

**Institut Supérieur de Management de la Santé
(ISMS)**

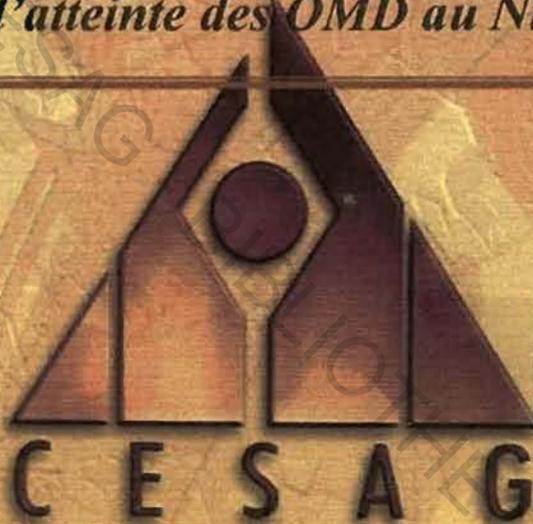
DESS EN ECONOMIE DE LA SANTE

9^{ème} Promotion : 2006-2007

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

THEME :

***Facteurs d'amélioration de la Santé Maternelle
pour l'atteinte des OMD au Niger***



CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

***Présenté par : Dr Carine MAGUI ABOU
FOUMBI***

**Sous la direction de : Dr. El Hadji GUEYE
Professeur au CESAG
Chef de département Economie**

DEDICACES

Ce mémoire est dédié :

A Dieu le Père tout Puissant

Pour m'avoir permis de finaliser ce document dans des conditions pas toujours évidentes.

A mon Père

Trouve dans ce travail la satisfaction d'une mission accomplie
Que Dieu te garde encore longtemps et en bonne santé auprès de nous.

A ma mère

Les sacrifices que tu as consentis pour nous sont une source intarissable de courage et de motivation.
Que Dieu te prête longue vie afin que tu puisses encore bénéficier des fruits de l'arbre que tu as su entretenir.

A ma fille Joana

Tu es le plus beau cadeau que Dieu puisse m'offrir. Je te souhaite que de bonnes choses dans ce bas monde.

A mon adorable époux Eric

Pour ta présence et ton soutien moral indéfectible malgré tes multiples engagements. Ce travail est le tien.

A mes frères et sœurs

Je vous encourage à aller de l'avant car seul le travail paie.
Traquez le savoir où qu'il se trouve car il enrichit et libère.

A mon Directeur de Mémoire, Dr El Hadji Guèye

Imminent pédagogue et source intarissable de savoir.

REMERCIEMENTS

Mes vifs et sincères remerciements s'adressent à l'endroit de :

- **L'Etat du Sénégal,**
Terre d'accueil
- **Dr El Hadji Guèye**
Malgré un emploi de temps très chargé, vous avez accepté d'encadrer ce travail. Soyez remercié à la hauteur du sacrifice consenti.
- **Augustin ACRA**
Partenaire sans faille, toujours présent.
- **La communauté Camerounaise du CESAG**
Je vous exhorte mes frères et sœurs à vous armer de courage et toujours rester unis.
- **Dr Généviève Begkoyian, Responsable Santé à Unicef bureau régional**
Pour ses encouragements.
- **L'équipe professorale de l'Institut Supérieur de Santé du CESAG**
Pour la qualité et le sérieux de la formation reçue.
- **Le personnel administratif du CESAG**
- **Mes collègues de la 9ème promotion**
Pour les joies partagées et les difficultés endurées ensemble.
- **Toutes celles et ceux qui,**
De près ou de loin, ont contribué à la réussite de ce travail.



LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Indicateurs de santé maternelle.....10

Tableau II : Objectifs de couverture au niveau communautaire.....36

Tableau III : Objectifs de couverture au niveau stratégie avancée/mobile.....38

Tableau IV : Objectifs de couverture au niveau clinique.....40

Tableau V : Nombre supplémentaire en personnel de santé.....46

CE SAG BIBLIOTHEQUE

LISTE DES GRAPHIQUES

<u>Graphique 1</u> : Principales causes de mortalité maternelle.....	4
<u>Graphique 2</u> : Couverture en moustiquaires imprégnées.....	28
<u>Graphique 3</u> : Couverture en soins du nouveau né.....	29
<u>Graphique 4</u> : Couverture en CPN.....	30
<u>Graphique 5</u> : Couverture en ARV.....	31
<u>Graphique 6</u> : Disponibilité SONUB/SONUC.....	32
<u>Graphique 7</u> : Prise en charge de la pneumonie.....	33
<u>Graphique 8</u> : Couverture en soins maternels et néo natals au 1 ^{er} niveau de référence.....	34
<u>Graphique 9</u> : Couverture en soins maternels et néo natals au 2 ^{ème} niveau de référence.....	35
<u>Graphique 10</u> : Coûts additionnels et impact sur la mortalité maternelle à la phase1.....	43
<u>Graphique 11</u> : Coûts additionnels et impact sur la mortalité maternelle à la phase2.....	44
<u>Graphique 12</u> : Coûts additionnels et impact sur la mortalité maternelle à la phase3.....	45
<u>Graphique 13</u> : Répartition des coûts par catégories de dépenses et par phase.....	48
<u>Graphique 14</u> : Evolution des coûts par mode de prestation des services.....	50

SIGLES ET ABREVIATIONS

ARV	: Anti-Rétro Viraux
ASC	: Agents de Santé Communautaires
ATB	: Antibiotiques
AZT/NVR	: Azithromycine/Nivérapine
BM	: Banque Mondiale
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CEDEAO	: Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CHR	: Centres Hospitaliers Régionaux
CPN	: Consultation Pré Natale
CS	: Case de Santé
CSI	: Centre de Santé Intégré
DSRP	: Document Stratégique de la Réduction de la pauvreté
EDS	: Enquêtes Démographiques de Santé
FS	: Formations Sanitaires
FVV	: Fistules Vésico-Vaginales
HD	: Hôpitaux de District
IEC	: Information Education Communication
ISF	: Indice Synthétique de Fécondité
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MBB	: Marginal Budgeting for Bottleneck
MICS	: Multiple Indicators Cluster Survey
MII	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILD	: Moustiquaire Imprégnée Longue Durée
MF	: Ministère des Finances
MGF	: Mutilations Génitales Féminines
MM	: Mortalité Maternelle
MSP	: Ministère de la Santé Publique
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé

ONFP	: Office Nationale de la Famille et de la Population
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONU	: Organisation des Nations Unies
PCIME	: Prise en Charge Intégrée de la Mère et l'Enfant
PDDE	: Programme Décennal de Développement et d'Education
PDS	: Plan de Développement Sanitaire
PF	: Planification Familiale
PIB	: Produit Intérieur Brut
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME	: Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVD	: Pays en Voie de Développement
QUIBB	: Questionnaire des Indicateurs de base et de Bien-être
RH	: Ressources Humaines
RMM	: Rapport Mortalité Maternelle
SONE	: Soins Obstétricaux Néonataux Essentiels
SONUB	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets
SOUB	: Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
SOUC	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence Complets
SR	: Santé de la Reproduction
SRP	: Stratégie de Réduction de la Pauvreté
SRP/D	: Stratégie de Réduction de la Pauvreté et de Développement
SSP	: Soins de Santé Primaires
SSR	: Soins de Santé de la Reproduction
SOWC	: State Of the Word Children
TMM	: Taux de Mortalité Maternelle
TPI	: Traitement Préventif Intermittent
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNFPA	: Fond des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Programme des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: Coopération américaine
VIH	: Virus d'Immuno-déficience Humain



