de la Statistique, le Ministère de la Santé du Niger, et le GFF/Niger.

Le groupe technique inclus les personnes suivantes :

Kamil Halimatou Amadou Garba	Directrice des Statistiques et des Etudes Démographiques et Sociales (DSEDS/INS)
Mounkaila Aida	Directrice des Statistiques Sanitaires au Ministère de la Santé Publique (DS/MSP)
Yahaya Mahamadou	Chef de la Division informatique et base de données /DS/ MSP
Idrissa Boukary Abdoulaye	Chef de la Division des Etudes Démographiques /DSEDS/ INS
Ousseni Lamou Youssoufa	Chef de la Division des Statistiques Sociales/DSEDS/INS
Ousmane Maimouna	Chef de la Division des études sur la pauvreté et le développement durable/DSEDS/INS
Maazou Ibrahim	Chef de service des méthodologie et analyse des données /DER/INS
Alzouma Mahamadou	Chargé Population et Développement/UNFPA
Tombokoye Harouna	Data Improvement Officer/OMS
Harouna Moussa Ibrahim	Chargé Suivi Evaluation UNICEF
Chaibou Begou Aboubacar	Point focal/GFF/MSP

L'équipe du Countdown a été représentée par :

Agbessi Amouzou	Johns Hopkins University
Almamy Kante	Johns Hopkins University
Safia Jiwani	Johns Hopkins University
Assanatou Bamogo	Johns Hopkins University
Sokhna Thiam	APHRC

Table des matières

LISTE DES FIGURES	4
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	5
1. RÉSUMÉ.....	6
2. INTRODUCTION GÉNÉRALE	8
3. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	8
1.1 Objectif général	8
1.2 Objectifsspécifiques.....	8
4. MÉTHODOLOGIE	9
Chapitre I : Disponibilité des services de santé	10
1.1 Disponibilités des services PF et la CPN	10
1.1.1 Disponibilités des services de Planification Familiale (PF)	10
1.1.2 Disponibilités des services CPN	12
Chapitre II : Accès aux services CPN/CPON, SONUB et SONUC	14
Chapitre III : Capacité des établissements sanitaires à réaliser les services de soins de santé	17
3.1 Capacité des établissements à fournir les soins	17
3.2 Capacité CPN et accouchement	18
Chapitre IV : Couverture ajustée par la capacité des soins	21
Chapitre V : Utilisation des services de santé	23
5.1 Utilisation des services d'accouchement et CPNR4.....	23
5.1.1 Nombre de femmes ayant utilisé les services d'accouchement (SONUB ou SONUC), 2017-2020	23
5.1.2 Utilisation des services en CPNR4	24
5.1.3 Utilisation desservicesenCPoN1etCPoN2.....	25
Chapitre VI : Obstacles à l'accès aux soins de santé	27
6.1 Accessibilité géographique	27
6.2 Accueil	27
6.3 Obstacles financiers/Financement de la santé	27
6.4 Le trépied Infrastructure (bâtiment)-Ressources Humaines-Médicaments consommables et équipements médicaux	28
Chapitre VII : Personnel de santé	31
7.1 Infirmiers pour 5 000 habitants	31
7.2 Médecins pour 10 000 habitants	32
7.3 Sage-Femme pour 5 000 habitants	32
CONCLUSION	34

Liste des figures

Figure 1 : Proportion des établissements de santé offrant des services de planification familiale selon les régions	10
Figure 2 : Proportion des établissements de santé offrant des services de planification familiale selon le type de l'établissement	11
Figure 3 : Proportion des établissements de santé offrant des services de planification familiale par milieu de résidence	11
Figure 4 : Proportion des établissements de santé offrant des services de la CPN selon le type de l'établissement.....	12
Figure 5 : Proportion des établissements de santé offrant des services de la CPN selon le milieu de résidence	13
Figure 6 : Proportion des établissements de santé offrant des services de CPN	13
Figure 7 : Pourcentage des femmes en âge de procréer qui ont accès à la CPN/CPON dans un rayon de 0-5 km	14
Figure 8 : Pourcentage des femmes en âge de procréer qui ont accès à un SONUB à une distance de plus de 15 km	15
Figure 9 : Pourcentage des femmes en âge de procréer qui ont accès à SONUC dans un rayon de 0-5 km	15
Figure 10 : Accessibilité géographique aux infrastructures	16
Figure 11 : Tendances de la capacité CPN par région, 2015-2019	18
Figure 12 : Distribution de la capacité CPN par type de formation sanitaire, 2015-2019	18
Figure 13 : Capacité SONUB par type de formation sanitaire, 2015-2019	19
Figure 14 : Tendances capacité SONUB par région, 2015-2019	19
Figure 15 : Tendances capacité SONUC par région, 2015-2019	20
Figure 16 : Tendances dans le score du contenu CPN parmi les femmes ayant reçu 1+ CPN, 2006, 2012, 2021	22
Figure 17 : Couverture ajustée à la capacité des accouchements normaux (SONUC) 2015	22
Figure 18 : Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié de 2017 à 2020	24
Figure 19 : Taux de couverture en CPNR4 dans les régions selon les années	25
Figure 20 : Taux d'utilisation de service de CPoN1	26
Figure 21 : Taux d'utilisation de services CPoN2	26
Figure 22 : Nombre d'infirmiers pour 5000 habitants de 2002 à 2020	31
Figure 23 : Nombre de médecins pour 10000 habitants de 2002 à 2020	32
Figure 24 : Nombre de sage-femmes pour 5000 habitants	33

Sigles et abréviations

CHR	Centre Hospitalier Régional
CSI	Centre de Santé Intégré
CSME	Centre de Santé Mère et Enfant
CPN	Consultation Périnatale
CPNR4	4ème Consultation Périnatale Recentrée
CPoN	Consultation Postnatale
DHIS2	District Health Information System
DNS	Dépenses Nationales de la Santé
ENISED	Enquête Nationale sur les Indicateurs Socio-Economiques et Démographiques
ENAFEME	Enquête Nationale sur la Fécondité et la Mortalité des Enfants de Moins de 5 ans
ECV	Enquête de Couverture Vaccinale
EDSN	Enquête Démographique et de Santé au Niger
FAP	Femme en Age de Procréer
HD	Hôpital de District
INS	Institut National de la Statistique
MEG	Médicament Essentiel Générique
MSP/P/AS	Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PNS	Politique Nationale de la Santé
PF	Planification Familiale
RMM	Ratio de Mortalité Maternelle
SARA	Service Availability Readness Assessment
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base avec les sept fonctions essentielles
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complète avec les neuf fonctions essentielles
TPI	Traitement Préventif Intermittent
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

1. Résumé

Ce document vise à informer les utilisateurs en général et les autorités en particulier, en vue d'attirer leur attention pour prendre des décisions éclairées dans le domaine de la santé. Il y est présenté l'évolution des principaux indicateurs sur la qualité des soins de santé au Niger, notamment, la disponibilité, l'accès, l'utilisation, la capacité, la couverture ajustée, le personnel de santé et enfin les obstacles à l'accès aux soins de santé.

L'objectif général de cette étude est de contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et du nouveau-né.

Au Niger, la proportion des établissements de santé offrant des services de Planification Familiale s'établit à 82,3%. Au niveau régional, elle varie de 43,8% à Niamey à plus de 80% dans les autres régions.

Il existe des disparités en matière d'offre des services de PF entre le secteur public (98,4%) et le secteur privé (18,2%) et entre le milieu rural (98,6%) et urbain (56,0%).

La proportion des établissements de santé offrant les services des soins prénatals est de 80,5%. Elle est au-dessus de 80% dans toutes les régions à l'exception de Niamey qui enregistre 48,1%.

Quelle que soit l'année considérée, l'accès aux soins des femmes en âge de procréer dans un rayon de 0-5 km est plus favorable à Niamey puis à Agadez. Les autres régions sont presque au même niveau d'accès aux services de Consultation Périnatale et les Consultations Postnatales de 2017 à 2020.

Seulement 42,2% des communautés enquêtées dans les localités visitées sont situées dans un rayon de 0-5 km d'une formation sanitaire. Environ 16,7% des localités ne disposant pas d'hôpital de district et 24,3% ne possédant pas de case de santé y ont accès à une distance comprise entre 6 à 15 km.

La capacité à l'accouchement normal n'a pas changé entre 2015 et 2019 dans les centres de santé intégrés (score médian de 60 %), et a diminué dans les hôpitaux publics et privés.

Il n'y a pas de différences majeures dans la capacité d'accouchements normaux entre les régions. Cependant, une amélioration a été observée dans la région de Diffa entre 2015 et 2019. Il y a eu une amélioration significative du contenu de la CPN entre 2006 et 2012.

En comparant la couverture par contact et la couverture ajustée à la capacité pour les accouchements normaux, il y avait un écart de 21 points de pourcentage au niveau national en 2015.

Il a été constaté un écart de capacité de 21 points de pourcentage entre les soins d'accouchement ajustés à la capacité (38 %) et le contact avec le service pour les accouchements en établissement (59 %) en 2015 ; en 2021 cet écart est de 19 points. Ces résultats illustrent une couverture appréciable des accouchements dans une structure de santé. Cependant, la capacité des FS pour les services SONUB reste faible. Au niveau régional, le plus grand écart est enregistré dans la capitale Niamey (29 points de pourcentage) en 2015, et 26 points en 2021.

La proportion des accouchements assistés est inférieure à 50 % durant les quatre années dans toutes les régions en dehors de Niamey qui dépasse les 50 % à la même période, la région d'Agadez dépasse ce taux en 2017 et 2018 et celle de Tahoua le dépasse en 2017.

D'une manière générale, il a été constaté une régression de l'utilisation en CPNR4 dans les régions de Diffa, Dosso, Niamey Tahoua et Zinder de 2017 à 2019. La même utilisation est restée stationnaire dans les régions d'Agadez, de Maradi et de Tillabéri durant les mêmes périodes.

Le budget national alloué à la santé est passé de 8,5 % à 7 % de 2003 à 2019, en dessous des 8 % recommandés par la déclaration de politique sectorielle de 1995 et des 10 % recommandés par l'OMS.

Les dépenses à la charge des ménages constituent la contribution la plus importante aux dépenses de santé, passant de 68,7 % en 2000 à 57,5 % des dépenses totales de santé en 2018. De 2000 à 2018, il a été constaté une augmentation significative de 22,11 dollars à 30,36 dollars par ménage, mais reste toujours en dessous de la norme actuelle de l'OMS qui est de 44,44 dollars US.

La capitale Niamey et la région d'Agadez semblent avoir les ressources les plus importantes (dépassant parfois les normes minimales de l'OMS en matière de proportion de travailleurs de la santé par rapport à la population).

En dehors de la région de Niamey où le ratio nombre de médecins pour 10 000 habitants fluctue en dent de scie, dans toutes les autres régions, le ratio est resté inférieur à 1 médecin pour 10 000 habitants. La forte densité à Niamey s'explique par la présence de beaucoup de médecins au niveau central, dans les hôpitaux nationaux et certains centres spécialisés.

Il ressort de cette étude, les recommandations suivantes :

- Le recrutement du personnel de santé en qualité et en quantité suffisante ;
- La transformation de certaines cases de santé en CSI en respectant le plan de la carte sanitaire ;
- La construction des infrastructures sanitaires ;
- L'affectation du personnel de santé en fonction des besoins réels des structures ;
- La mise en place d'un système d'évaluation des objectifs individuels ;
- La formation continue et efficace du personnel de santé.



2. Introduction Générale

Au Niger, l'accroissement des prestations de soins de santé et services de qualité est le deuxième axe stratégique du Plan de Développement Sanitaire 2017-2021. Des services de soins de santé de haute qualité exigent la prestation de soins pertinents au moment opportun, en prenant en compte les besoins et les préférences des usagers et en réduisant au minimum le risque de préjudice pour les patients et le gaspillage de ressources. Les soins de qualité augmentent les chances d'obtenir les résultats sanitaires désirés. Ils doivent répondre à sept critères mesurables : l'efficacité, la sécurité, la priorité donnée à la personne, la délivrance en temps opportun, l'équité, l'intégration des soins et l'efficacité. Au Niger, par exemple, la politique de la gratuité des soins de santé qui est une politique mise en œuvre par l'Etat depuis 2006, en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé pour les femmes et les enfants de moins de cinq (5) ans a permis d'améliorer significativement des indicateurs de santé au sein des populations cibles.

Entre 2006 et 2012, l'utilisation des services prénatals a presque doublé et est passée de 46% en 2006 (EDSN-MICS III) à 83% en 2012 (EDSN-MICS IV). L'utilisation des méthodes contraceptives modernes demeure faible, avec une augmentation de 7 points de pourcentage, passant ainsi de 5% en 2006 (EDSN-MICS III) à 12% en 2012 (EDSN-MICS IV). Le nombre de césariennes est passé de 0,8% à 2,8% d'après le rapport du Système National d'Informations Sanitaires (SNIS) de 2012 au cours de la même période. La proportion d'enfants de 12 à 23 mois, complètement vaccinés, est passée de 29% en 2006 (EDSN-MICS III) à 52% en 2012 (EDSN-MICS IV).

Cependant, la situation sanitaire du Niger reste précaire. En effet, seulement 50,63% de la population a accès aux services de santé en 2018 et le Ratio de Mortalité Maternelle (RMM) qui était de 535 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012 s'est établi à 520 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015. Malgré la baisse régulière de cette mortalité maternelle, les résultats restent encore très insuffisants au vu des engagements souscrits. Quant aux taux de mortalité infanto-juvénile, il était de 123 pour 1000 en 2021. La couverture vaccinale était de 38,2% des enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés en 2017 (ECV 2017).

Dans le souci de permettre aux utilisateurs des données sanitaires de comprendre la situation la plus récente des indicateurs qui décrivent la qualité des soins maternels et du nouveau-né au Niger, ce rapport analyse les niveaux de la disponibilité des services de santé, l'accès et l'utilisation des services de soins prénatals et la capacité des établissements à réaliser les services de soins.

3. Objectifs de l'étude

1.1 Objectif général

L'objectif général de cette étude est de contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et du nouveau-né au Niger.

1.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de l'étude sont de :

- ✓ Déterminer la disponibilité des services en santé reproductive, de la mère et du nouveau-né dans les établissements de santé ;
- ✓ Apprécier la qualité des soins en matière de santé de la mère, du nouveau-né conformément aux protocoles nationaux des interventions mises en œuvre ;
- ✓ Évaluer la capacité des établissements de santé à fournir les services SONUB (soins

obstétricaux et néonataux d'urgence de base avec les sept fonctions essentielles) ou SONUC (soins obstétricaux et néonataux d'urgence complète avec les neuf fonctions essentielles) ;

- ✓ Déterminer l'utilisation des services de consultations pré et postnatales ;
- ✓ Proposer des solutions afin de favoriser l'amélioration de la qualité des soins en santé de la mère et du nouveau-né.

