



MÉCANISME DE
FINANCEMENT
MONDIAL



Indicateurs de Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale et Infantile

RAPPORT 2023 Niger

Countdown to 2030 for the health of women, children and adolescents.

Réunion Annuelle des Pays.

En collaboration avec le GFF, l'UNICEF, l'OMS et APHRC.

Dakar, du 19 au 23 juin 2023.

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE PAYS

- **Dr MOUNKAILA Aida**, Directrice des Statistiques, Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociale
- **M. IBRAHIM Maazou**, Institut National de la Statistique
- **M. CHAIBOU BEGOU Aboubacar**, Global Financing Facility
- **M. LAMOU Youssoufa**, Institut National de la Statistique
- **M. YAHAYA Mahamadou**, Direction des Statistiques, Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociale



TABLE DES MATIÈRES

1. Indicateurs et objectifs pour la santé maternelle et infantile et la nutrition	8
2. Évaluation et ajustement de la qualité des données des établissements de santé	9
3. Tendances de la couverture nationale	14
4. Analyse infranationale des tendances récentes	16
5. Mortalité maternelle et périnatale	17
6. Utilisation des services de santé curatifs : enfants	18
7. Analyse des progrès et des performances au niveau infranational	19

SIGLE ET ABRÉVIATION

APHRC	African Population and Health Research Center
GFF	Global Financing Facility (Mécanisme de Financement Mondial)
SRMNIA	Santé Reproduction Maternelle, Néonatale, Infantile et Adolescent
PDSS	Plan de Développement Sanitaire et Social
CPNR	Consultation Pré Natale Recentrée
DI	Direction des Immunisations
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DQR	Data Quality Review

CONTEXTE

Dans le cadre du renforcement de capacités des équipes pays en analyses des données sanitaires, le African Population and Health Research Center (APHRC), le Global Financing Facility (GFF) et le consortium Countdown to 2030 ont organisé la réunion annuelle d'analyse de données sanitaires de routine. Cet atelier a réuni des équipes de plus de 150 analystes venant de 22 pays d'Afrique Subsaharienne (Burkina Faso, Cameroun, Cote d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Liberia, Malawi, Malawi, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République Démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Sierra Léone, Tanzanie, Tchad, Zambie, Zimbabwe) et des experts au niveau mondial.

Ce rapport de synthèse décrit les résultats d'une analyse des données des établissements de santé et d'autres données pour les indicateurs sélectionnés de la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, étayés par des analyses d'enquêtes et des données sur le système de santé lorsqu'elles sont disponibles. Les analyses sont effectuées pour les unités administratives nationales et régionales.

Les objectifs assignés à cet exercice sont entre autres de :

- Soutenir les analystes nationaux pour la production d'un ensemble d'estimations nationales, infranationales pour les indicateurs SRMNIA et de nutrition y compris le genre et l'équité en utilisant une série chronologique de cinq ans de données de routine sur la santé jusqu'en 2022,
- Renforcer les compétences des équipes nationales en matière d'analyse des données nationales et infranationales relatives aux établissements de santé et autres données connexes,
- Développer et partager différentes approches permettant de communiquer les résultats des analyses,
- Enrichir le suivi des performances et progrès réalisés par les pays en soutenant l'élaboration et la mise en œuvre de méthodes comparables pour estimer la couverture des interventions à partir des données de différentes sources de données.

Ce présent rapport comprend les sections suivantes :

1. Indicateurs et objectifs dans les plans nationaux
2. Évaluation et ajustement de la qualité des données
 - a. Évaluation et ajustement de la qualité des données de l'établissement (numérateurs)
 - b. Dénominateurs / populations cibles
3. Couverture nationale et équité
 - a. Indicateurs de planification familiale
 - b. Indicateurs de santé maternelle et néonatale
 - c. Immunisation et autres indicateurs de santé infantile
4. Couverture infranationale
 - a. Couverture des naissances en institution
 - b. Couverture vaccinale Penta3
5. Mortalité maternelle et périnatale
 - a. Taux de mortalité maternelle et de mortinatalité en milieu institutionnel avec évaluation de la qualité des données

6. Utilisation des services de santé
 - a. Taux d'utilisation des services ambulatoires et hospitaliers : ensemble et moins de 5 ans
7. Analyse des progrès et des performances au niveau infranational
 - a. Données sur les systèmes de santé : densité des lits et densité du personnel de santé
 - b. Comparaison de l'utilisation et de la couverture des services et du système de santé au niveau infranational
8. Recommandations

RÉSUMÉ

Le Niger vient de se doter d'un nouveau Plan de Développement Sanitaire et Social 2022 – 2026 et tous les indicateurs retenus pour ce rapport sont inscrits comme priorité dans le Guide de Suivi Evaluation de ce PDSS. Ainsi nous pouvons retenir comme résultats de cette analyse :

- le score de qualité est en progression au fil du temps, on note une bonne complétude de données avec presque aucun district avec des données manquantes ou de valeurs extrêmes,
- une faible proportion de la cohérence entre la CPNR1 et le penta 1
- une progression homogène des deux projections de la population celle de pays et celle des nations unies malgré un léger écart le rapport est presque égal à 1,
- une correction des dénominateurs d'accouchement et de vaccination,
- une tendance quasi linéaire de 2015 à 2022 des estimations de la prévalence contraceptive moderne (mcpr) du modèle FPET,
- une tendance linéaire des indicateurs maternels avec les données de routine mais toujours faible,
- une couverture à quasiment 100% pour la vaccination lié à la qualité des données collectés,
- une mortalité maternelle vraiment problématique ce qui impacte sur le rapport entre les mortalités maternelles et les décès maternels,
- une faible densité du personnel en lien avec les accouchements institutionnels.