SOMMAIRE

Dédicaces	i
Remerciements.....	ii
Liste des tableaux.....	iii
Listes des graphiques.....	iv
Liste des sigles.....	v
Table des matières.....	vii
Introduction	1
I. ANALYSE SITUATIONNELLE	4
I.1 Données physiques et démographiques.....	5
I.2 Aperçu socio-économique.....	6
I.3 Système de santé et situation sanitaire au Niger.....	7
I.4 Niveau de couverture de L'OMD5.....	10
I.4.1 Situation et tendances.....	10
I.4.2 Contraintes et objectifs.....	11
II. PROBLEMATIQUE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE	12
II.1 Problématique.....	12
II.2 Justification de l'étude.....	14
III. OBJECTIFS DE L'ETUDE	15
III.2 Objectif général.....	15
III.3 Objectifs spécifiques.....	15
III.4 Intérêts de l'étude.....	15
IV. REVUE DE LA LITTERATURE	16
IV.1 Actions et programmes pour la réduction de la Mortalité maternelle.....	16
IV.2 Politiques nationales en matière de Soins de Santé de la Reproduction	20

IV.2.1 Stratégie de la Réduction de la Pauvreté (SRP).....	20
IV.2.2 Stratégie de la Réduction de la pauvreté et Développement	20
IV.2.3 Plan de Développement Sanitaire (PDS).....	21
IV.2.4 Programme national de Santé de la Reproduction.....	22
IV.2.5 Feuille de route pour accélérer la réduction de la Mortalité Maternelle.....	22
IV.3 Lois en matière de SSR : Gratuité des soins.....	23
V. APPROCHE METHODOLOGIQUE.....	25
V.1 Collecte des données.....	25
V.1.1 Classification des sources de données.....	25
V.1.2 Sources et procédure de collecte des données.....	25
V.2 Méthode d'analyse et Traitement des données.....	25
V.3 Limites.....	26
VI. IDENTIFICATION ET LEVEE DES GOULOTS D'ETRANGLEMENT	
VI.1 Sélection des interventions efficaces.....	27
VI.2 Identification des goulots d'étranglement.....	28
VI.2.1 Interventions et goulots d'étranglement au niveau communautaire/famille.....	28
VI.2.1.1 Services de santé familiale préventive.....	28
VI.2.1.2 Soins familiaux néonataux.....	29
VI.2.2 Interventions et goulots d'étranglement au niveau des services orientés vers la population.....	30
VI.2.2.1 Soins préventifs pendant la grossesse.....	30
VI.2.2.2 Prévention et traitement du VIH/SIDA.....	31
VI.2.3 Interventions et goulots d'étranglement au niveau des soins cliniques individuels.....	32
VI.2.3.1 Soins cliniques maternels et néonataux de 1^{er} niveau	32
VI.2.3.2 Soins curatifs au centre de santé de base.....	33
VI.2.3.3 Prise en charge clinique au 1^{er} niveau de référence.....	34
VI.2.3.4 Prise en charge clinique au 2^{ème} niveau de référence.....	35

VI.3 Objectifs de couverture.....	36
VI.3.1 Niveau communautaire.....	36
VI.3.2 Niveau stratégie avancée.....	38
VI.3.3 Niveau clinique.....	40
VI.4 Coûts et impacts attendus.....	43
VI.4.1 Phase 1 : paquet minimum.....	43
VI.4.2 Phase 2 : paquet intermédiaire.....	44
VI.4.3 Phase 3 : paquet maximum.....	45
VI.5 Implication des ressources humaines.....	46
VI.6 Besoins de financement.....	48
Recommandations	51
Conclusion	54
Références Bibliographiques	58



Introduction

L'OMS définit la mortalité maternelle comme suit : « *Le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite.* »

La mortalité maternelle est une mesure importante de la santé des femmes et donne une indication de la performance des systèmes de santé. Après des décennies pendant lesquelles elle a été ignorée par la santé publique dans les pays en voie de développement, sa réduction en est devenue, depuis peu, un des enjeux majeurs. En effet, les chefs d'Etat du monde entier, réunis solennellement à l'ONU en septembre 2000 (Sommet du Millénaire) l'ont choisie pour être l'un des huit objectifs de santé du millénaire. L'objectif à atteindre est très optimiste car dans le cadre du suivi des OMD, la communauté internationale s'est engagée à faire baisser le taux de mortalité maternelle qui est le rapport des décès maternels observés durant une année, au nombre des naissances vivantes de la même année, (généralement exprimé pour 100 000), de trois quarts entre 1990 et 2015.