Ce rapport vise à informer les utilisateurs en général et les autorités en particulier, en vue d'attirer leur attention pour prendre des décisions éclairées dans le domaine de la santé de la mère et du nouveau-né. Il y est présenté l'évolution des principaux indicateurs sur la qualité des soins de santé au Niger, notamment la disponibilité, l'accès, l'utilisation, la capacité, la couverture ajustée, le personnel de santé et enfin les obstacles à l'accès aux soins de santé.

4. Méthodologie

Plusieurs sources de données et d'informations ont été utilisées dans le rapport, à savoir : la base DHIS2 du Ministère de la Santé Publique de la Population et des Affaires Sociales (MSP/P/AS), le rapport et la base de données de l'Enquête Nationale sur les Indicateurs Socio-Economiques et Démographiques, le rapport et les bases de données de l'Enquête Nationale sur la Fécondité et la Mortalité des Enfants de moins de cinq (5) ans (ENAFEME 2021), le document du Plan de Développement Sanitaire (PDS 2017-2021), l'enquête SARA et les annuaires statistiques du MSP/P/AS.

La méthodologie utilisée consiste à décrire les tendances et les disparités des indicateurs tel que la disponibilité des services de santé, la capacité des établissements de santé à fournir les services SONUB (soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base avec les sept fonctions essentielles) ou SONUC (soins obstétricaux et néonataux d'urgence complète avec les neuf fonctions essentielles), l'utilisation des services de consultations pré et postnatales etc. Les disparités sont analysées selon la région et le milieu de résidence.



Chapitre I : Disponibilité des services de santé

RESUME

- Au Niger, la proportion des établissements de santé offrant des services de Planification Familiale s'établit à 82,3%. Au niveau régional, elle varie de 43,8% à Niamey à plus de 80% dans les autres régions ;
- Il existe des disparités en matière d'offre des services de PF entre le secteur public (98,4%) et le secteur privé (18,2%) et entre le milieu rural (98,6%) et urbain (56,0%) ;
- La proportion des établissements de santé offrant les services des soins prénatals est de 80,5%. Elle est au-dessus de 80% dans toutes les régions à l'exception de Niamey qui enregistre 48,1%.

1.1 Disponibilités des services PF et la CPN

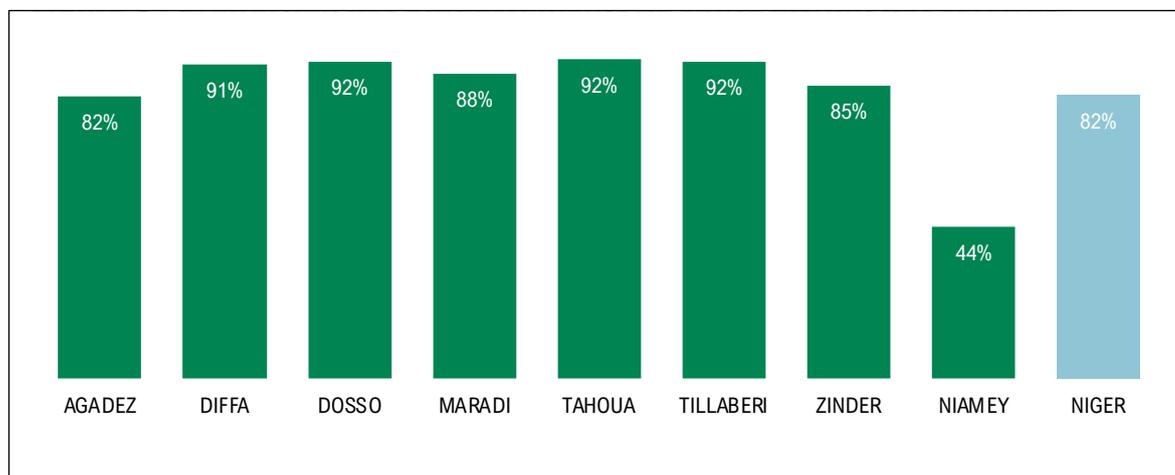
1.1.1 Disponibilités des services de Planification Familiale (PF)

Le principe de la planification familiale est de permettre aux couples désireux de faire des enfants d'anticiper le nombre d'enfants désirés et de planifier leurs naissances. Elle traite autant de l'utilisation des méthodes contraceptives que du traitement de l'infertilité (OMS, 2012). Au Niger, les services de PF devraient être disponibles à tous les niveaux de soins.

La disponibilité des services en PF renvoie à la proportion des établissements de santé offrant les services de PF et disposant au moins d'un produit contraceptif non périmé en stock au jour du passage des enquêteurs.

Sur l'ensemble des régions, la disponibilité des services de planification familiale fluctue autour de la moyenne nationale (82,3%) et varie de 43,8% à Niamey à 92,4% à Tahoua.

Graphique 1 : Proportion des établissements de santé offrant des services de planification familiale selon la région

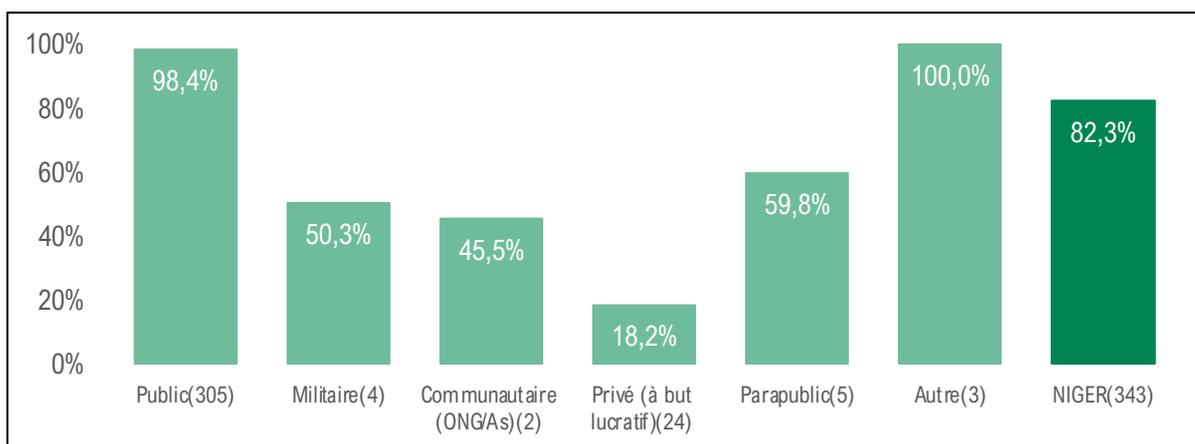


Source : SARA 2019

Il faut également illustrer que les établissements du secteur public, qui par ailleurs font la promotion de la gratuité des soins, offrent plus des services de planification familiale par rapport à ceux du secteur privé, dont le but est lucratif. Dans le premier cas, la proportion s'élève à 98,4% alors qu'elle n'est que de 18,2% dans le second.

NB : Dans « autre » qui sont au nombre de trois (3), l'on retrouve, les centres de santé de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et des Universités.

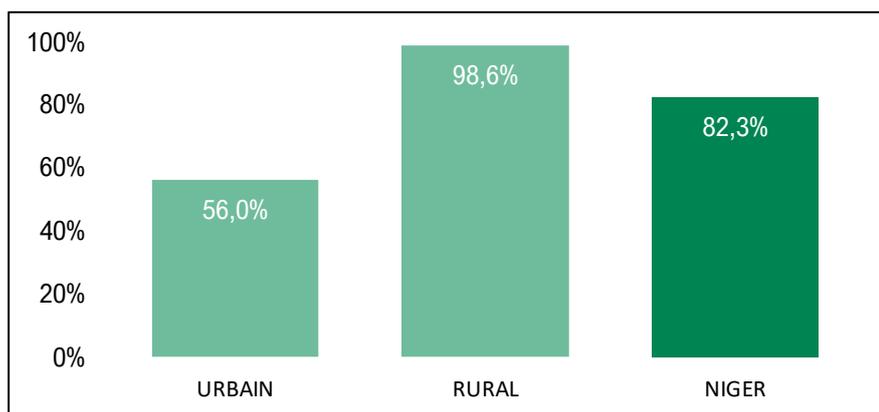
Graphique 2 : Proportion des établissements de santé offrant des services de planification familiale selon le type de d'établissement



Source : SARA 2019

Il ressort à travers le **graphique 3** ci-dessous, une différence des pourcentages des établissements qui offrent les services de planification familiale entre le milieu urbain et le milieu rural. En effet, en milieu rural, pendant que presque la totalité (98,6%) des établissements de santé offrent des services de planification familiale¹, en milieu urbain, 56,0% seulement en offrent.

Graphique 3 : Proportion des établissements de santé offrant des services de planification familiale par milieu de résidence de l'établissement sanitaire



Source : SARA 2019

1 Au moins une action entrant dans le cadre de la planification familiale

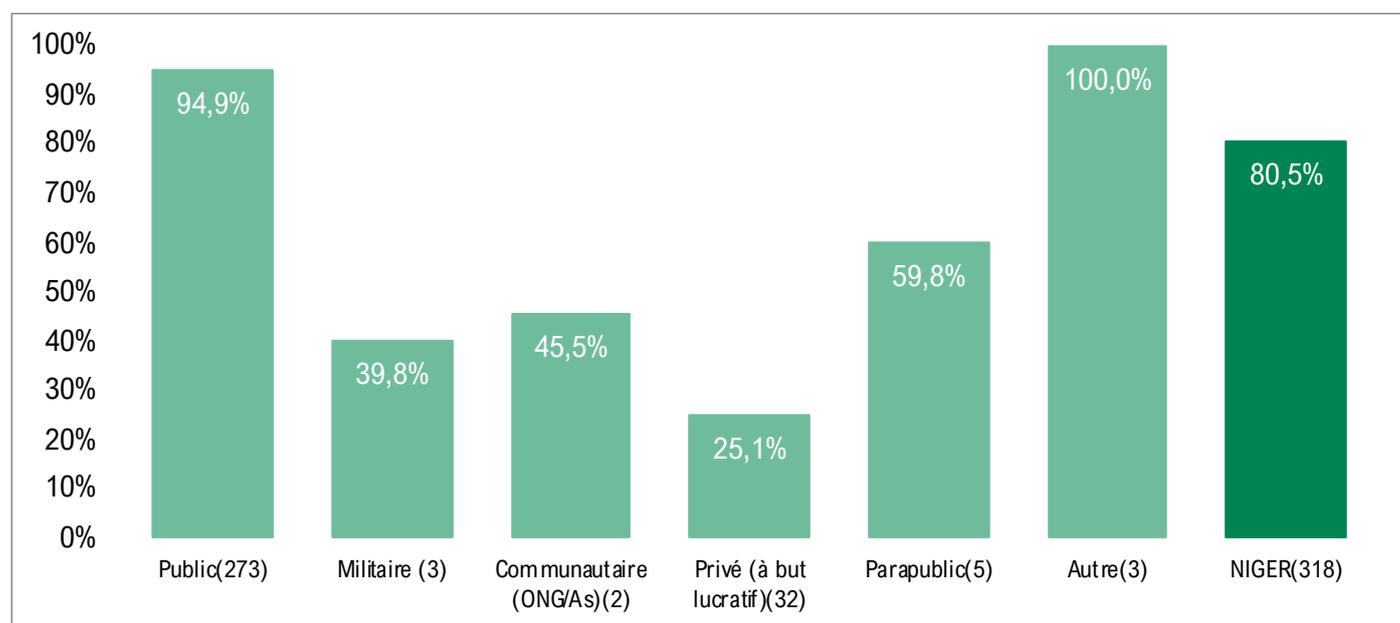
1.1.2 Disponibilités des services CPN

Les soins prénatals concernent l'ensemble des paquets de soins essentiels pour détecter et prendre en charge les problèmes pendant la grossesse tels que l'anémie et l'hypertension. Ils permettent d'assurer les soins préventifs tels que la supplémentation en acide folique et en fer, le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme et de la vaccination antitétanique (OMS, 2014). Au Niger, les soins prénatals devraient être offerts à tous les niveaux sauf le niveau tertiaire.

La disponibilité renvoie à la proportion des établissements de santé offrant les services de soins prénatals suivants : vaccination antitétanique, TPI, surveillance de l'hypertension liée à la grossesse, et supplémentation en fer + acide folique.

Au Niger, 80,5% des établissements de santé offrent des services de la CPN. Il faut aussi noter une large disparité entre le secteur public (94,9%) et le secteur privé (25,1%).

Graphique 4 : Proportion des établissements de santé offrant des services de la CPN selon le type de d'établissement

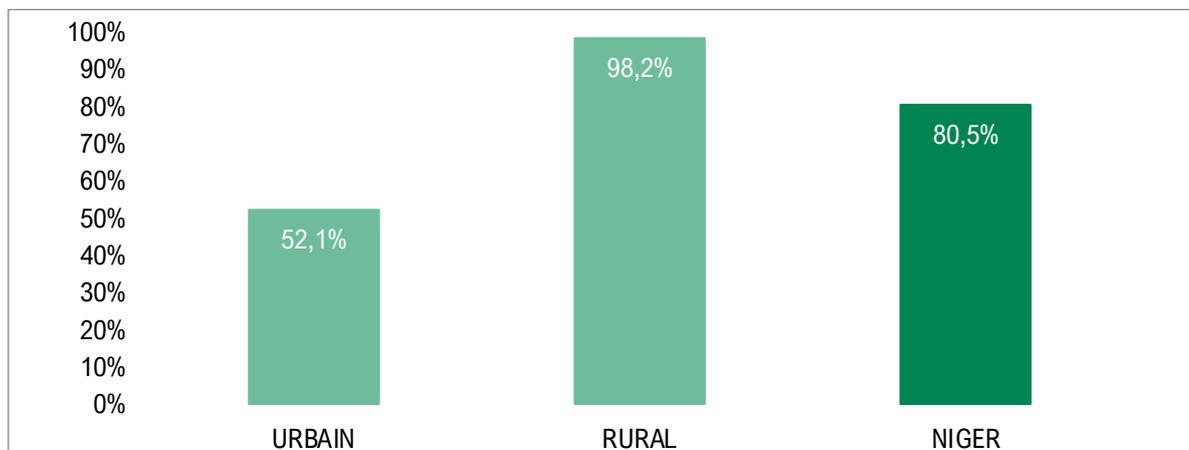


Source : SARA 2019

NB : Dans « autre » qui sont au nombre de trois (3), l'on retrouve, les centres de santé de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et des Universités.