Ces résultats sont obtenus entre autres grâce aux actions suivantes :

- Renforcement du suivi de la gestion des données dans le DHIS par les programmes de santé du PSP/P/AS,
 - Élaboration des documents de contrôle de la qualité des données (guide de revue de données, un plan d'assurance qualité des données etc),
 - Formation des agents terrain sur les outils d'analyse de données (DQR) DHIS,
 - Organisation des ateliers de validation et d'analyse de données au niveau des districts sanitaires,
 - Amélioration de la qualité de la supervision à tous les niveaux.
 - Organisation des sorties avancées et mobiles dans toutes les régions pour la vaccination des enfants.
-

1. Indicateurs et objectifs pour la santé maternelle et infantile et la nutrition

Tableau 1 : Résumé des principaux indicateurs et objectifs relatifs à la santé maternelle et infantile et à la nutrition dans le plan national du secteur de la santé et dans le plan spécifique à la santé maternelle et infantile.

Guide de Suivi Evaluation du Plan de Développement Sanitaire et Social 2022-2026			
Indicateur	Base (2021)	Objectif (2026)	Commentaire (dimension de l'équité ou non)
Soins de santé maternelle et néonatale			
Taux de couverture en Td2+ chez les femmes enceintes ;	74,00	80,00	Oui
Taux d'utilisation de la CPNR (soins prénatals) 4	34,34	46,00	Oui
Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié	39,74	44,74	Oui
% de structures qui offrent les SONUC	52	80	Oui
% de SONUB fonctionnels	78	90,00	Oui
Taux de césarienne %	1,97	7,19	Oui
Soins de santé aux enfants			
Taux de couverture en Penta 3 chez les enfants de 0-11 mois	100	100	Oui
Taux de couverture en VAR2 chez les enfants de 12-23 mois	37,64	80	Oui
Nutrition des enfants			
Prévalence de la malnutrition aiguë globale chez les enfants de 0 à 5 ans	12,5	7,7	Oui
Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de 0 à 5 ans	43,5	30,1	Oui
PC			
Taux d'utilisation de la PF	18,31	39,3	Oui
Taux des besoins non satisfaits en méthodes modernes de PF	19,7	8	Oui
Prévalence de la contraception moderne	10	22,40	Oui
Couple année protection	1 041 737	1 154 785	Oui
Santé des adolescents et des femmes			
Taux de Prévalence Contraceptives modernes par les adolescentes âgées de 15-19 ans (%)	5	17,5	Oui
Utilisation des services de santé curatifs (ensemble, moins de 5 ans)			
Taux d'utilisation des services curatifs	49,5	64	Oui
% de la population qui a accès aux CSI dans un rayon de 5 KM ;	53,21	63,56	Oui
% de population de plus de 5 km couverte par stratégie (foraine, mobile),	50,08	78,3	Oui

Le Niger vient de se doter d'un nouveau Plan de Développement Sanitaire et Social 2022 – 2026 pour lequel un guide de suivi évaluation définit tous les indicateurs de suivi de la politique sanitaire du pays en lien avec les priorités. Ainsi, tous les indicateurs ci haut cité sont des priorités pour le pays car inclus dans ce guide de suivi évaluation.

Les aspects d'équité sont pris en compte pour ce qui est du niveau de leur production notamment la désagrégation des données selon le niveau : National, régional, district, commune et aire de santé.

2. Évaluation et ajustement de la qualité des données des établissements de santé

Partie 2a : Numérateurs

L'évaluation de la qualité des données des établissements de santé a utilisé les rapports mensuels des districts et s'est concentrée sur 1) l'exhaustivité des rapports, 2) les valeurs extrêmes aberrantes et 3) la cohérence interne des données. Les ajustements de la qualité des données pour l'exhaustivité des rapports et les valeurs extrêmes aberrantes ont été effectués avant de poursuivre les analyses de couverture sur les données annuelles.

Tableau 2 : Résumé de l'évaluation de la qualité des données des établissements de santé pour 2018-2022 (sortie du code Stata #2)

N°	Indicateurs	2018	2019	2020	2021	2022
1	Exhaustivité des rapports mensuels de l'établissement, pour les soins prénatals, les accouchements, les vaccinations et les consultations externes					
1a	Pourcentage de rapports mensuels attendus de l'établissement (moyenne pour les rapports de CPN, d'accouchements, de vaccination et d'OPD, au niveau national)	88	94	94	96	99
1b	Pourcentage de districts dont les rapports des structures sanitaires sont complets (moyenne pour les 4 rapports) $\geq 90\%$.	72	88	91	94	97
1c	Pourcentage de districts ne présentant aucune valeur mensuelle manquante au cours de l'année pour l'un ou l'autre des 4 rapports	100	100	100	100	90
2	Valeurs extrêmes pour les soins prénatals, les accouchements, les vaccinations et les consultations externes					
2a	Pourcentage des valeurs mensuelles qui ne sont pas des valeurs extrêmes aberrantes (moyenne pour les CPN, les accouchements, les vaccinations, les rapports OPD, nationaux)	98	97	96	96	93
2b	Pourcentage de districts n'ayant pas de valeurs extrêmes mensuelles aberrantes dans l'un des 4 rapports de l'année	89	86	85	85	80

N°	Indicateurs	2018	2019	2020	2021	2022
3	Cohérence des rapports annuels de l'ANC1 et du penta1, ainsi que du penta1 et du penta3					
3a	% de districts avec un ratio ANC1-penta1 compris entre 1,0 et 1,5	19	21	32	33	22
3b	% de districts dont le ratio penta1-penta3 est compris entre 1,0 et 1,5	92	92	97	97	100
4	Score annuel de qualité des données (moyenne des indicateurs 1a à 3b)	80	83	85	86	83

Légende couleur :