Chaque année, 500.000 femmes meurent des conséquences directes d'une grossesse ou d'un accouchement ; 99% d'entre elles se trouvent dans les pays en développement. Alors que dans ces pays, la plupart des indicateurs de santé se sont améliorés au cours des deux dernières décennies, on relève encore peu de changement en ce qui concerne la mortalité maternelle. L'analyse des indicateurs sanitaires du Niger présente un tableau relativement sombre au regard des moyennes observées dans la région africaine. En effet, la mortalité maternelle au Niger s'affiche parmi celles les plus élevées au monde. Elle n'a presque pas bougé depuis 15 ans, si l'on se réfère à l'EDS (1979-1992) qui révèle une proportion de décès maternels de 652 pour 100.000 naissances vivantes, étant entendu que le taux de mortalité maternelle actuelle est de 648 pour 100 000 mille naissances vivantes¹.

La lutte contre la mortalité maternelle est spécifique à maints égards et a donné lieu à un optimisme vite ralenti. En effet, la population est très ciblée (femmes enceintes et dans le post-partum) ; les acteurs sont très spécifiques : gynéco-obstétriciens, dans leurs fonctions obstétricales, et sages femmes ne s'occupent que de cette population ; enfin, les maternités sont des lieux bien identifiés, souvent relativement en marge du système de santé, et dédiées uniquement à la prise en charge des femmes enceintes ou en post-partum et à leurs nouveau-nés bien portants. Il semblerait donc possible avec de tels atouts d'atteindre les objectifs fixés avec un minimum d'organisation, de planification et de moyens.

¹ Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs multiples 2006, Niger

Mais les programmes se heurtent à la réalité des systèmes de santé généralement peu performants et l'accessibilité des objectifs du millénaire n'est pas évidente.

Les décès maternels au Niger ont de lourdes conséquences sociales. Le décès d'une femme en âge de procréer met en danger la survie de ses enfants mais aussi celle de la cellule familiale. L'enfant qui survit au décès maternel de sa mère a seulement une chance sur dix d'être encore vivant à son premier anniversaire¹.

L'insuffisance de la prise en charge des complications obstétricales n'a pas pour seule conséquence dramatique la mort maternelle et plus fréquemment encore la mort néonatale mais aussi les fistules vésico-vaginales (FVV) qui laissent les femmes handicapées à vie et aboutissent souvent à leur rejet de la famille et de la société.

Notre étude consiste à apporter des éléments de réponses pour accélérer la réduction de la mortalité des femmes et des filles en âge de procréer au Niger. Ceci suppose un processus qui vise, par concertation avec des acteurs concernés, à identifier les problèmes liés à la mortalité maternelle et prévoir des ressources et des services requis pour atteindre des objectifs déterminés, selon un ordre de priorité établi, permettant ainsi le choix de solutions préférables parmi plusieurs alternatives. Ce choix prend en considération le contexte et les contraintes internes et externes connues actuellement ou prévisibles dans le futur.

Le but est de pouvoir obtenir une amélioration de l'état de santé de la population cible. Cette amélioration est appréciée objectivement grâce à l'utilisation de mesures empruntées à l'épidémiologie et à la démographie (morbidité, mortalité, espérance de vie.)