Une analyse selon le milieu de résidence montre aussi une disparité entre le milieu urbain (52,1%) et le milieu rural (98,2%).

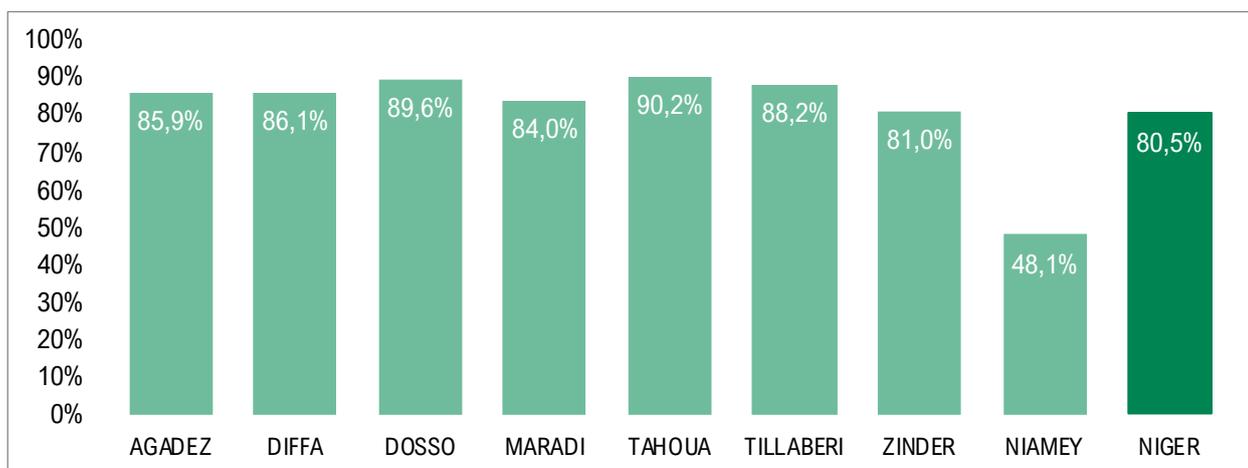
Graphique 5 : Proportion des établissements de santé offrant des services de la CPN selon le type de d'établissement



Source : SARA 2019

Comme l'illustre le **graphique 6**, la proportion des établissements de santé offrant les services des soins prénatals est supérieure à 80% dans toutes les régions, sauf à Niamey où elle enregistre son niveau le plus bas qui est 48,1%.

Graphique 6 : Proportion des établissements de santé offrant des services de CPN par région



Source : SARA 2019

Chapitre II : Accès aux services CPN/CPON, SONUB et SONUC

RESUME

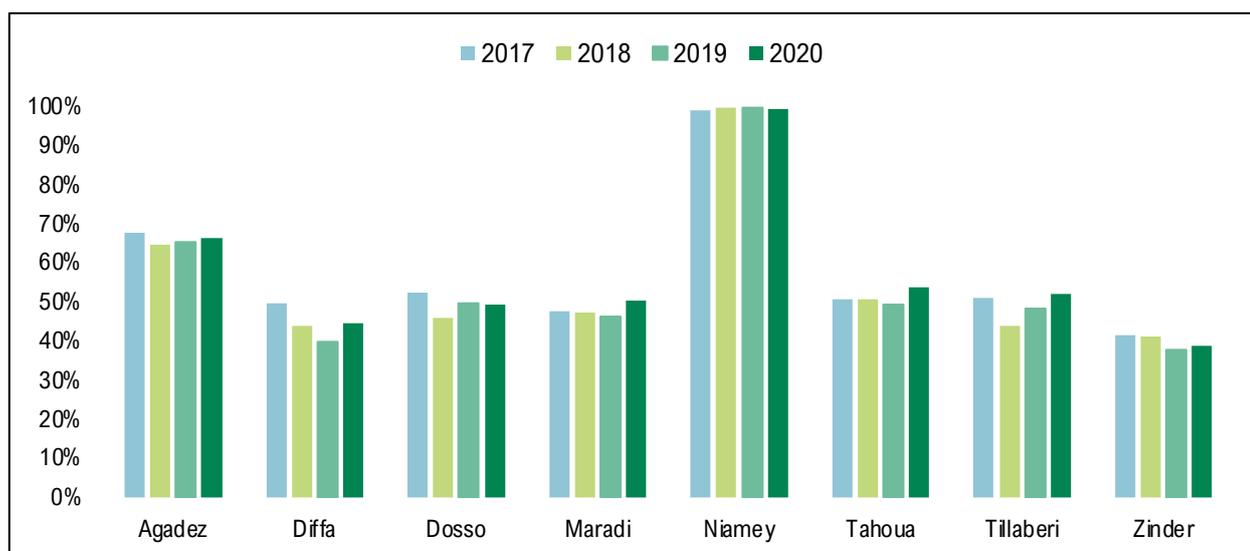
- Quelle que soit l'année considérée, l'accès aux soins des femmes en âge de procréer dans un rayon de 0-5 km est plus favorable à Niamey puis à Agadez. Les autres régions sont presque au même niveau d'accès aux services de Consultation Périnatale et les Consultations Postnatales de 2017 à 2020 ;
- Seulement 42,2% des communautés enquêtées dans les localités visitées sont situées dans un rayon de 0-5 km d'une formation sanitaire ;
- 16,7% des localités ne disposant pas d'hôpital de district et 24,3% ne possédant pas de case de santé y ont accès à une distance comprise entre 6 à 15 km.

L'accès aux soins peut être défini comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin.

L'accès est lié à la présence (ou l'absence) potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles, géographique ou autres lors de l'utilisation de ces services.

Quelle que soit l'année considérée, l'accès aux soins des femmes en âge de procréer dans un rayon de 0-5 km est plus favorable à Niamey puis à Agadez. Les autres régions sont presque au même niveau d'accès aux services Consultation Périnatale et les Consultations Postnatals de 2017 à 2020.

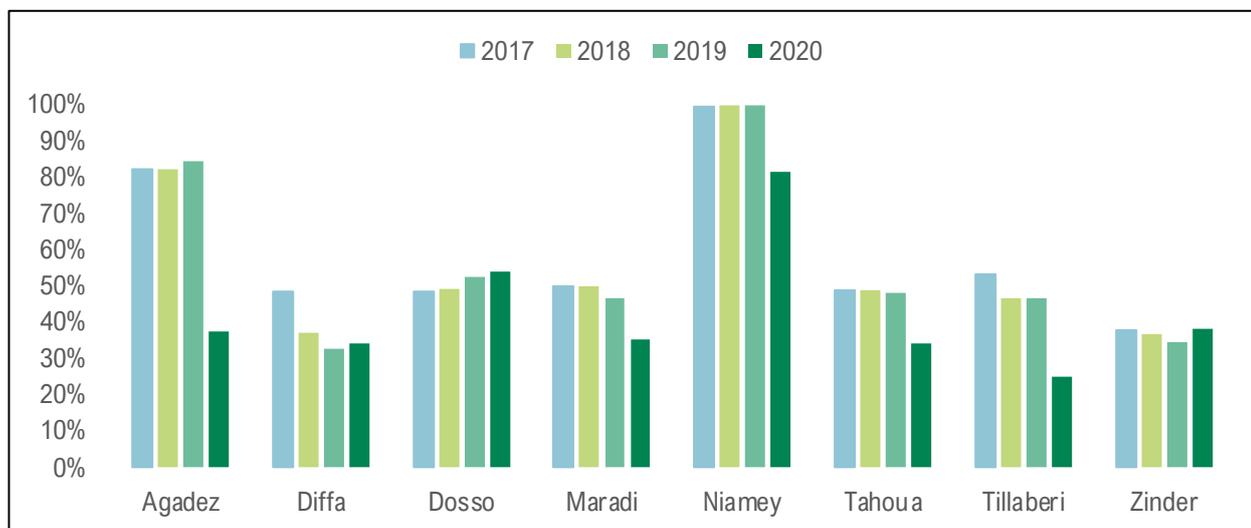
Graphique 7 : Pourcentage des femmes en âge de procréer qui se sont présentées dans un établissement de santé et qui ont accès à la CPN/CPON dans un rayon de 0-5 km



Source : DHIS2

La même tendance s'observe au niveau de l'accès à SONUB avec Niamey et Agadez qui sont en tête, suivis des autres régions.

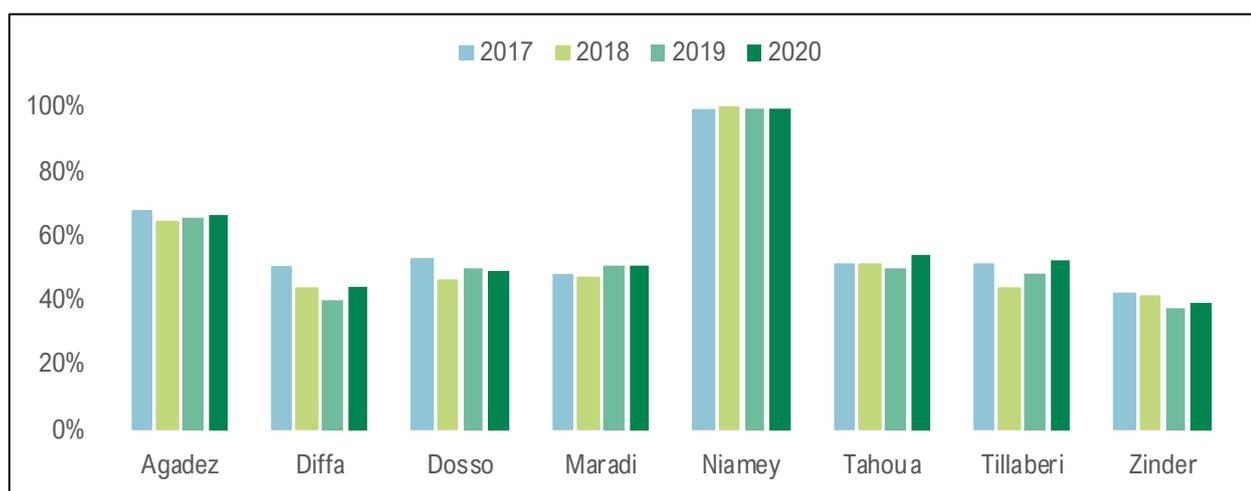
Graphique 8 : Proportion des femmes en âge de procréer qui se sont présentées dans un établissement de santé et qui ont accès à un SONUB à une distance de plus de 15 km



Source : DHIS2

La même tendance s'observe quant-il s'agit de l'accès à SONUC dans un rayon de 0-5 Km. En effet, les habitants de la région de Niamey ont presque tous accès à ce service dans un rayon de 0-5 Km, suivi de la région d'Agadez qui enregistre un peu moins de 70%. Par contre, les résultats des régions de Zinder, Diffa et Dosso suggèrent plus d'efforts à leur endroit pour relever ce taux qui peine à atteindre le minimum de 50%.

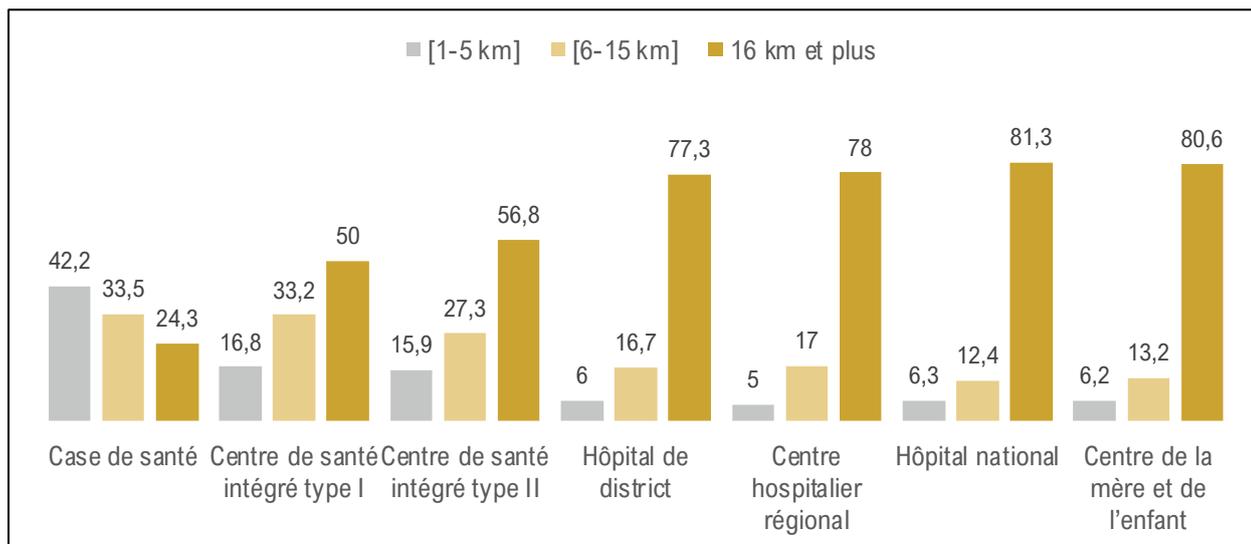
Graphique 9 : Pourcentage des femmes en âge de procréer qui se sont présentées dans un établissement de santé et qui ont accès à SONUC dans un rayon de 0-5 km



Source : DHIS2

Il ressort de l'analyse de ces données que si pour certaines infrastructures de santé, les populations de certaines localités parcourent moins de 5 km pour y avoir accès, pour d'autres, par contre, la distance varie de 10 à 15 km voir même plus. Ainsi, 16,7% des localités ne disposant pas d'hôpital de district et 24,3% ne possédant pas de case de santé y ont accès à une distance comprise entre 6 à 15 km. Par contre, selon les représentants de certaines communautés enquêtées, 56,8 % ; 77,3% ; 78% et 81,3% de leurs localités visitées sont situées à plus de 16 km, respectivement des centres de santé intégré de type II, des hôpitaux de district, des CHR et des hôpitaux nationaux.