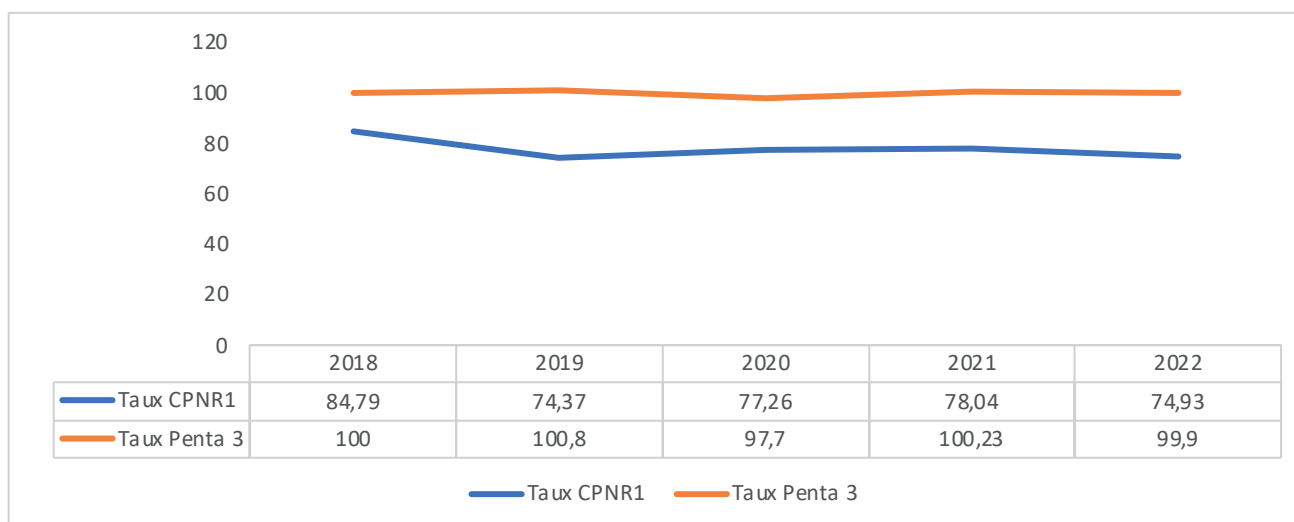
>=90%	50-89%	<50%

En dehors de 2018 qui est l'année de transition entre les deux systèmes de gestion de données de routine, le pays présente une bonne complétude et presque aucun district ne présente de données manquantes.

Près de 100% de rapport ne présente des valeurs extrêmes. Il faut remarquer que la baisse en 2022 est due aux données de la césarienne qui ne sont pas rapportées par toutes les formations sanitaires (Hôpitaux) et dont la cellule a été laissée vide au lieu de non applicable.

Faible proportion des districts présentant un ratio CPNR1 /Penta1 entre 1.0 et 1.5, à ce niveau le faible ratio pourrait s'expliquer par le fait que cette cohérence interne entre les deux indicateurs n'est pas suivie en routine dans le système malgré l'aspect intégration qui devrait être prise en compte au niveau des formations sanitaires. Ni la DSME, ni la Direction des Immunisations ne regarde cette cohérence de façon systématique comme le Penta1 et Pneumo 1 par exemple. Aussi, comme illustrée dans la figure ci-dessous la couverture en Penta 3 est plus grande que celle de CPNR1 alors que les deux sont censées être ensemble.

Figure 1 : Evolution des couvertures de la CPNR1 et du Penta 3 au Niger de 2018 à 2022



Très bonne proportion des districts présentant un ratio Penta1 /Penta3 entre 1.0 et 1.5 due au suivi par la DI du DHIS et la suppression du DVD

Globalement le score de qualité est en progression au fil du temps notamment à cause :

- Renforcement du suivi de la gestion des données dans le DHIS par les programmes de santé,
- Elaboration des documents de contrôle de la qualité des données (guide de revue de données, un plan d'assurance qualité des données etc),
- Formation des agents terrain sur les outils d'analyse de données (DQR),
- Organisation des ateliers de validation et d'analyse de données au niveau des districts sanitaires,
- Amélioration de la qualité de la supervision à tous les niveaux.

Pour corriger cette hausse de districts avec des données extrêmes il faut :

- Renforcer l'organisation des ateliers d'analyses et de validation des données organisés chaque trimestre au niveau des districts sanitaires,
- Impliquer davantage les points focaux dans les analyses de données au niveau du district

Tableau 3 : Résumé des ajustements apportés aux données brutes des établissements de santé en vue de préparer un ensemble de données propres pour l'analyse finale

		Default	Selected value
Facility reporting rate (%) cutoff for monthly district data imputation		75	95
Adjustment factor for incomplete reporting	ANC	0,25	1
	Deliveries	0,25	1
	Immunization	0,25	1
	OPD	0,25	1
Cutoff to identify and correct for monthly extreme outliers: number of times the median absolute deviation (MAD) from the annual median		5	5

Pour les ajustements des données les paramètres suivants ont été utilisés :

- 95% pour la complétude due au fait qu'actuellement le système ne connaît plus le problème d'entrée de données mais plutôt leur qualité,
- 1 pour l'ajustement des données manquantes due au fait que toutes les structures sont censées fournir des données selon leur PMA,
- 5 comme valeur par défaut utiliser pour l'ajustement des données extrêmes.