Ainsi, dans le but de l'atteinte de l'OMD5 au Niger, il s'agira :

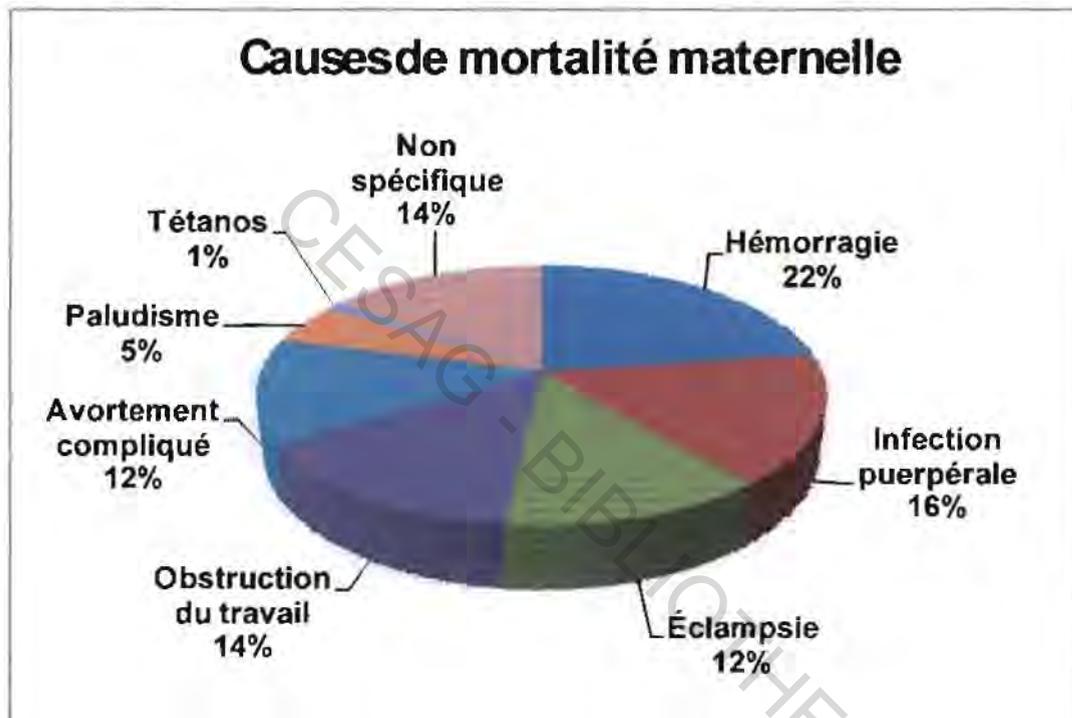
- premièrement : de passer en revue le contexte dans lequel se trouve le Niger, et définir les actions et programmes, les politiques et lois nationales pour la réduction de la mortalité maternelle, ensuite de donner un aperçu de la méthode de collecte et d'analyse des données et
- deuxièmement, nous essayerons d'identifier et d'analyser les principaux goulots d'étranglement, de lever ces goulots en évaluant le coût additionnel des stratégies mises en œuvres, aussi bien du point de vue des ressources humaines dans les structures sanitaires, des infrastructures et équipements, et leur impact afin de réduire cette mortalité.

¹Pruai A., La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement, *Médecine tropicale*.

I. ANALYSE SITUATIONNELLE

Ces décès maternels représentent près de 40%¹ de l'ensemble des décès des femmes en âge de procréer et restent liés aux principales causes que sont : les hémorragies (22%), les avortements compliqués (12%), les dystocies (14%), l'éclampsie (12%) et les infections puerpérales (16%). D'autres causes non spécifiées sont également évoquées et occupent une part non négligeable (18%).

Graphique 1 : Principales causes de mortalité maternelle



Toutefois, la cause principale d'une mortalité maternelle élevée est le manque d'accès à des soins appropriés à la fois pour des raisons géographiques et financières. Enfin, l'inégalité des sexes fait que les femmes ont souvent trop peu le contrôle des ressources économiques au sein du ménage, mais aussi le droit de prendre des décisions, même quand il s'agit de leur propre santé.