Graphique 10 : Accessibilité géographique aux infrastructures



Source : ENISED 2015



Chapitre III : Capacité des établissements sanitaires à réaliser les services de soins de santé

RESUME

- *Améliorations limitées de la capacité CPN entre 2015 et 2019 (69,9 % à 71,1 %) dans tous les types d'établissements et par région. Les articles de diagnostic ont la plus faible disponibilité pour la CPN.*
- *La capacité CPN et accouchement est la plus élevée dans les hôpitaux publics et la plus faible dans les centres de santé intégrés ; ces derniers représentent plus de 90 % des établissements offrant des soins de CPN et d'accouchement.*
- *La capacité à l'accouchement normal n'a pas changé entre 2015 et 2019 dans les centres de santé intégrés (score médian de 60 %), et a diminué dans les hôpitaux publics et privés.*
- *Il n'y a pas de différences majeures dans la capacité d'accouchements normaux entre les régions. Cependant une amélioration a été observée dans la région de Diffa entre 2015 et 2019.*
- *Il y a eu une amélioration significative du contenu de la CPN entre 2006 et 2012.*
- *En comparant la couverture par contact et la couverture ajustée à la capacité pour les accouchements normaux, il y avait un écart de 21 points de pourcentage au niveau national en 2015.*

3.1 Capacité des établissements à fournir les soins

Nous avons calculé l'état de la capacité des établissements de soins prénatals à l'aide de SARA 2015 et SARA 2019 comme une moyenne arithmétique de la disponibilité de 22 éléments essentiels dans cinq domaines pour les soins prénatals : équipement, diagnostics, médicaments et produits, commodités de base et ressources humaines. Nous avons utilisé la méthodologie décrite par Sheffel et collègues (2019) et adapté leur proposition d'indice de capacité CPN au Niger. Chaque élément a été codé comme une variable binaire (0 si non disponible/fonctionnel et 1 si disponible et fonctionnel). Le score de capacité de l'établissement sur 22 a été converti en pourcentage et indique la capacité globale de chaque établissement à fournir des services de CPN.

Le score de base de l'état de capacité des établissements pour les services d'accouchement a été calculé à partir de 20 éléments SONUB dans trois domaines utilisant SARA 2015 et SARA 2019 : équipement et fournitures, médicaments et produits, ressources humaines et directives. Nous avons également généré un score de la capacité SONUC couvrant 19 éléments, et limité ce score aux établissements fournissant des services de césarienne et de transfusion sanguine.

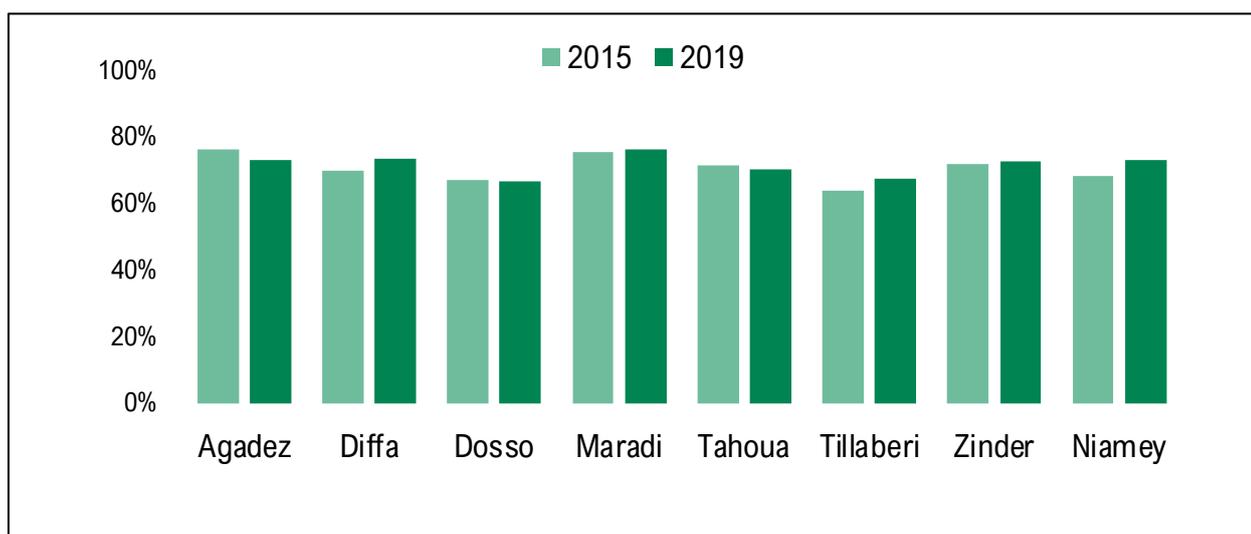
Nous avons utilisé des graphiques pour visualiser la performance des établissements pour chaque élément et domaine dans les deux domaines de service (CPN et accouchement) et nous avons

effectué des analyses stratifiées par région et type d'établissement pour évaluer les différences de la capacité des établissements entre les strates.

3.2 Capacité CPN et accouchement

Dans l'ensemble, les tendances en matière de capacité à la CPN suggèrent un changement minime entre 2015 et 2019, passant de 69,9% (IC 95% 68,7%-71,1% %) à 71,1% (IC 95% 69,8%-72,5%) en moyenne, dans tous les établissements. De même, on observe une amélioration minime de l'état de capacité à la CPN dans la plupart des régions, à l'exception d'Agadez et de Tahoua où l'on observe une légère réduction de l'état de capacité CPN (Figure 11).

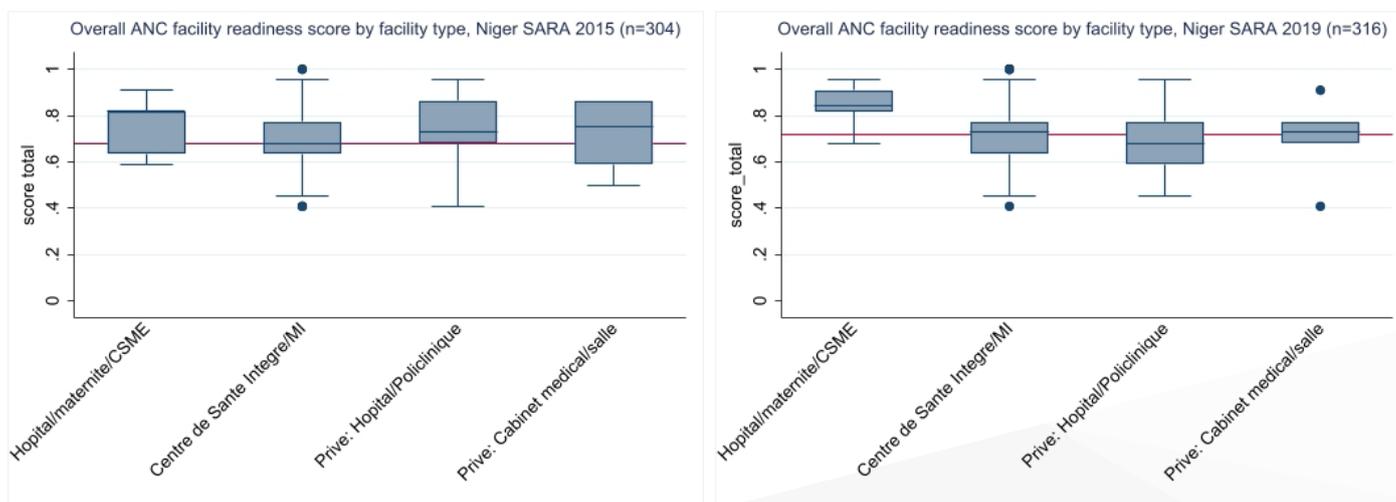
Graphique 11 : Tendances de la capacité CPN par région, 2015-2019



Source : SARA 2015 et SARA 2019

La distribution des scores de capacité à la CPN par type de structure indique une capacité médiane plus élevée dans les hôpitaux publics et les centres publics mère-enfant (CSME), par rapport aux structures publiques de niveau inférieur et à toutes les structures privées (Graphique 12). La disponibilité d'articles spécifiques dans les différents domaines est présentée dans le graphique 1 de l'annexe et suggère une faible disponibilité des articles de diagnostic (test d'hémoglobine, bandelettes urinaires de protéine et de glucose, test de VIH, test de syphilis).

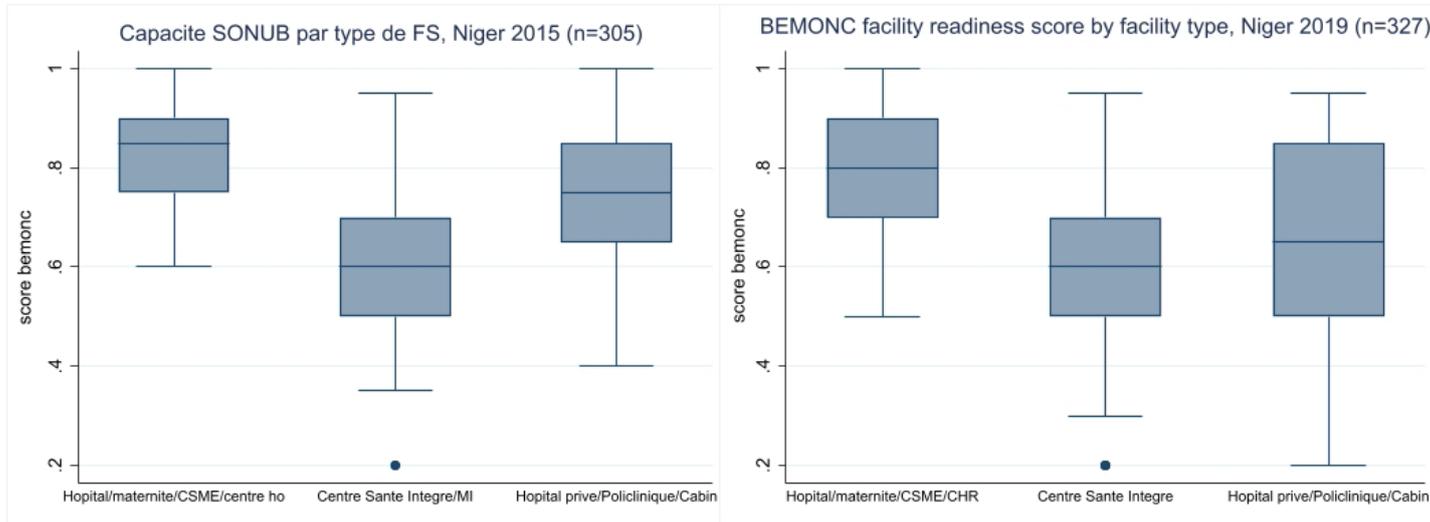
Graphique 12 : Distribution de la capacité CPN par type de formation sanitaire, 2015-2019



Source : SARA 2015 et SARA 2019

Les scores de capacité des établissements à l'accouchement ont également montré que la médiane de capacité aux accouchements normaux (score SONUB) était la plus élevée dans les hôpitaux publics et les CSME, suivis des hôpitaux privés et des centres de santé intégrés (Figure 13). Il est important de noter que dans le contexte du Niger, les centres de santé intégrés représentent 90 % des établissements offrant des soins d'accouchement.

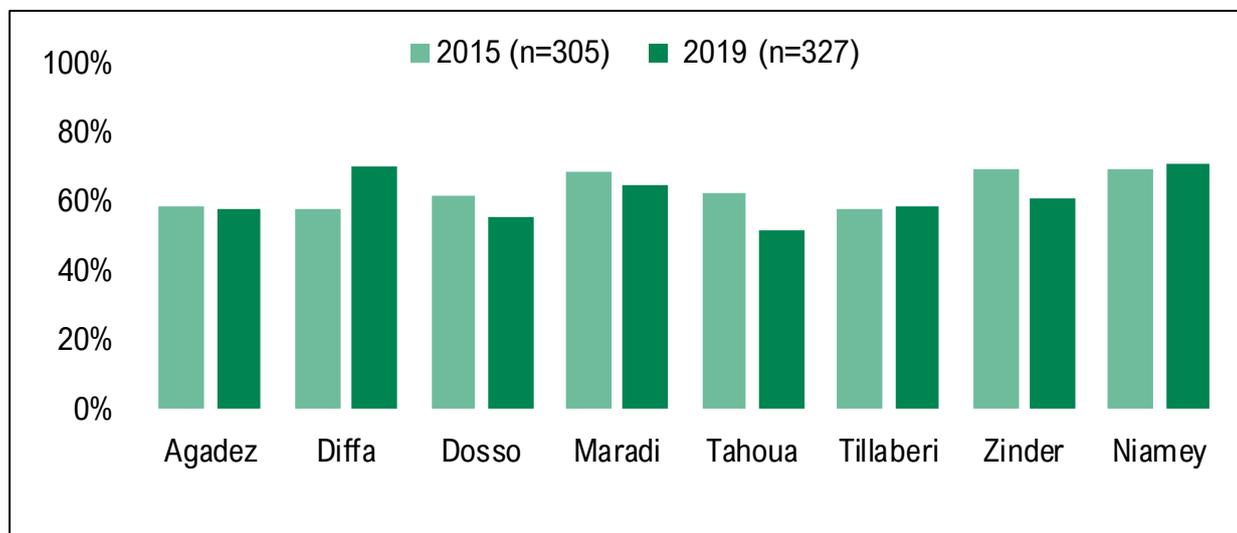
Graphique 13 : Capacité SONUB par type de formation sanitaire, 2015-2019



Source : SARA 2015 et SARA 2019

Les tendances de l'état de capacité SONUB par région sont décrites dans le graphique 14 ci-dessous, suggérant les plus grandes améliorations à Diffa.