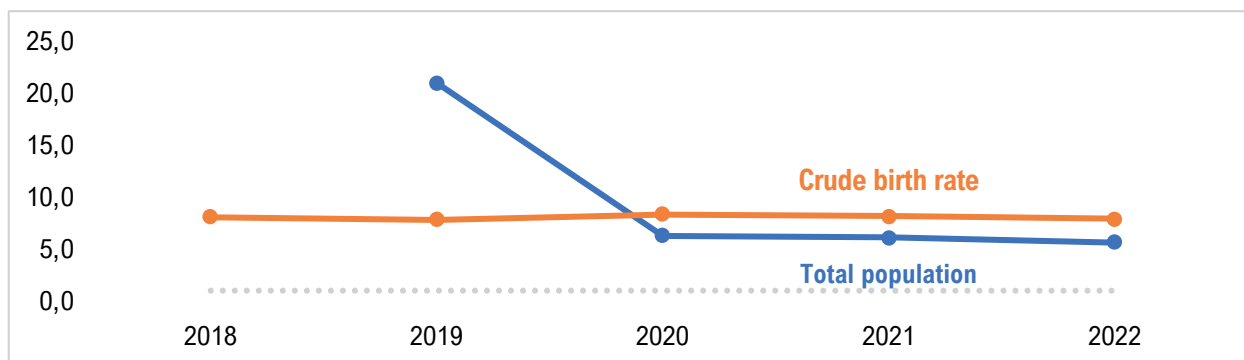
Partie 2b Dénominateurs

Tableau 4 : Évaluation des projections démographiques nationales utilisées dans le DHIS2, 2018-2022¹

Paramètres démographiques	2018	2019	2020	2021	2022
Population totale dans DHIS2 (x 1,000)	21467	21943	22754	23592	21467
Population totale selon les estimations des Nations unies (*1 000)	22577	23443	24334	25253	22577
Rapport entre la population totale du DHIS2 et la population des Nations unies					
Taux de croissance annuel de la population (%), selon les chiffres de population du DHIS2		2,2	3,6	3,6	3,6
Taux de croissance annuel de la population (%), selon les estimations de l'ONU	3,8	3,7	3,7	3,7	3,7
Composition de la population					
% de la population âgée de moins d'un an, DHIS2	4,3	4,3	4,3	4,2	4,2
Pourcentage de la population âgée de moins d'un an, estimations de l'ONU	4,4	4,3	4,3	4,3	4,3
% de la population âgée de moins de 5 ans, DHIS2	19,8	19,9	19,7	19,7	19,5
Pourcentage de la population âgée de moins de 5 ans, estimations de l'ONU	19,8	19,7	19,7	19,7	19,6
% de la population de femmes âgées de 15 à 49 ans, DHIS2	20,8	21,2	21,4	21,4	21,5
Pourcentage de la population féminine âgée de 15 à 49 ans, estimations des Nations unies	20,8	20,8	20,9	20,9	21,0
Cohérence des taux de natalité et de mortalité					
Total des naissances vivantes dans les projections DHIS2	974,2	940,6	967,7	996,2	1026,4
Taux de natalité brut (pour 1 000 habitants) (TBN), dans DHIS2	45,4	42,9	42,5	42,2	42,0
Taux de natalité brut (pour 1 000 habitants) (TBN), selon les estimations de l'ONU	46,1	45,9	45,6	45,3	45,0
Rapport entre le TBN dans DHIS2 et le TBN dans les estimations de l'ONU					
Taux de mortalité brut (pour 1 000) = TBN-taux de croissance de la population*10, dans DHIS2 (TBM)	98,4	93,5	93,3	93,2	93,2
^Population growth rate = (CBR – CDR)/10, if no net in- or out- migration					
Ratio : DHIS2 to UN Estimates - example	2018	2019	2020	2021	2022
Total population		20,9	6,3	6,0	5,6
Crude birth rate	8,1	7,8	8,3	8,1	7,8
Equal	1	1	1	1	1

1 Les résultats du code Stata #4 ou les fichiers Excel de la session #4 peuvent être utilisés pour produire le tableau 4.

Figure 2 : Comparaison des projections de la population selon les années



Globalement on note une progression homogène des deux projections et selon les catégories de la population. Néanmoins l'estimation nationale de la population est inférieure à celle des nations unies mais l'écart est raisonnable. Le rapport entre les deux est presque égal à 1.

La cassure observée en 2019 du taux d'accroissement est lié à une nouvelle projection faite par l'INS avec des paramètres peu différents que celles des années antérieures.

Tableau 5 : Évaluation des résultats de la couverture à partir de différentes méthodes de calcul des dénominateurs, en comparaison avec les résultats de l'enquête la plus récente pour des années similaires, au niveau national et sous-national (régions/provinces) : nombre d'erreurs-types d'enquête (ES) la couverture des données de l'établissement diffère de la couverture de l'enquête

	Enquête		Données dans les structures sanitaires							
	Période d'estimation de la couverture		Période d'estimation de la couverture							
	Coverage	Standard error (SE)	DHIS-2 projection as denominator		ANC1-Derived denominator		DPT1-derived denominator		UN projection denominator	
			Coverage	N of SE difference	Coverage	N of SE difference	Coverage	N of SE difference	Coverage	N of SE difference
Indicator	Institutional live birth coverage									
National	0,446	0,0206	0,37	3,69	0,37	3,69	0,25	9,51	0,32	6,12
Regional (median)				3,03		2,91		4,85		
Indicator	Pentavalent vaccination, third dose									
National	0,64	0,0235	1,05	17,25	1,04	16,83	0,76	4,91	0,91	11,29
Regional (median)				9,24		7,37		3,38		

Pour les accouchements institutionnels le dénominateur le plus approprié est celui issu de la CPNR1 compte tenu du faible écart par rapport aux estimations des enquêtes.