Aujourd'hui, on sait médicalement de quoi meurent ces mères. Dès lors, pour réduire considérablement cette mortalité, en vue de l'atteinte de l'OMD 5, il urge que des politiques novatrices et très ambitieuses soient menées de façon synergique à tous les niveaux avec un engagement fort et constant de la part des partenaires au développement.

¹ Enquête démographique de santé et à indicateurs multiples 2006, Niger

1.1 Données physiques et démographiques

Le Niger, avec une superficie de 1 267 000 km², est un pays continental situé au coeur de l'Afrique de l'Ouest, à 700 km au nord du Golfe de Guinée, à 1 900 km à l'est de la côte Atlantique et à 1 200 km au sud de la Méditerranée. Pays soudano sahélien, le Niger est un pays complètement enclavé, à mi-chemin entre la Méditerranée et le golfe de Guinée. Il est limité au nord par l'Algérie et la Libye, à l'est par le Tchad, au sud par le Nigeria et le Bénin, à l'ouest par le Burkina Faso et au nord-ouest par le Mali.

Du point de vue climatique, le Niger est caractérisé par un climat tropical de type soudanien qui alterne entre deux saisons, une longue saison sèche d'octobre à mai et une courte saison de pluie de mai à septembre. Il est situé dans l'une des régions les plus chaudes du globe. Les températures moyennes les plus élevées sont enregistrées entre mars et avril où elles dépassent les 40°C, tandis que les plus basses le sont de décembre à février où elles peuvent descendre en dessous de 10°C.

Estimée à 7 256 626 habitants en 1988, la population est passée à 11 060 291 en 2001, puis à 12,9 millions en 2006. En 2001, la densité moyenne était estimée à 8,7 habitants au kilomètre carré.

La croissance démographique demeure encore élevée (3,3 %). Le rythme d'accroissement rapide de la population est principalement dû à la forte fécondité (ISF de 7,1 en 2006) malgré une mortalité en baisse sensible mais toujours élevée. La population du Niger est extrêmement jeune : les moins de 15 ans représentaient 48 % en 2001¹.

Une autre caractéristique démographique du Niger est relative à la persistance des comportements procréateurs à risque liés à l'âge et/ou à la multiparité. L'EDSN-1992 a mis en évidence que, quelle que soit la génération des femmes en âge de procréer considérée, la moitié d'entre elles étaient déjà mariées à 15 ans. Les mariages sont de ce fait très précoces au Niger.

L'EDSN-1998 montre que cette situation de forte précocité des mariages chez les femmes nigériennes ne s'est guère améliorée. Un autre comportement procréateur à risque résultant des mariages précoces est la précocité des maternités. L'EDSN-1992 relève, parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans, que 11,4% d'entre elles avaient déjà eu leur première naissance avant l'âge de 15 ans ; cette proportion passe à 45,3% avant l'âge de 18 ans. L'EDSN-1998 montre que ces proportions sont passées respectivement à 9,2% et 47,0%. Le 3ème comportement procréateur à risque est relatif à la grande multiparité des femmes nigériennes : parmi les 2 969 333 femmes âgées de 12 à 49 ans, 863 679 ont déclaré avoir eu au moins 5 enfants nés vivants,

¹ Enquête de Base du programme Services de Bases Intégrés

soit 29,1%. 19,5% de ces femmes grandes multipares ont eu leur dernier accouchement d'un enfant né vivant en 2000-2001. Aux âges jeunes, il est relevé que la proportion des adolescentes qui ont accouché d'un enfant né vivant en 2000-2001 est de 2,9% et 14,4%, respectivement chez les adolescentes âgées de 12-14 ans et de 15-19 ans ; aux âges élevés ces proportions sont de 19,2%, 10,9% et 5,1%, respectivement chez les femmes âgées de 35-39 ans, 40-44 ans et 45-49 ans. Au total sur les 499 126 femmes qui ont accouché au cours des 12 derniers mois précédant la date du dénombrement général de la population en 2001, 168 045 femmes, soit 33,7%, ont porté des grossesses à risque du fait qu'elles sont des grandes multipares et 188 636 femmes, soit 37,8%, ont porté des grossesses à risque du fait de leur âge trop jeune ou trop élevé. Les grossesses à risque représenteraient au moins 33% des grossesses annuelles.