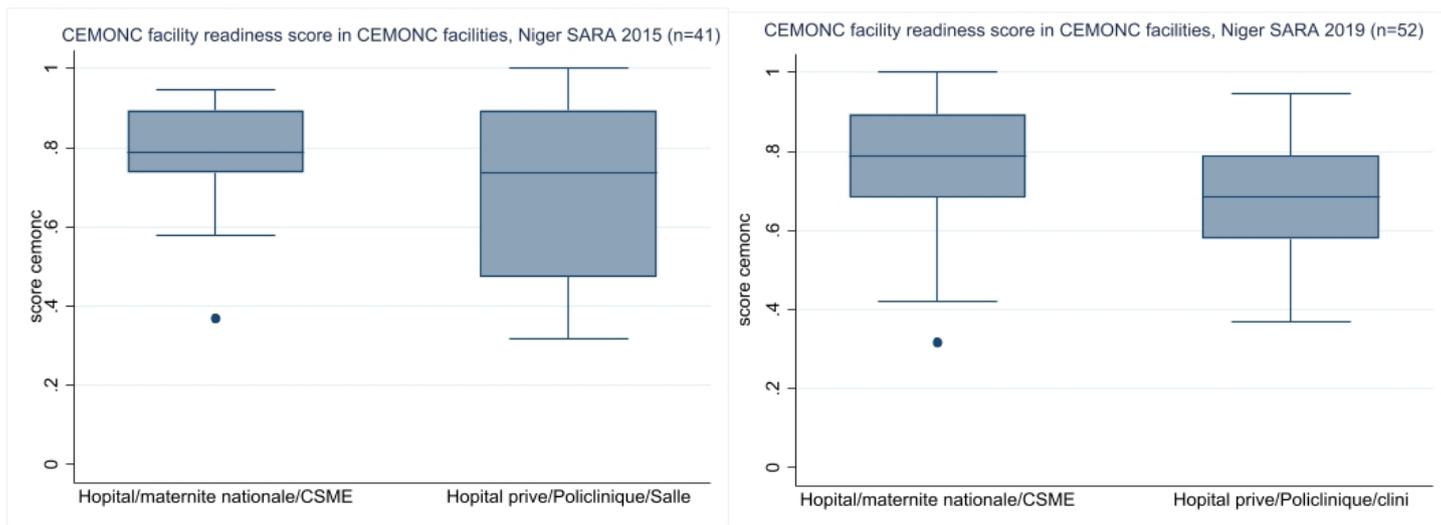
Graphique 14 : Tendances capacité SONUB par région, 2015-2019



Source : SARA 2015 et SARA 2019

En ce qui concerne les établissements offrant des services SONUC, le graphique 15 suggère qu'il n'y a pas de changement dans l'état de capacité des établissements pour les services complets d'accouchement dans les hôpitaux publics entre 2015 et 2019, et une légère réduction de l'état de capacité dans les hôpitaux privés.

Graphique 15 : Tendances capacité SONUC par région, 2015-2019



Source : SARA 2015 et SARA 2019



Chapitre IV : Couverture ajustée par la capacité des soins

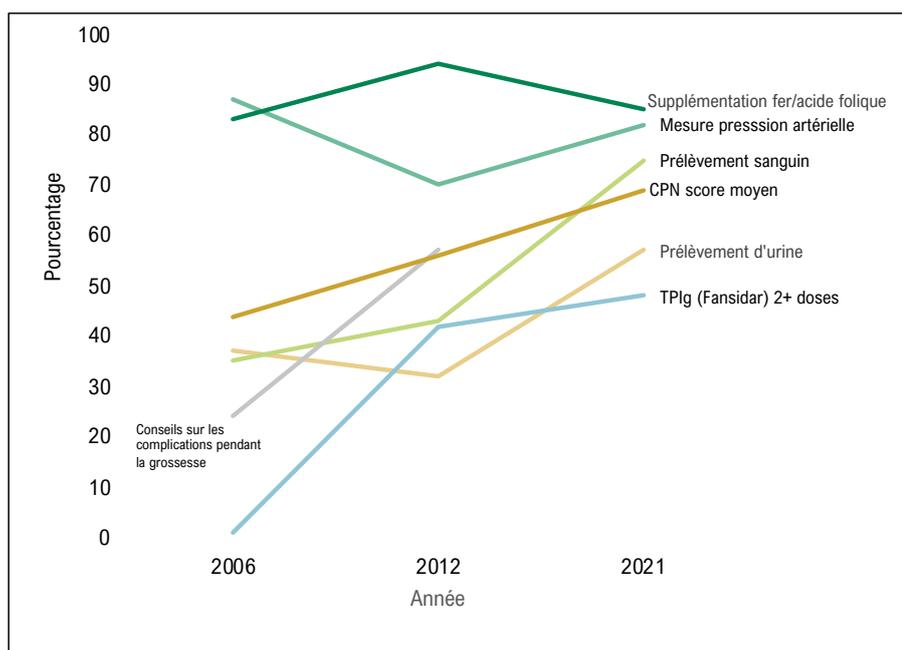
RESUME

- *Il a été constaté un écart de capacité de 21 points de pourcentage entre les soins d'accouchement ajustés à la capacité (38 %) et le contact avec le service pour les accouchements en établissement (59 %) en 2015 ; en 2021 cet écart est de 19 points. Ces résultats illustrent une couverture appréciable des accouchements dans une structure de santé ; cependant la capacité des FS pour les services SONUB reste faible.*
- *Au niveau régional, le plus grand écart est enregistré dans la capitale Niamey (29 points de pourcentage) en 2015, et 26 points en 2021.*

Les mesures de la couverture des contacts, tels que les contacts pour les soins prénatals, les accouchements par un personnel qualifié ou les soins postnatals, ne donnent aucune indication sur la qualité des services reçus. La qualité des soins est essentielle pour que les femmes et les enfants bénéficient pleinement des services reçus. Cependant, la disponibilité de données fiables permettant d'estimer la couverture ajustée à la capacité des établissements à fournir les soins à partir d'un lien écologique entre les données des enquêtes sur les ménages et les évaluations des établissements de santé constitue un défi majeur. Au Niger, il n'y avait pas de données disponibles pour estimer la CPN ajustée à l'état de capacité, car l'ENISED 2015 n'a pas recueilli d'informations sur le type d'établissement fréquenté pour la CPN, et le décalage entre l'EDS 2012 et SARA 2015 était trop important. Nous avons donc utilisé les données disponibles de l'enquête auprès des ménages pour évaluer le contenu des services parmi les femmes ayant bénéficié d'au moins une CPN auprès d'un prestataire qualifié en 2006, 2012 et 2021, comme une indication de la qualité des soins. Nous avons généré un score de contenu de la CPN à partir de 6 éléments rapportés par la mère dans l'EDS et l'ENAFEME 2021 : échantillon d'urine, échantillon de sang, conseil sur les complications de la grossesse, mesure de la pression artérielle, supplémentation en fer/acide folique et traitement préventif intermittent du paludisme (TPIg). Le graphique 16, ci-dessous illustre le progrès du contenu CPN au fil du temps, parmi les femmes de la tranche d'âge 15-49 ans ayant reçu au moins 1 CPN dans le secteur formel lors de leur dernière grossesse : en 2006, le score moyen du contenu CPN était de 44% ; ceci s'est amélioré à 56% en 2012, et 69% en 2021.

En 2006, 37% des femmes avaient reçu un prélèvement d'urine, et ceci augmente à 57% en 2021. Il y a également une amélioration de la proportion des femmes qui ont reçu un prélèvement sanguin (35% à 75% entre 2006 et 2021), ainsi que la proportion des femmes ayant reçu des conseils sur les complications pendant la grossesse. Le TPIg ayant été entamé au Niger en 2006, 42% des femmes ont reçu au moins 2 doses de Fansidar (Sulfadoxine Pyriméthamine) en 2012, comparé à 48% en 2021.

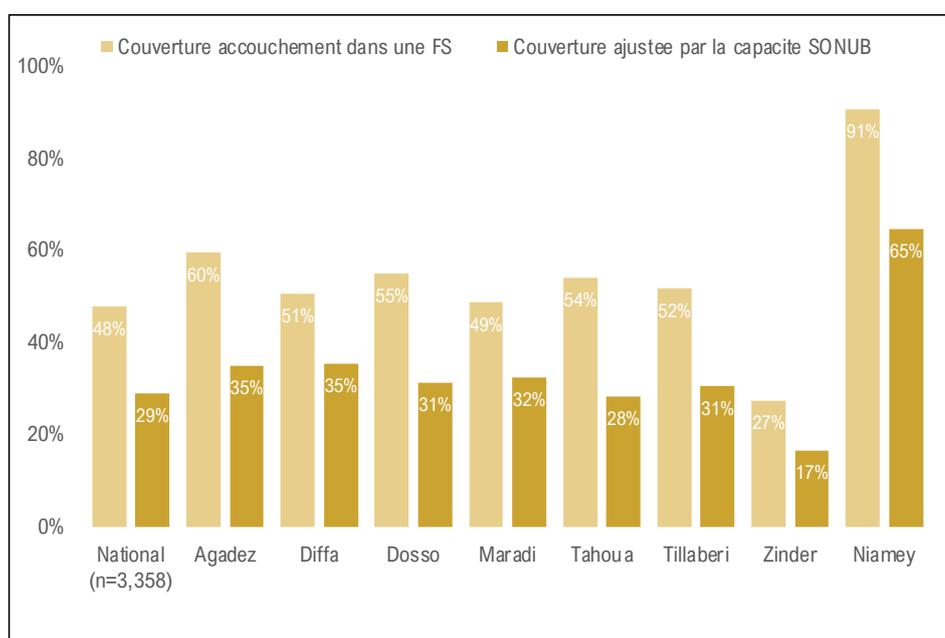
Graphique 16 : Tendances dans le score du contenu CPN parmi les femmes ayant reçu 1+ CPN, 2006, 2012, 2021



Source : EDS (2006, 2012), ENAFEME 2021

La couverture des accouchements dans une formation sanitaire au Niger en 2021 est de 48% ; elle varie entre 27% à Zinder et 91% à Niamey. La couverture ajustée est estimée sur base d'une analyse liant les données de couverture (ENAFEME 2021) aux données des capacités des soins SONUB (SARA 2019) : chaque femme ayant accouché dans une structure sanitaire obtient un score de la capacité des soins SONUB selon sa région de résidence, et le type de FS où elle a accouché. L'analyse suggère que la couverture ajustée par la capacité SONUB est de 29% au niveau national, représentant une différence de 19 points de pourcentage liée à la capacité SONUB. A Niamey, la différence entre la couverture et la couverture ajustée est de 26 points de pourcentage. Ces résultats illustrent la haute couverture des accouchements dans une structure de santé. Cependant, la capacité des FS pour les services SONUB reste faible, et ceci reflète une large différence entre la couverture et la couverture ajustée par la capacité des soins.

Graphique 17 : Couverture ajustée a la capacité des accouchements normaux (SONUB) 2019



Source : ENAFEME 2021, SARA 2019

Chapitre V : Utilisation des services de santé

RESUME

- La proportion des accouchements assistés est inférieure à 50 % durant les quatre années dans toutes les régions en dehors de Niamey qui dépasse les 50 % à la même période, la région d'Agadez dépasse ce taux en 2017 et 2018 et celle de Tahoua le dépasse en 2017 ;
- D'une manière générale, il a été constaté une régression de l'utilisation en CPNR4 dans les régions de Diffa, Dosso, Niamey Tahoua et Zinder de 2017 à 2019 ;
- La même utilisation est restée stationnaire dans les régions d'Agadez, de Maradi et de Tillabéri durant les mêmes périodes ;
- Toutes les régions ont connu une légère progression en 2020 à l'exception de Niamey et Agadez qui ont connu une légère régression à la même année ;
- Le taux de CPNR4 le plus élevé est celui de Diffa en 2017 (65,2%) contre celui de Maradi (28,4%) la même année ;
- La plus grande utilisation pour CPoN1 est enregistrée à Zinder en 2017 avec 56,07 % contre 13,5% à Maradi en 2018 ;
- La plus grande utilisation pour CPoN2 est enregistrée à Diffa en 2017 avec 60,1% contre 5,8% à Niamey en 2020.

Pour le calcul des taux de la CPoN1 et CPoN2 en 2019 et 2020, nous avons rapporté le nombre de consultations postnatales aux naissances vivantes ajustées pour les années correspondantes. Le nombre de naissances ajustées est calculé en divisant les naissances vivantes par un coefficient d'ajustement pour le Niger. L'ajustement consiste à soustraire du nombre de naissance de l'année ce nombre multiplié par le coefficient d'ajustement.

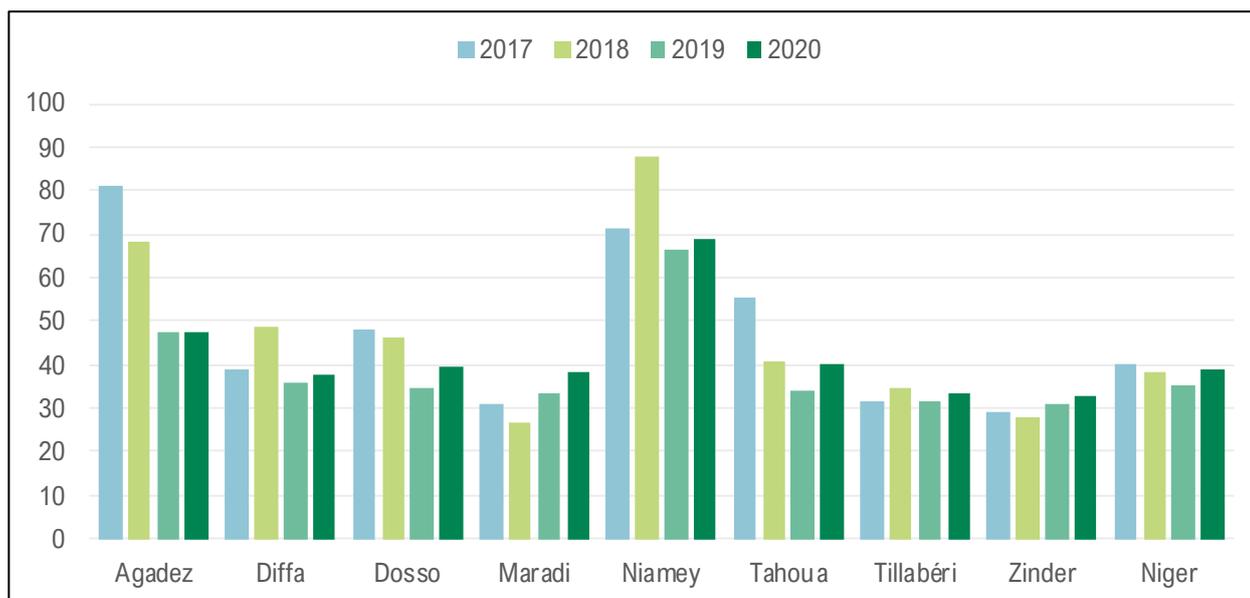
5.1 Utilisation des services d'accouchement et CPNR4

5.1.1 Nombre de femmes ayant utilisé les services d'accouchement (SONUB ou SONUC), 2017-2020

Le principe de l'accouchement au centre de santé est de permettre un suivi efficace du travail d'accouchement en vue de prévenir les éventuelles complications liées à celui-ci.

L'utilisation des services en accouchement renvoie à la proportion des accouchements réalisés au niveau des formations sanitaires publiques et privées dans l'ensemble du pays. Cette proportion varie selon qu'il s'agisse du milieu (urbain et rural) et selon les années à travers les régions du pays. Le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié a atteint son niveau le plus élevé en 2018 à Niamey, avant de se contracter un an après, passant de 87,7% à 66,4%. Néanmoins, à partir de 2019, le **graphique 18** suggère une amélioration du taux d'accouchement assisté dans toutes régions.