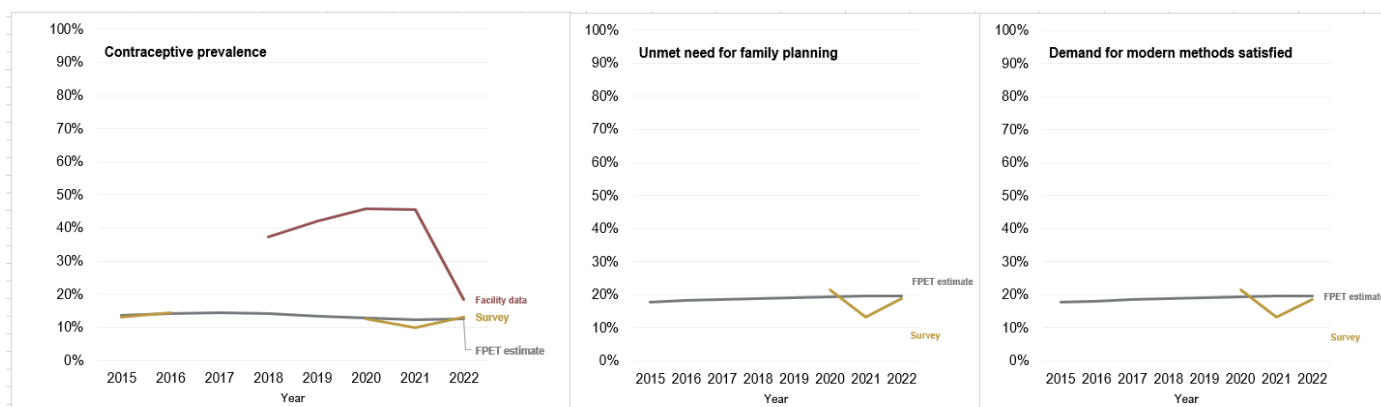
Cependant pour le Penta3, le dénominateur le plus approprié est celui issu de Penta1.

3. Tendances de la couverture nationale

Tableau 6 : Planification familiale - national (d'après l'atelier d'analyse Track20)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Prévalence de la contraception								
Estimation FPET	0,137	0,142	0,145	0,141	0,134	0,128	0,124	0,125
Enquêtes	0,132	0,144		0,181		0,127	0,100	0,131
Données des structures sanitaires				0,374	0,422	0,459	0,456	0,184
Besoins non satisfaits en matière de planification familiale								
Estimation FPET	0,177	0,182	0,185	0,189	0,192	0,195	0,196	0,197
Enquêtes		0,2392		0,2102		0,2158	0,133	0,1875
Données sur les installations								
La demande de méthodes modernes est satisfaite								
Estimation FPET	0,414	0,417	0,42	0,409	0,395	0,382	0,373	0,374
Enquêtes		0,364		0,454		0,354	0,412	0,392
Données des structures sanitaires								

Figure 3 : tendance des indicateurs de la planification familiale



Les tendances de couverture nationale des indicateurs de la planification familiale se résument comme suit :

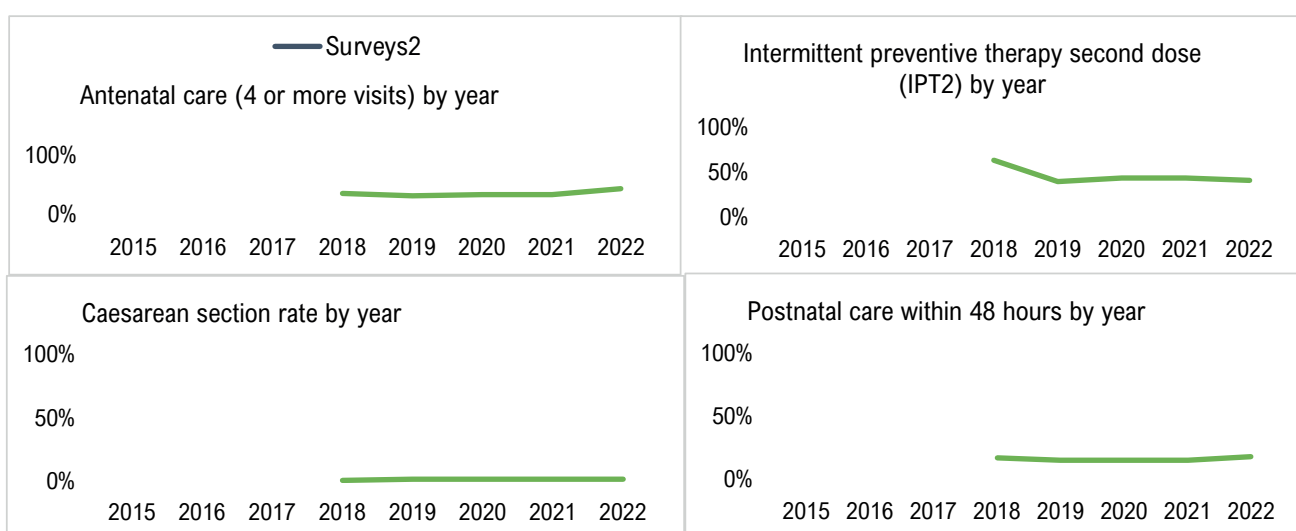
- Les estimations de la prévalence contraceptive moderne (mcp) du modèle FPET montre une tendance quasi linéaire entre 2015 et 2022.

- Les données des enquêtes (PMA, DHS) semblent suivre cette tendance entre 2015 et 2020 avant de fléchir puis remonter la pente entre 2021 et 2022.
- Concernant les données de routine, l'importante baisse observée entre 2021 et 2022 est liée à un exercice d'apurement des données conduit à l'échelle du Pays. La cohorte de données de la file active PF utilisée jusqu'en 2021 contenait des doublons voir des triplons de femmes qui ont abandonné mais non exclues de la file active.
- Les indicateurs sur les besoins satisfaits et non ne sont pas produits en routine. En revanche les estimations FPET et des enquêtes montrent la même tendance que celle de la mcpr.