Dans un contexte où les infrastructures sanitaires de base sont très insuffisantes et la situation socioéconomique précaire, on comprend dès lors pourquoi le taux de mortalité maternelle est si élevé au Niger.

1.2 Profil socio-économique

Le Niger est un pays sahélien à prédominance rurale et disposant de ressources naturelles limitées. Il est classé parmi les Pays les Moins Avancés (PMA) et il est éligible à l'initiative PPTE (Pays Pauvres Très Endettés). Le phénomène de la pauvreté est apparu et s'est amplifié dans les années 90 avec une détérioration continue des conditions de vie des ménages.

En 2005, l'activité économique, mesurée par le PIB réel, a enregistré un taux de croissance de 7 % après une baisse de 1 % en 2004 et une hausse de 3,3 % en 2003, pour un taux d'accroissement de la population de 3,3 %. La bonne tenue de l'activité en 2005 est en rapport avec la bonne campagne agricole 2005-2006. Sur la période allant de 1990 à 2005, l'activité économique a connu une croissance annuelle moyenne de l'ordre de 3,1 %¹. Ce résultat enregistré sur le plan macroéconomique au cours des dernières années n'a pas été suffisant pour créer les conditions d'un développement durable soutenu. En effet, les indicateurs de pauvreté calculés à partir des données de l'Enquête Nationale sur le Budget et la Consommation de 1989-1990 en milieu urbain et de 1992-1993 en milieu rural et de l'Enquête QUIBB (Questionnaire des indicateurs de base et de bien-être) de 2005 sont restés pratiquement identiques (63 % contre 62 %).

¹ Enquêtes de base du programme Service de Base Intégrés, Unicef, Niger 2006.

À cet égard, pour lutter contre ce phénomène de pauvreté, l'État du Niger, avec l'appui des partenaires au développement a mis en oeuvre depuis 2002 une Stratégie de Réduction de la Pauvreté. La version révisée de cette stratégie est actuellement en cours d'élaboration. Elle mettra en exergue les performances et les lacunes observées durant ces quatre ans. Cette révision consistera à prendre en compte certains indicateurs qui n'existaient pas dans le document initial de la SRP (Stratégie de Réduction de la Pauvreté) et à effectuer la mise à jour de certains autres.

Le taux d'alphabétisation est fortement corrélé au degré d'urbanisation. Pour une moyenne nationale de 29 % d'alphabétisés en 2005, le taux le plus élevé est observé à Niamey (57 %) ; Agadez suit avec 43 %. Dans les autres régions, en dehors de Zinder (29 %) les taux d'alphabétisation sont inférieurs à la moyenne nationale.

La population du Niger est essentiellement musulmane (99 %). Moins d'un pour cent de la population est de confession chrétienne (0,8 %). L'animisme et les autres religions représentent 0,2 % de la population.

1.3 Système de santé et situation sanitaire au Niger¹

L'organisation du système de santé est calquée sur le découpage administratif du pays.

L'organisation administrative comprend trois niveaux :

- L'administration centrale - niveau stratégique - constitué par le cabinet du Ministre et du Secrétariat d'Etat, le Secrétariat Général et les directions générales et nationales ;
- Les Directions Régionales de la Santé –niveau technique ;
- Les Equipes Cadres de District – niveau opérationnel.

L'organisation technique comprend trois niveaux qui constituent la pyramide sanitaire :

Le Niveau Central garant de l'appui stratégique constitué des Hôpitaux Nationaux et les centres nationaux ;

Le Niveau Régional ou niveau intermédiaire représenté par les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et les maternités de référence ;

Le Niveau Opérationnel (District) avec les Hôpitaux de District (HD) et leurs réseaux de Centres de Santé Intégrés (CSI), et de Cases de Santé (CS).