Graphique 18 : Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié de 2017 à 2020



Source : Annuaire statistiques du SNIS 2017-2020

5.1.2 Utilisation des services en CPNR4

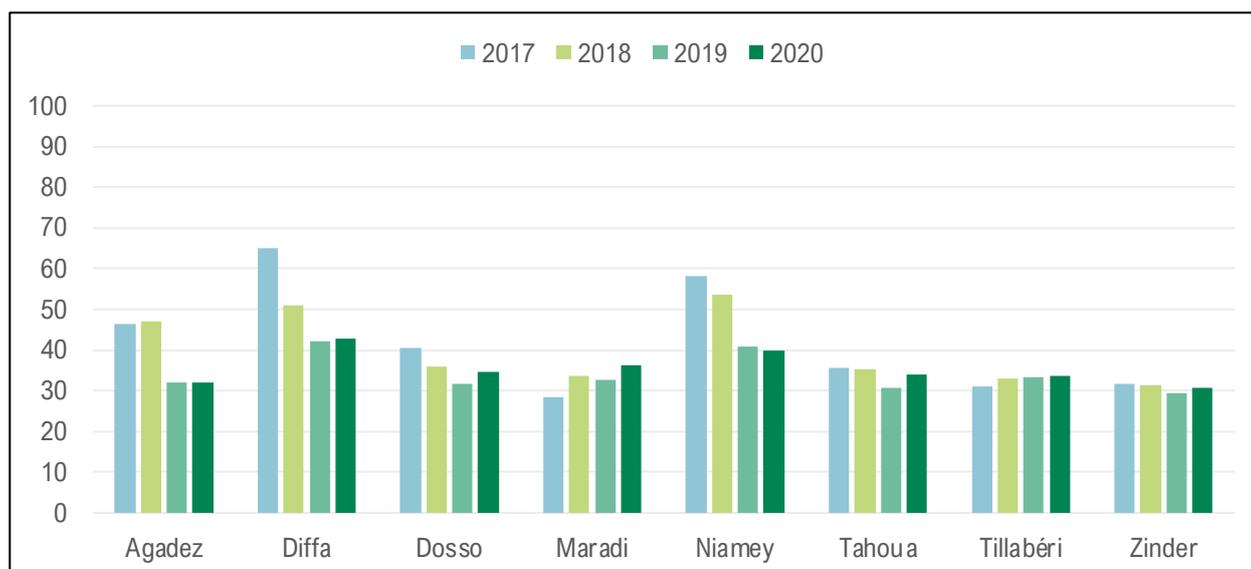
Les soins prénatals concernent l'ensemble des paquets de soins essentiels pour détecter et prendre en charge les problèmes pendant la grossesse tels que l'anémie et l'hypertension. Ils permettent d'assurer les soins préventifs tels que la supplémentation en acide folique et en fer, le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme et de la vaccination antitétanique (OMS). Au Niger, les soins prénatals devraient être offerts à tous les niveaux sauf le niveau tertiaire.

Pour que cela puisse être utile, la femme doit faire au moins quatre (4) CPN entre le 1er et le 9ème mois de la grossesse afin de diagnostiquer les problèmes à tous les âges de cette dernière.

L'utilisation de service de CPNR4 renvoie à la proportion des femmes qui font au moins quatre (4) consultations prénatales en respectant les intervalles recommandés et en recevant toutes les prestations fournies à chaque étape. Ce sont les soins prénatals suivants : vaccination antitétanique, TPI, supplémentation en fer + acide folique, contrôle de l'anémie, contrôle de la toxémie gravidique, contrôle des infections, surveillance de l'hypertension liée à la grossesse, etc.

La proportion des femmes qui ont effectué la CPNR4 est restée en dessous du seuil de 50% pour toutes les régions sauf à Diffa et à Niamey, et même dans ces dernières régions, il a été constaté une chute de ce taux à partir de 2019. Globalement, en 2020, seules les régions de Maradi et Tillabéri ont enregistré des taux d'utilisation en CPNR4 supérieurs à ceux de 2017.

Graphique 19 : Taux d'utilisation en CPNR4 dans les régions selon les années



Source : Annuaire statistiques du SNIS 2017-2020

5.1.3 Utilisation des services en CPoN1 et CPoN2

Les soins postnatals sont des soins essentiels fournis aux femmes et aux nouveau-nés après accouchement. Ces soins sont soit immédiats (CPoN1), soit tardifs (CPoN2). Qu'il s'agisse de la CPoN1 ou de la CPoN2, le but est d'offrir des soins nécessaires à la mère et au nouveau-né. Ces soins peuvent être fournis à titre préventif ou à titre curatif selon le besoin.

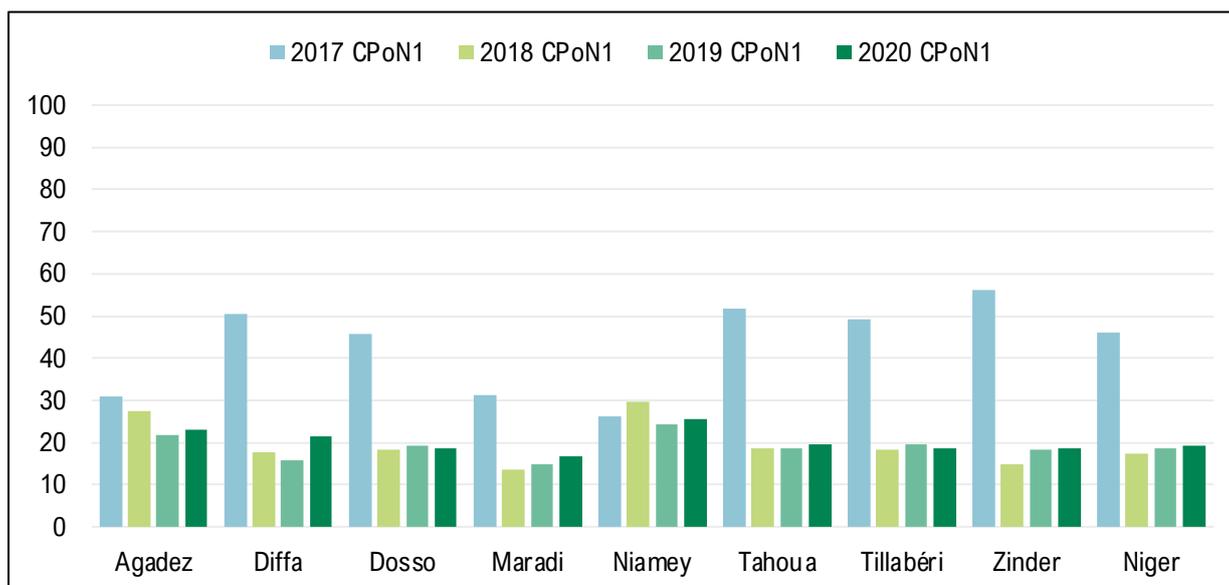
La CPoN1 consiste à suivre la femme et le nouveau-né jusqu'à six (6) heures après l'accouchement en offrant des soins systématiques et aussi en surveillant leur état de santé en vue de déceler toute anomalie éventuelle.

Pour les données comprises de 2018 à 2020, les proportions des deux consultations restent plus ou moins stationnaires dans toutes les régions à l'exception d'Agadez et de Niamey où les CPoN2 sont nettement inférieures aux CPoN1.

De manière globale, ces taux restent relativement bas durant les quatre années et dans toutes les régions.

La plus grande utilisation pour CPoN1 est enregistrée à Zinder en 2017 avec 56,07 % contre 13,53 % à Maradi en 2018.

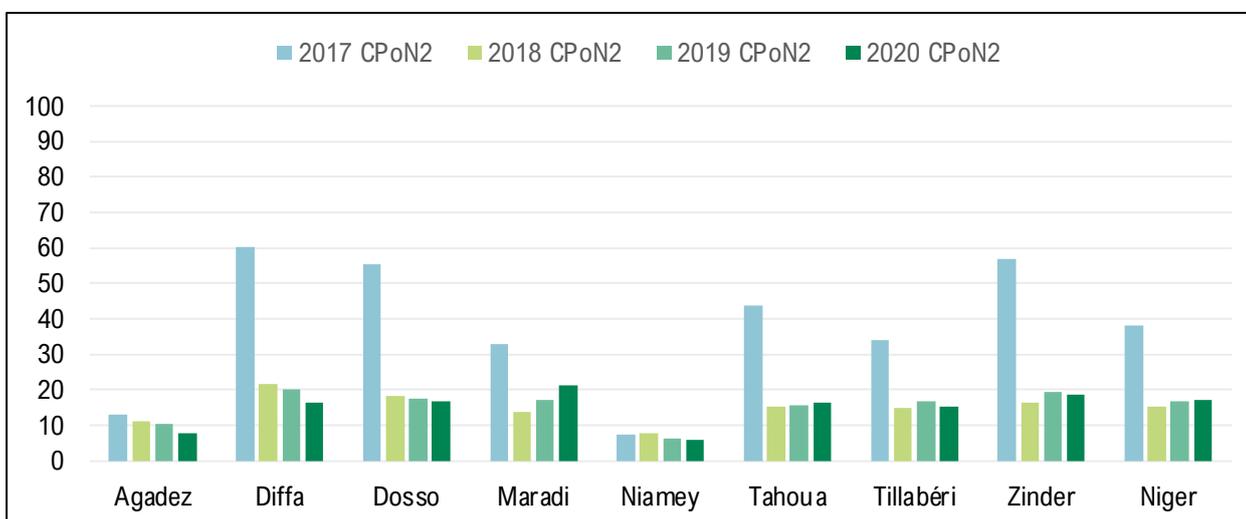
Graphique 20 : Taux d'utilisation de service de CPoN1



Source : Annuaire statistique du SNIS 2017-2020 et projections démographiques 2012-2024, INS

La CPoN2 quant à elle renvoie à la visite au 7ème jour après accouchement pour vérifier l'état de santé de la mère et du nouveau-né afin de fournir des soins appropriés au besoin. En 2017, la proportion de ces deux consultations est plus élevée dans toutes les régions par rapport aux autres années à l'exception d'Agadez et de Niamey en CPoN2. La plus grande utilisation pour CPoN2 est enregistrée à Diffa en 2017 avec 60,12 % contre 5,83 % à Niamey en 2020.

Graphique 21 : Taux d'utilisation de services CPoN2



Source : Annuaire statistique du SNIS 2017-2020 et projections démographiques 2012-2024, INS

Chapitre VI : Obstacles à l'accès aux soins de santé

RESUME

- *Le budget national annuel alloué à la santé est passé de 8,5 % à 7 % de 2003 à 2019 par ménage, en dessous des 8 % recommandés par la déclaration de politique sectorielle de 1995 et des 10 % recommandés par l'OMS ;*
- *Les dépenses à la charge des ménages constituent la contribution la plus importante aux dépenses de santé, passant de 68,7 % en 2000 à 57,5 % des dépenses totales de santé en 2018. De 2000 à 2018, il a été constaté une augmentation significative de 22,11 dollars à 30,36 dollars par ménage, mais reste toujours en dessous de la norme actuelle de l'OMS qui est de 44,44 dollars US.*

La problématique de l'accès aux soins de santé s'articule autour de plusieurs obstacles dont les plus importants sont :

6.1 Accessibilité géographique

Le mauvais état de nos infrastructures routières et l'éloignement des centres de santé pour les prestataires augmentent considérablement le délai d'admission des malades. Cet état de fait impacte sur la qualité de la prise en charge avec toutes les conséquences qui en découlent allant du simple retard à la perte de la vie.

Au-delà des problèmes cités ci-haut s'ajoute l'épineuse question de l'accueil.

6.2 Accueil

La plupart de nos structures sont dépourvues de service d'accueil-orientation et le personnel n'est pas formé à cet effet. Il n'est pas rare de voir la situation d'un client se compliquer parfois jusqu'au décès par un mauvais accueil.

6.3 Obstacles financiers/Financement de la santé

La Dépense Nationale de Santé est estimée en 2014 à 281,049 milliards de FCFA contre 226,004 Milliards en 2013, soit un taux d'accroissement de 24,36%. En pourcentage du PIB nominal, elle n'a que légèrement dépassé les 6% depuis 2006. Elle est de 6,96 % en 2014 contre 6,18% en 2013. La DNS par habitant a légèrement progressé entre 2013 et 2014. En effet, elle est passée de 12,699 francs CFA en 2013 (soit 25 \$US) à 15,190 francs CFA en 2014 (soit environ 30 \$US). On note un sous financement du secteur de la santé bien qu'il fasse partie des priorités nationales. En effet, la dépense par habitant reste légèrement inférieure aux estimations de l'OMS chiffrées à 44 \$US par an et par habitant pour des interventions sanitaires essentielles.

Les ressources financières du secteur de la santé proviennent des ressources domestiques et de l'aide internationale. Les ressources domestiques sont : le budget de l'Etat, les ménages, les collectivités territoriales, les Organisations et Associations Confessionnelles et Caritatives. L'aide

internationale provient de la coopération bi et multilatérale, des initiatives globales pour la santé et des Organisations Non Gouvernementales internationales.

Le budget de l'Etat alloué à la santé était de 5,30% en 2014, ceci en dépit des engagements et de la volonté affichée par le gouvernement à financer la PNS à hauteur de 10% du budget de l'Etat au cours de la période de sa mise en œuvre (2002-2015).

Dans le cadre de l'accroissement du financement de la santé, le Niger, comme tous les pays en développement doit rechercher des financements innovants. Certains existent déjà dans le pays et ne méritent que d'être mieux exploités. Ce sont particulièrement : les Fondations, les Taxes sur les recettes des compagnies de téléphonie mobile, les taxes sur l'exploitation minière, l'appui de la Diaspora nigérienne, le partenariat public privé.

À la vue de l'analyse ci-dessus, les points faibles suivants méritent une attention particulière pour améliorer le financement de la santé en vue d'une utilisation universelle en soins et services de santé de qualité :

- Le financement de la santé reste insuffisant par rapport aux recommandations de la commission macro-économie et santé de l'OMS (44 \$US /habitant/an)
- La part du budget de l'Etat consacré à la santé qui n'a pas atteint les 10% relatifs aux engagements du Gouvernement par rapport à la précédente PNS et moins encore les 15% d'engagement des chefs d'Etat à Abuja ;
- La part du paiement direct des ménages dans la dépense de santé est en pleine augmentation. Elle est passée de 34% en 2003 à 54,91% en 2014 ;
- La part des collectivités dans le financement de la santé n'a pas dépassé 1%
- La consommation des crédits budgétaires liés aux investissements qui est faible (61,17% en 2014) ;
- La consommation des crédits budgétaires liés au fonctionnement qui est de 80, 83% en 2014 ;
- Les financements innovants ne bénéficient pas encore assez au secteur de la santé.