Tableau 7 : Indicateurs de soins maternels et néonataux - national

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Soins prénatals 4 visites ou plus²								
Enquêtes ³	0,385						0,373	
HMIS				0,3536	0,3244	0,3441	0,3434	0,4369
Deuxième dose de la thérapie préventive intermittente (IPT2)								
Enquêtes							0,4400	
HMIS				0,629	0,3886	0,4280	0,4400	0,4126
Couverture institutionnelle des naissances vivantes								
Enquêtes	0,7080						0,446	
HMIS				0,363	0,347	0,373	0,372	0,408
Taux de césarienne								
Enquêtes							0,0113	
HMIS				0,0104	0,0131	0,0169	0,0197	0,0207
Soins postnatals dans les 48 heures								
Enquêtes							0,3309	
HMIS				0,1731	0,1468	0,1523	0,1541	0,1803

Figure 2 : Tendances des indicateurs maternels



2 Les statistiques relatives à la CPN4 et au TPI2 font également partie des enquêtes sur les indicateurs du paludisme.

3 Si la période de référence pour la statistique de l'enquête est de 2 ou 3 ans, utilisez l'année précédant la fin de l'enquête comme point médian. Si la période de référence pour la statistique est de 5 ans, utilisez deux ans avant la fin de l'enquête comme point médian.

La tendance des indicateurs calculés avec le dénominateur DHIS est presque linéaire avec les données de routine en dehors de la TPI2 où on observe une chute en 2019 liée probablement à non seulement les ruptures de la sulfadoxine au niveau des formations sanitaires mais aussi à l'augmentation des doses de TPI2 à TPI3 pour une bonne couverture des femmes. Dans notre contexte où les femmes viennent en retard de la CPNR1, il est difficile de capter beaucoup plus de femmes dans cette prestation qui est liée à l'âge de la grossesse à la CPNR1.

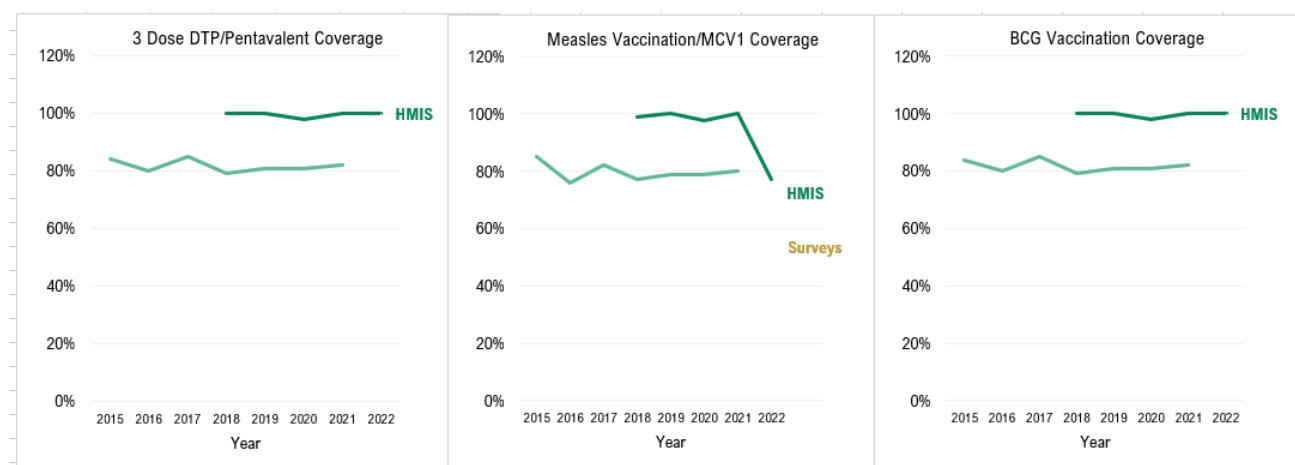
On peut quand même observer que les indicateurs augmentent même si c'est timide pour certains.

Il faut également remarquer que l'enquête la plus disponible est ENAFEME 2021 ou pratiquement tous les indicateurs sont recherchés.

Tableau 8 : Indicateurs de santé de l'enfant - vaccination

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Vaccination : trois doses de DTP / couverture vaccinale pentavalente								
Enquêtes			0,802				0,635	
HMIS				1,00	1,00	0,98	1,00	0,999
Estimations de l'ONU	0,84	0,80	0,85	0,79	0,81	0,81	0,82	
Couverture de la vaccination contre la rougeole (MCV1)								
Enquêtes	0,464		0,761				0,528	
HMIS				0,99	1,000	0,976	1,00	0,772
Estimations de l'ONU	0,85	0,76	0,82	0,77	0,79	0,79	0,8	
Couverture vaccinale BCG								
Enquêtes			0,914				0,805	
HMIS				1,11	0,943	1,140	0,623	1,150
Estimations de l'ONU	0,94	0,91	0,92	0,87	0,7	0,94	0,95	

Figure 4 : Tendance des couvertures de la vaccination



NB : les données de routine (HMIS) de 2015 à 2017 ne sont pas prises en compte dans le cadre de cet exercice.

- Les estimations de la couverture vaccinale sont calculées avec le dénominateur issu du DHIS et ont évolué en dent de scie,
- Pour les données de routine, les couvertures sont quasiment à 100% pour le Penta3 et BCG dues probablement à la qualité des données,
- Concernant le taux de couverture rougeole, les tendances s'expliquent par les ruptures récurrentes de l'antigène.

En comparant les deux couvertures (DHIS et celle d'enquête) on remarque une différence d'au moins 20 points entre la couverture administrative et celle d'enquête.

4. Analyse infranationale des tendances récentes

Tableau 9 : Couverture des naissances vivantes par les établissements de santé

Region	2018	2019	2020	2021	2022	
Agadez	49,63	46,25	50,83	43,47	44,46	
Diffa	21,89	24,25	23,74	22,50	20,81	
Dosso	23,45	24,67	33,69	36,38	34,00	
Maradi	20,48	21,18	25,27	30,75	34,78	
Niamey	58,67	54,09	60,55	56,65	52,35	
Tahoua	27,87	26,53	31,77	34,64	33,92	
Tillabéri	24,61	24,48	27,60	34,05	39,46	
Zinder	15,41	21,67	24,14	26,23	27,00	
Equity measure regions						
% of districts above 80%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
% of districts above 90%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

On observe globalement que les couvertures calculées avec le dénominateur dérivé de la CPNR1 sont insuffisantes pour toutes les régions. Agadez et Niamey semble les mieux performantes due probablement à la concentration de la population en zone urbaine.

Tableau 10 : Couverture de la dose de DTC3 / Pentavalent 3rd chez les nourrissons

	Coverage of DPT3/pentavalent 3rd dose					
	2018	2019	2020	2021	2022	
Agadez	72,60	74,36	72,37	73,98	73,70	
Diffa	73,08	74,92	74,82	76,43	75,57	
Dosso	77,56	77,86	76,73	77,24	78,38	
Maradi	75,00	77,53	76,37	76,47	76,43	
Niamey	72,33	73,23	71,56	74,79	74,88	
Tahoua	77,35	76,82	75,66	76,81	76,50	
Tillabéri	75,10	76,47	75,70	75,71	76,62	
Zinder	77,07	76,48	76,44	76,00	76,33	
Equity measures for regions						
% of districts above 80%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
% of districts above 90%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	

Les couvertures sont ici calculées avec le dénominateur dérivé de CPNR1, ils ont évolué en dents de scies au niveau de toutes les régions. Les régions semblent être au même niveau de performance. Ce qui pourrait être dû aux sorties d'avancées et mobiles financés dans toutes les régions pour la vaccination des enfants. En utilisant le dénominateur dérivé on constate que seulement ¾ des enfants sont vaccinés au Penta3 ce qui est plus plausible avec la réalité terrain.

5. Mortalité maternelle et périnatale

Tableau 11 : Évaluation systématique de la qualité des données des établissements de santé pour les taux de mortalité maternelle et de mortinatalité

Systematic assessment of health facility data quality for maternal mortality and stillbirth rates						
Input data DHIS2	2018	2019	2020	2021	2022	
Live births (N)	320134	347729	415633	455389	551954	
Still births, total (N)	10310	10844	12854	14180	18656	
Still births, fresh (N)	5640	5731	6317	6578	8398	
Still births, macerated (N)	4556	4945	6183	7259	10258	
Maternal deaths (N)	1018	1553	1846	1378	1798	
Completeness reporting delivery forms (%)	94,0	99,0	98,0	99,0	99,9	
Other data inputs: UN estimates of population mortality and livebirth coverage	2018	2019	2020	2021	2022	
Population stillbirth rate, UN estimate (per 1000 births)	22	22	22	21	22	
Population MMR estimate, UN (per 100,000 live births)	432	410	441	441	441	
Coverage of live births by health facilities (from survey or DHIS2 estimate) (%)	35,4	36,9	41,5	44,6	36,2	
Institutional mortality	2018	2019	2020	2021	2022	Median
Stillbirths per 1,000 births (institutional)	41,86	32,70	33,72	37,74	32,69	
Maternal mortality per 100,000 live births (MMR) (institutional)	311	359	338	271	210	
Data quality metrics	2018	2019	2020	2021	2022	Median
Completeness reporting delivery forms (%)	94	99	98	99	99,9	99
Consistency: annual numbers (relative difference to median, %)						
Livebirths	16,1	8,9	8,9	19,3	32,8	16,1
Stillbirths	56,1	55,4	50,9	48,8	34,7	50,9
Maternal deaths	10,7	9,3	0,0	4,1	32,9	9,3
Ratio: Stillbirths to maternal deaths (reported)	1,8	1,9	2,0	2,2	10,4	2,0
Ratio: Community (estimated) to institutional stillbirth rate	0,25	0,46	0,38	0,22	0,49	0,38
Ratio: Community (estimated) to institutional MMR	1,60	1,22	1,52	2,14	2,73	1,60
Percentage of stillbirths that are fresh/intrapartum	55	53	49	46	45	49,14

Légende couleur :

>90 % acceptable	75-89% questionable	<75% problématique

On constate que la situation des mortinaissances est vraiment problématique ce qui impacte sur le rapport entre les mortinaissances et les décès maternels qui est un peu loin de 1.

Ce qui corrobore avec les résultats de ENAFEME 2021 qui montre une tendance à la hausse des décès néonataux précoces. La qualité des soins et de suivi durant ces périodes de naissances peuvent être impliqués dans ces décès.

6. Utilisation des services de santé curatifs : enfants

Tableau 12 : Utilisation des services ambulatoires et hospitaliers pour les enfants et tous les âges, 2018-2022, données DHIS2.

Outpatient and inpatient service utilization for children and all ages, 2018-2022, DHIS2 data						
	2018	2019	2020	2021	2022	Relative change 2018-
Total population, all ages (DHIS2 proj.)	21466863	21942943	22753596	23591984	24465619	
Total population under-5 (DHIS2 proj.)	4254174	4369706	4487259	4638073	4778652	
Total population 5+ years	17212689	17573237	18266337	18953911	19686967	
Outpatient services						
Completeness reporting OPD (%)	87	93	95	96	98	
N of OPD visits per year among under-5	3756555	3702166	3800007	3561974	5237946	
N of OPD visits per year among 5+ years	4521238	5861057	6067608	6162904	4629174	
N of OPD visits per year, all ages	8277793	9563223	9867615	9724878	9867120	
Indicators - OPD						
Mean OPD visits per child under-5 per year	0,88	0,85	0,85	0,77	1,10	24%
Mean OPD visits per person 5+ years	0,26	0,33	0,33	0,33	0,24	
Mean OPD visits per person per year, all ages	0,39	0,44	0,43	0,41	0,40	
Percent of OPD visits that are under-5	45,4%	38,7%	38,5%	36,6%	53,1%	17%
Inpatient services						
Completeness reporting IPD (%)	65	75	77	83	95	46%
N of admissions per year among under-5	26487	31056	36590	35072	0	-100%
N of admission per year among 5+ years	106309	129232	138974	129096	179786	
N of admissions per year, all ages	132796	160288	175564	164168	179786	
Indicators - admissions						
Mean admissions per 100 children under-5, per year	0,62	0,71	0,82	0,76	0,00	
Mean admissions per 100 persons 5+ years	0,62	0,74	0,76	0,68	0,91	
Mean admissions per 100 persons, all ages	0,62	0,73	0,77	0,70	0,73	19%
Percent of IPD admissions that are under-5	42817,0	42514,7	47421,7	50400,7	0,0	-100%

On observe une bonne complétude des consultations ambulatoires des enfants de moins de 5 ans ce qui est tout le contraire des enfants hospitalisés de 2018 à 2022. Le faible taux de rapportage des données d'hospitalisation sont liés à la difficulté de compilation des rapports au niveau hospitaliers et la transmission des données des structures privées (Clinique et polyclinique).