6.4 Le trépied Infrastructure (bâtiment)-Ressources Humaines-Médicaments consommables et équipements médicaux

Ce trépied constitue la base de toute formation sanitaire. Dans nos contrées, les infrastructures sont dans la majeure partie des cas inadaptées aux besoins de la patiente.

La situation des ressources humaines du secteur de la santé au Niger se caractérise par une insuffisance (quantitative et qualitative), une répartition inéquitable du personnel entre les milieux urbain et rural, une insuffisance dans la maîtrise des effectifs, une utilisation non rationnelle du personnel, des profils de carrière et des systèmes de promotion peu satisfaisants, une formation continue insuffisante et peu efficace et une absence de redevabilité et d'évaluation des performances individuelles. Ces problèmes perdurent depuis plusieurs années. En effet, ils avaient déjà été identifiés en tant que tels dans la précédente PNS (2002-2015).

En mars 2014, le MSP comptait un effectif total de 7 647 agents. Les femmes constituent une proportion globale de 59%.

En 2015, 30% des Centres de Santé Intégrés (CSI) disposaient du personnel selon les normes et standards du MSP . Les Hôpitaux de District (HD) qui disposaient du personnel selon les normes actuelles ne dépassaient pas 10%. Les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) avec un personnel

selon les normes représentent à peine 17%. On est loin des objectifs fixés dans le PDS 2011-2015. Selon l’OMS, l’atteinte de la norme haute qui est de 2,5 personnels de santé pour 1 000 habitants est importante. En effet, une bonne densité du personnel de santé bien répartie sur le territoire national augmente les chances pour la population d’avoir accès aux services de santé essentiels.

Quant à la disponibilité en médicaments et consommables médicaux et de leur gestion, beaucoup reste à faire ; les structures sont permanemment en rupture ne pouvant réaliser un paquet minimum d’activités. D’une manière générale, les taux de ruptures enregistrés à différents niveaux ne traduisent pas fidèlement le malaise que connaît la gestion des médicaments. Ainsi, les résultats de l’enquête SARA réalisée en 2015 montrent que les médicaments essentiels et génériques (MEG) étaient disponibles dans 41% des formations sanitaires enquêtées. Le taux le plus élevé de disponibilité en MEG a été observé à Maradi (44%) et le plus bas à Niamey (31%). Aucune structure n’avait, au moment de l’enquête tous les médicaments traceurs retenus dans le cadre de l’enquête. La disponibilité des produits sanguins n’est pas toujours garantie dans les formations sanitaires, ce qui augmente très sensiblement la mortalité, en particulier chez les femmes qui accouchent. Cette situation est aggravée par la faible utilisation des infrastructures habilitées à transfuser le sang ; obligeant ainsi les patients à parcourir de longues distances à sa recherche occasionnant de retard fatal.

Les équipements essentiels étaient disponibles dans 82% des formations sanitaires avec des disparités importantes entre le milieu rural où 26% des formations disposent des équipements essentiels contre 45% des formations sanitaires en milieu urbain. Seul 31% des formations sanitaires disposent de tous les équipements traceurs sur l’ensemble des structures enquêtées. Les équipements nécessaires au diagnostic étaient disponibles dans 36% des formations sanitaires dont moins de 1% en milieu rural et 36% en milieu urbain.

De façon générale, les équipements sanitaires au Niger sont marqués par une vétusté et une obsolescence, contrastant avec les crédits d’investissement alloués au secteur, en augmentation régulière depuis plusieurs années. Les systèmes de maintenance, faute de techniciens qualifiés ayant préféré migrer vers le secteur privé, sont quasi inexistants (audit organisationnel et fonctionnel du MSP, 2015).

Les services de laboratoire quant à eux souffrent de l’inadaptation des infrastructures aux évolutions technologiques, de l’insuffisance en ressources humaines qualifiées, en équipements et intrants. Ces facteurs limitent considérablement le développement de la biologie et du laboratoire au Niger.

En résumé, la situation du secteur du médicament et produits essentiels, équipements et technologies est caractérisée par :

- La Politique Pharmaceutique datant de plus de 30 ans, ne prend pas en compte le développement et les défis récents du secteur du médicament ;
- Les textes qui régulent le secteur pharmaceutique ne sont appliqués que très timidement ;
- L’ONPPC n’arrive plus à assurer sa mission qui consiste à approvisionner le pays en médicaments pour les formations sanitaires. La production locale des médicaments est très faible. La qualité des médicaments en circulation n’est pas assurée ;
- Une gestion non optimale des médicaments et autres matériels médicaux ;
- Les ruptures de stocks des médicaments sont de plus en plus fréquentes dans les formations sanitaires ;
- La vente illicite des médicaments et la circulation des médicaments contrefaits deviennent de plus en plus importantes ;

- Moins de la moitié des formations sanitaires (31%) disposent de l'ensemble d'équipements essentiels ;
- Un système de laboratoire peu performant.

Tous ces ingrédients concourent inéluctablement à un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé de qualité.

De manière générale, le déterminant à l'accès aux soins de santé de qualité est une question de sous-développement à laquelle viennent se greffer d'autres problèmes d'ordre comportementaux (l'hygiène et assainissement) et culturels (croyances empiriques).



Chapitre VII : Personnel de santé

RESUME

- La capitale Niamey et la région d'Agadez semblent avoir les ressources les plus importantes (dépassant parfois les normes minimales de l'OMS en matière de proportion de travailleurs de la santé par rapport à la population) ;
- En dehors de la région de Niamey où le ratio nombre de médecins pour 10 000 habitants fluctue en dent de scie, dans toutes les régions le ratio est resté inférieur à 1 médecin pour 10 000 habitants. La forte densité à Niamey s'explique par la présence de beaucoup de médecins au niveau central, dans les hôpitaux nationaux et certains centres spécialisés.

7.1 Infirmiers pour 5 000 habitants

De 2002 à 2020 trois (3) régions (Niamey, Agadez et Diffa) sont les mieux couvertes, avec des couvertures allant jusqu'à 4 infirmiers pour 5 000 habitants.

Le cas de Niamey est particulièrement attirant avec en 2016 plus de 5 infirmiers pour 5 000 habitants. Les régions pour lesquelles des efforts supplémentaires doivent être consentis sont la région de Dosso, Tahoua, Tillabéri et Maradi qui ont un ratio qui n'atteint même pas régulièrement une valeur d'un (1) infirmier pour 5 000 habitants. Toutefois, on constate qu'à partir de 2019, toutes les régions ont atteint un minimum d'un (1) infirmier pour 5 000 habitants.

Graphique 22 : Nombre d'infirmiers pour 5000 habitants de 2003 à 2020



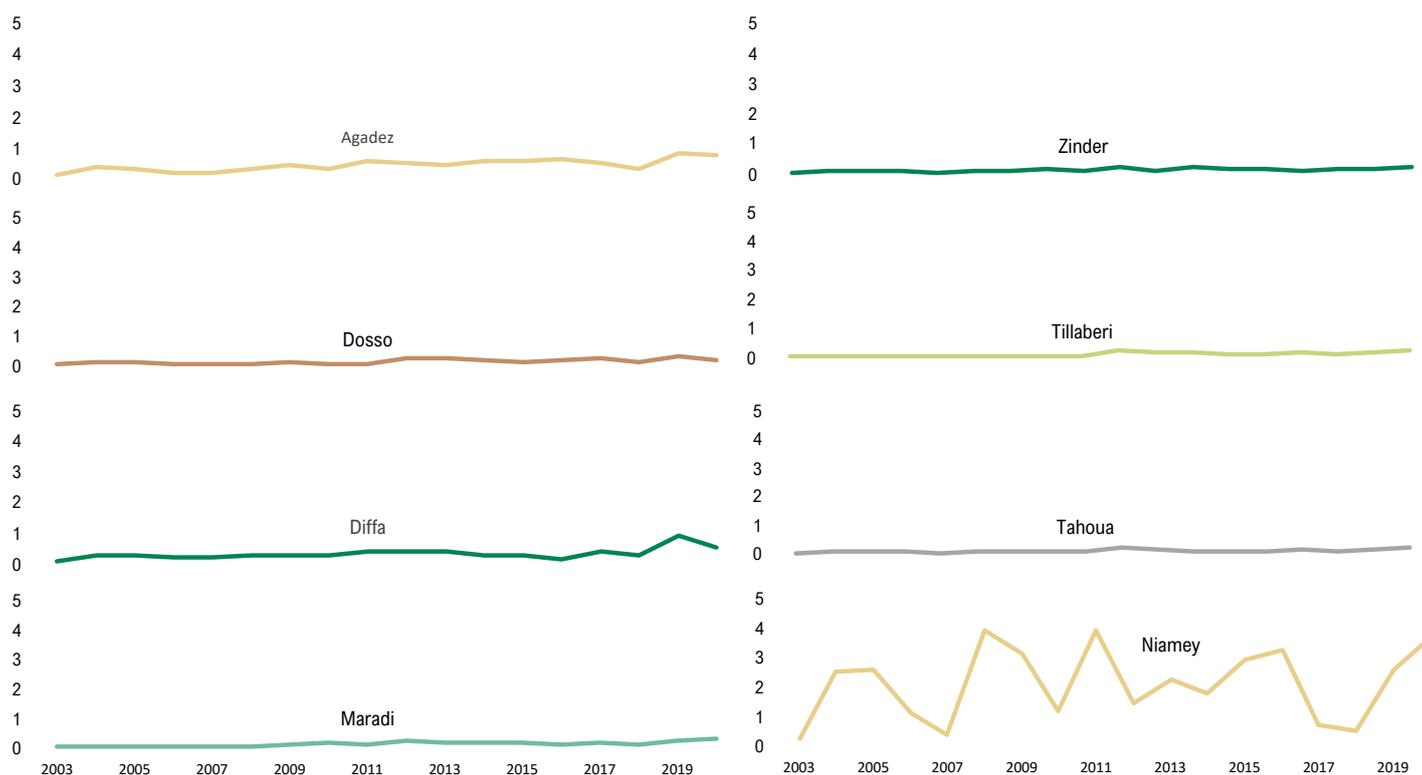
Source : Annuaire statistiques du SNIS, 2003 à 2020

7.2 Médecins pour 10 000 habitants

En dehors de la région de Niamey où le ratio nombre de médecins par 10 000 habitants fluctue en dent de scie, dans toutes les régions le ratio est resté inférieur à 1 médecin pour 10 000 habitants. La forte densité à Niamey s'explique par la présence de beaucoup de médecins au niveau central, dans les hôpitaux Nationaux et certains centres spécialisés.

La région de Niamey atteint un taux de couverture allant d'un (1) à quatre (4) médecins pour 10 000 habitants au détriment des autres régions. C'est seulement en 2003, 2007, 2017 et 2018 que la norme n'est pas atteinte à Niamey.

Graphique 23 : Nombre de médecins pour 10 000 habitants de 2003 à 2020



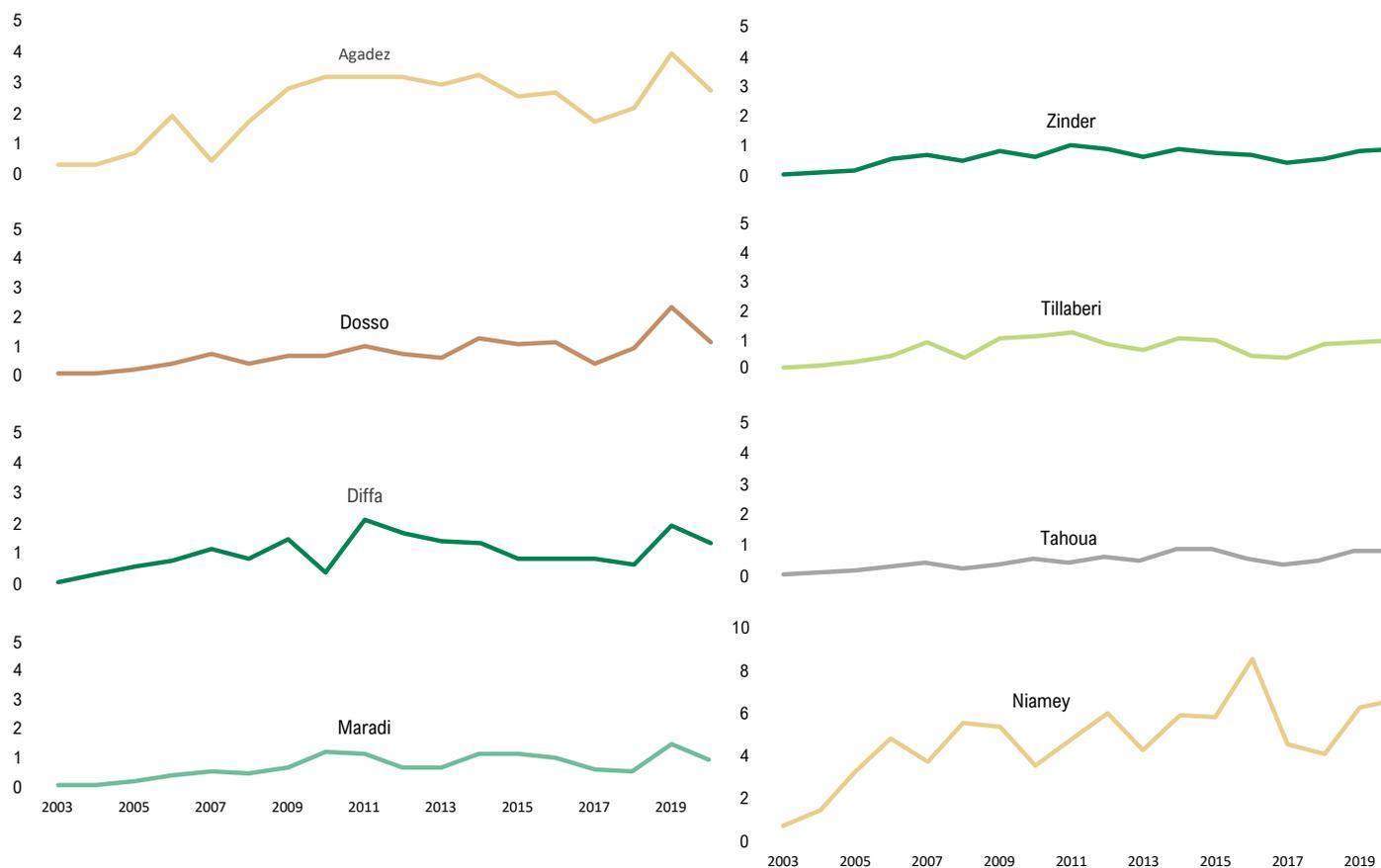
Source : Annuaire statistiques du SNIS, 2003 à 2020

7.3 Sage-Femme pour 5 000 habitants

La norme d'une sage-femme pour 5 000 habitants (femmes en âge de procréer) est atteinte par moment pour toutes les régions.