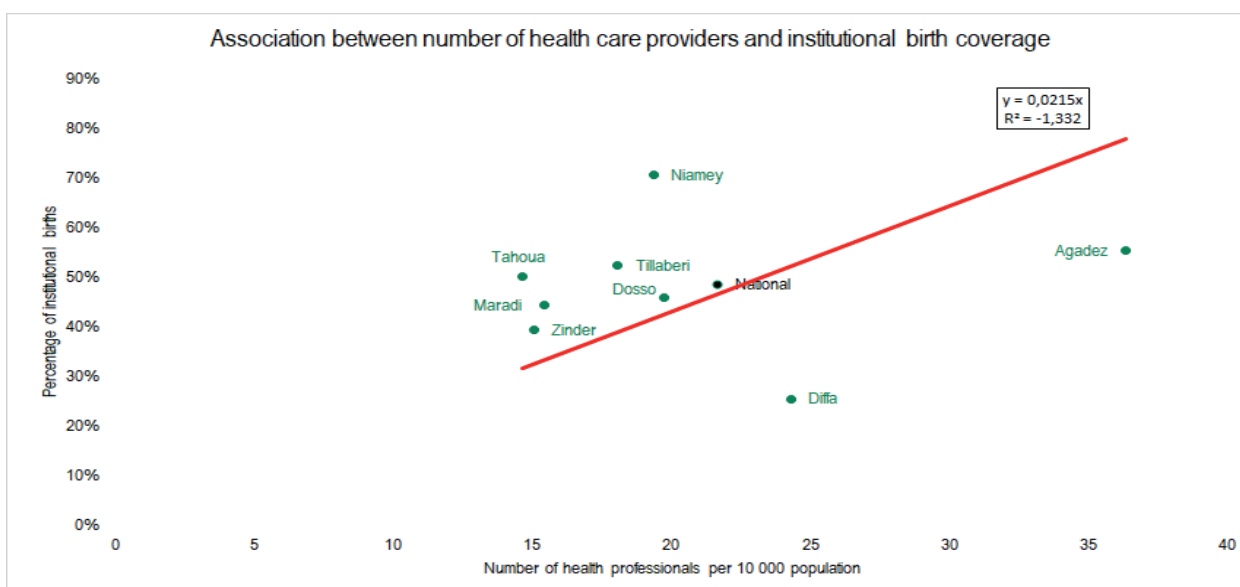
7. Analyse des progrès et des performances au niveau infranational

Tableau 13 : Indicateurs d'intrants du système de santé et couverture

Health system input indicators and coverage					
National / Region	Population	Facilities per 10,000	Beds per 10,000	Core health professionals per 10,000	Institutional birth coverage 2022
National	24465620	1,72	1,88	20	0,48
Agadez	669003	3,63	2,26	36,32	0,55
Diffa	815323	2,43	1,90	24,28	0,25
Dosso	2946512	1,98	0,90	19,75	0,46
Maradi	4871546	1,54	2,99	15,42	0,44
Niamey	1407634	1,94	1,69	19,39	0,71
Tahoua	4776698	1,47	2,11	14,65	0,50
Tillabéri	3903596	1,81	1,13	18,06	0,52

Les données semblent plausibles avec la réalité terrain. Ces indicateurs pourront être meilleur si on a l'exhaustivité des données des structures sanitaires privées surtout pour la région de Niamey, Maradi et Zinder qui regorge de beaucoup de structure privée en urbaine.

Figure 5 : Association entre le personnel de santé et les accouchements institutionnels



L'analyse de l'association entre la densité du personnel soignant et le taux d'accouchements en formations sanitaires divise le Niger en deux groupes :

- Régions avec une densité du personnel relativement faible et un plus grand taux d'accouchement en formations sanitaires,
- Régions avec une densité du personnel relativement grande mais ayant un faible taux d'accouchement Certes des efforts sont en train de faire au niveau pays, mais les chiffres sont vraiment en dessous de la norma OMS qui est d'un médecin pour 10 000 personnes.

RECOMMANDATIONS

A l'issue de ces travaux d'analyses de données des recommandations suivantes doivent être prises en compte pour améliorer davantage la qualité des données :

- **Renforcer l'organisation des ateliers d'analyses et de validation des données organisés chaque trimestre au niveau des districts sanitaires,**
- **Impliquer davantage les points focaux dans les analyses de données au niveau du district,**
- **Améliorer la qualité de la supervision à tous les niveaux du système.**

CONCLUSION

La réunion annuelle du Countdown 2030 sur les analyses de données pays de la santé maternelle et infantile s'est bien tenu à Dakar du 19 au 23 juin 2023. Elle a permis de faire le point sur les données institutionnelles et celles d'enquête des cinq dernières années.

Pour le Niger, on retient une bonne complétude de données au fil des années avec une amélioration continue de la qualité des données de routine. Les indicateurs de la mère et de l'enfant quant à eux restent toujours faibles ce qui occasionnent une forte mortalité et un maintien de la mortalité maternelle malgré des efforts qui sont fournis çà et là par les principaux acteurs de la santé.

Nous osons espérer que les recommandations faites permettront d'améliorer davantage la qualité des données sanitaires institutionnelles.