Les régions d'Agadez et de Niamey dépassent largement la norme, atteignant parfois 8 sage-femmes pour 5 000 habitants. La Figure 24 montre une diminution du nombre de sage-femmes dans la plupart des régions entre 2013 et 2019 avec des augmentations parallèles à Niamey, ce qui suggère une migration régulière des sage-femmes vers la capitale au fil du temps, associée à un nombre plus élevé de sage-femmes formées et retenues dans la capitale.

Graphique 24 : Nombre de sage-femmes pour 5000 habitants



Source : Annuaire statistiques du SNIS, 2003 à 2020

Conclusion

Au terme de cette étude, il ressort que beaucoup d'efforts ont été consentis dans la qualité de soins de santé, même si des disparités géographiques ont été relevées. En effet, pour ce qui concerne les services de Planification Familiale, il faut noter qu'au niveau national 82,3% des établissements sanitaires en offrent. Les établissements de santé en milieu rural offrent plus ces services (98,6%) que le milieu urbain (56,0%).

Il faut relever aussi que 80,5% des établissements de soins sanitaires offrent des services de consultation prénatals (CPN), et dans toutes les régions, ce taux est d'au moins 80%, sauf à Niamey où il s'établit à 48,1%.

En ce qui concerne la capacité de la CPN, il faut noter des améliorations limitées entre 2015 et 2019 (69,9 % à 71,1 %) dans tous les types d'établissements et par région. Les articles de diagnostic ont la plus faible disponibilité pour la CPN.

Il a été constaté aussi un écart de capacité de 21 points de pourcentage entre les soins d'accouchement ajustés à la capacité (38 %) et le contact avec le service pour les accouchements en établissement (59 %) en 2015.

A la lumière de cette étude, nous relevons les défis et recommandations suivants :

Défis :

- *Le problème d'accessibilité géographique (accès difficile);*
- *La faible utilisation en infrastructures et en personnel de santé ;*
- *Les obstacles socio-culturels financiers ;*
- *La redevabilité individuelle des acteurs;*
- *Le faible équipement des structures sanitaires (médicaments, laboratoires,...);*
- *Le manque des moyens roulants (ambulances ...);*
- *La mauvaise répartition du personnel de santé.*

Recommandations :

- *Le recrutement du personnel de santé en qualité et en quantité suffisante ;*
- *La transformation de certaines cases de santé en CSI en respectant le plan de la carte sanitaire ;*
- *La construction des infrastructures sanitaires ;*
- *L'affectation du personnel de santé en fonction des besoins réels des structures ;*
- *La mise en place d'un système d'évaluation des objectifs individuels ;*
- *La formation continue et efficace du personnel de santé.*

Bibliographie

Institut National de la Statistique (INS) et Utica, (2021), « *Enquête Nationale sur la Fécondité et la Mortalité des Enfants de moins de 5 ans* ».

Institut National de la statistique (INS), (2015), « *Enquête Nationale sur les Indicateurs Socio-Economiques et Démographiques* »

Institut National de la statistique (INS), (2006), « *Enquête Démographique et de Santé au Niger* »

Institut National de la statistique (INS), (2012), « *Enquête Démographique et de Santé au Niger* »

Système National d'Information Sanitaire (SNIS), (2015), « *Service Availability Readness Assessment* »

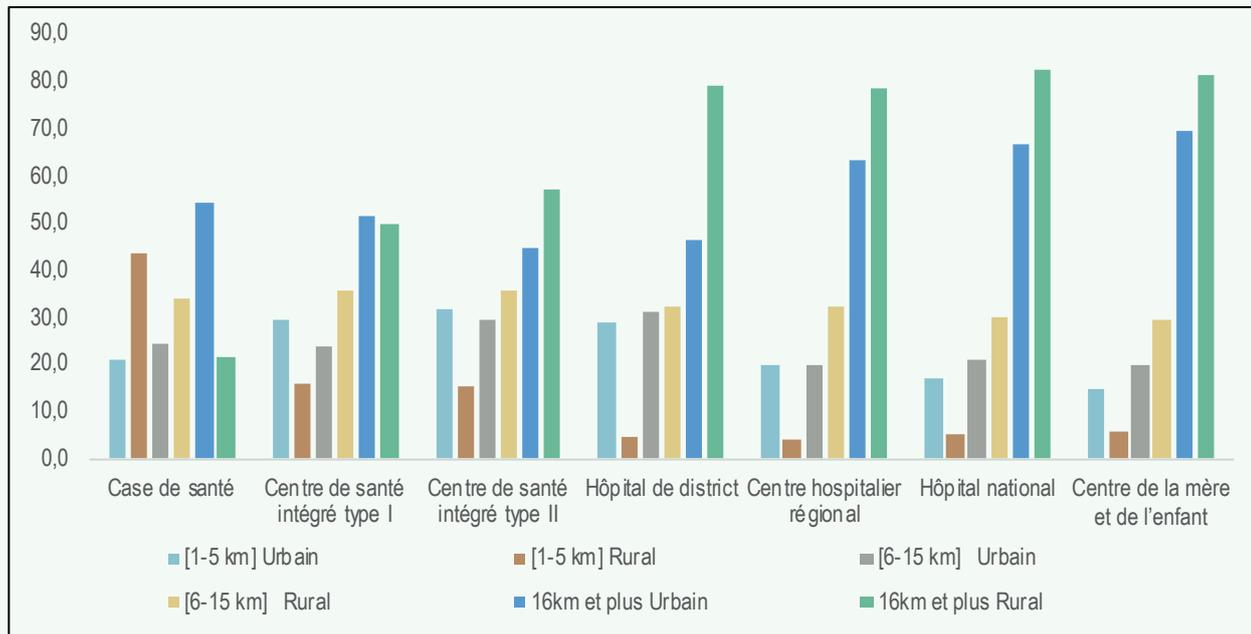
Système National d'Information Sanitaire (SNIS), (2019), « *Service Availability Readness Assessment* »

Ministère de la Santé Publique, (2017-2021), « *Plan de Développement Sanitaire* »

Ministère de la Santé Publique, (2002-2020), « *Annuaire Statistiques Sanitaires* »

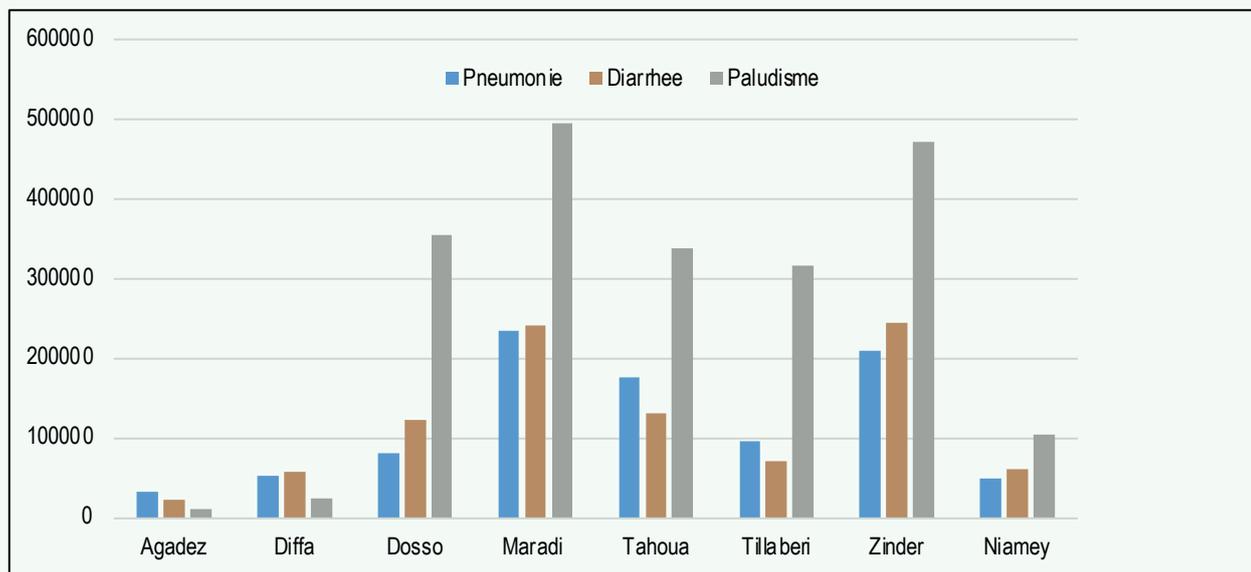
ANNEXE

Graphique 1 : Accessibilité géographique aux infrastructures de base par milieu de résidence



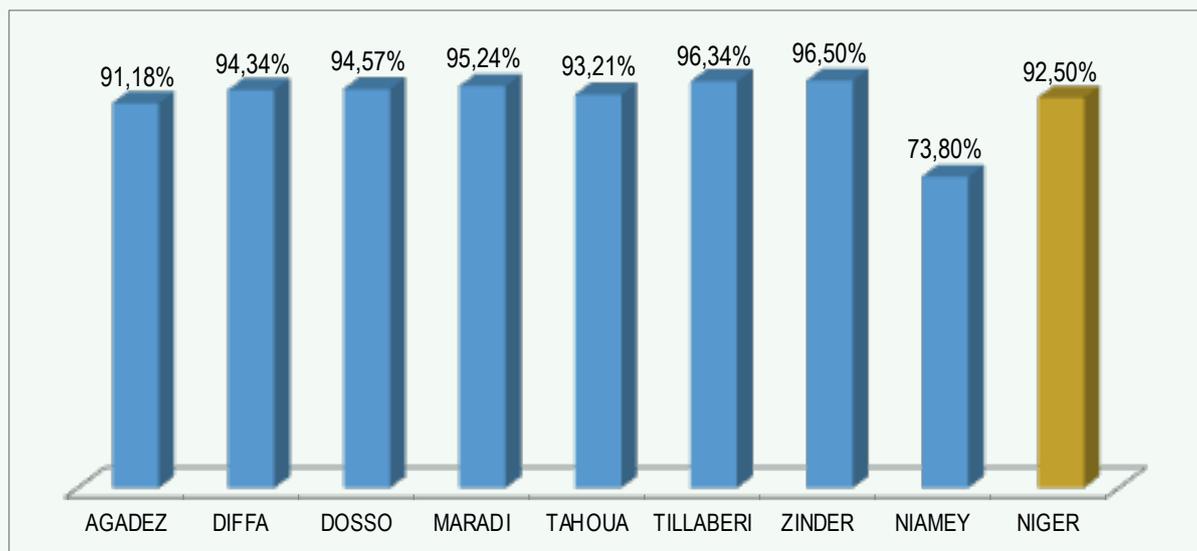
Source : ENISED 2015

Graphique 2 : Cas de Pneumonie, Diarrhée et Paludisme chez les enfants de moins de 5 ans au Niger par région, 2019



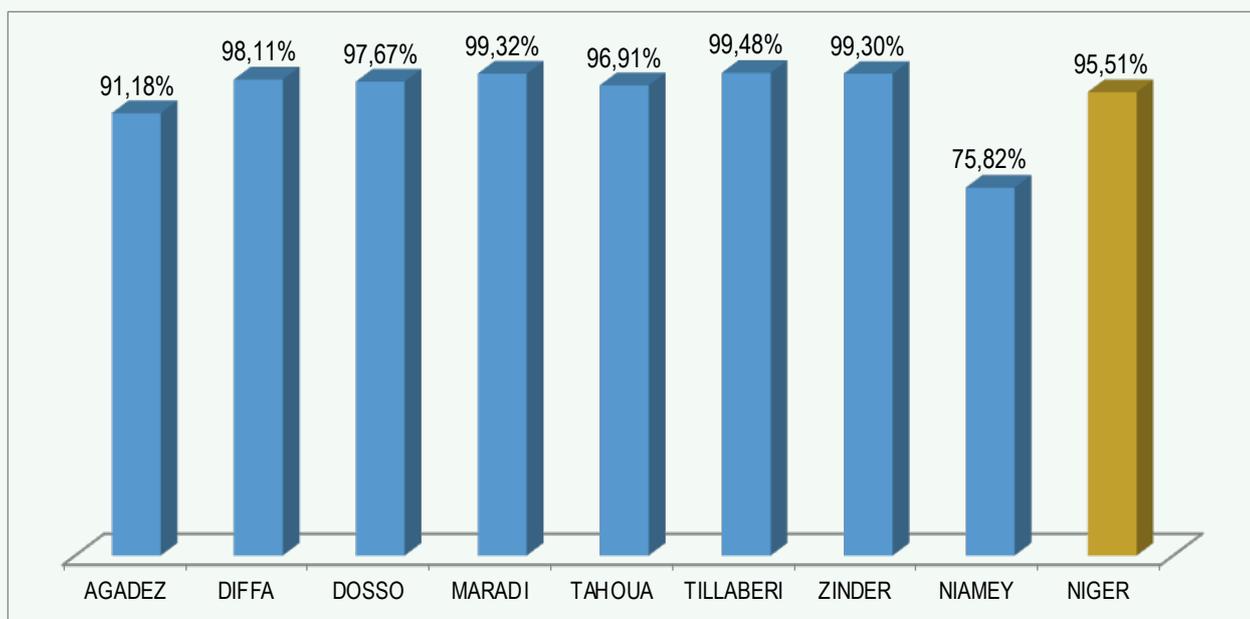
Source : DHIS2

Graphique 3 : Proportion des établissements de santé offrant des services de la CPN par région



Source : SARA 2015

Graphique 4 : Proportion des établissements de santé offrant des services de PF par région



Source : SARA 2015

Cet Rapport Technique a été réalisée par :

Abdoulaye Idrissa **BOUKARY**, *INS (Point focal)*

Dr Aida **MOUNKAILA**, *DS/MSP/P/AS*

Harouna **TOMBOKOYE**, *OMS*

Yahaya **MAHAMADOU** , *DS/MSP/P/AS*

Facilitatrice :

Safia **JIWANI**, *JHU*

Design diagramme :

Emma **Williams**

Design et Mise en page :

Bill Clinton **Sambou**

Review :

Roland **MADY**

Décembre, 2022