¹ Plan de Développement Sanitaire 2005-2009, Niger.

Cette organisation prône la décentralisation effective des services de santé et des prestations sanitaires. En effet, les districts et en particulier les CSI sont les terrains privilégiés pour mener les activités des soins primaires accessibles à toute la communauté avec sa pleine participation tout au long du processus.

L'opportunité majeure est, en principe, représentée par l'implication des nouvelles autorités locales dans la gestion des ressources allouées au système de santé, dans la définition des programmes, dans la possibilité de générer des ressources financières sur place qui ne devront pas transiter par un système lourd de Loi de finance.

Le danger dans la décentralisation réside dans le fait que la capacité de générer des ressources soit faible, que la capacité à les gérer soit limitée et que l'Etat se désengage rapidement des domaines de dépense ne relevant plus directement de sa compétence, laissant les niveaux opérationnels sans ressources, ou avec moins de ressources qu'auparavant. Ce phénomène a été observé à maintes reprises dans d'autres pays ayant engagé un processus de décentralisation de ce type. Pour pallier ce risque il est prévu d'accorder des subventions aux districts de faible densité de population¹.

Le Niger a souscrit à plusieurs déclarations régionales et internationales dont la déclaration d'Alma Ata en 1978 ou la stratégie des soins de santé primaires (SSP).

Afin d'accélérer l'application des stratégies des SSP, le Niger a aussi souscrit, depuis 1987 à l'Initiative de Bamako qui a pour but de redynamiser le système de santé en réorganisant son fonctionnement et en impliquant davantage dans sa gestion les populations bénéficiaires.

En juillet 1995, l'État a adopté la Déclaration de Politique Sectorielle de Santé qui avait comme objectif l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des individus, des familles et des communautés. Elle impliquait le développement des activités prioritaires préventives et promotionnelles intégrées aux soins curatifs et aux actions intersectorielles coordonnées dans le cadre d'un processus gestionnaire. En dépit des efforts consentis au cours de la mise en oeuvre de ces différentes politiques, les indicateurs sanitaires sont demeurés préoccupants.

Afin d'accélérer la mise en oeuvre de la stratégie des soins de santé primaires et l'objectif universel de la santé pour tous au 21ème siècle, le gouvernement a adopté la Déclaration de Politique Sanitaire en Mai 2002.

Le plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2009, adopté en Conseil des Ministres en date du 18 février 2005, a pour objectif général de contribuer à la réduction de la mortalité

¹ Suivi du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'ouest et du centre

maternelle et infantile en améliorant l'efficacité et la qualité du système de santé à partir des potentialités actuelles.

L'OMS recommande d'allouer 9 % du budget national pour subvenir aux besoins essentiels en matière de santé de la population. Les Chefs d'États et de Gouvernements africains se sont montrés beaucoup plus ambitieux parce qu'ils se sont engagés à porter le budget de la santé de leurs pays respectifs à 15 % du budget lors de la réunion sur le sida, le paludisme et la tuberculose qui s'est tenue à Abuja (Nigeria) en 2001. Cependant, en dépit de la démographie galopante entraînant l'accroissement vertigineux des besoins en santé et nonobstant la priorité accordée au secteur et les déclarations successives de bonnes intentions, le budget de la santé n'a pas suivi l'évolution du budget national. Le budget de la santé n'a jamais atteint le seuil des 9 % du budget national de l'indépendance à nos jours, y compris pendant les années fastes du boom de l'uranium. Tout au contraire, les différents plans d'ajustements structurels qui ont été mis en place ont entraîné la contraction des ressources de l'État.¹

L'État demeure le principal garant des dépenses nationales de santé (40 %). Les autres efforts de financement proviennent des ménages (28 %) et des partenaires techniques et financiers (27 %). Le secteur privé, bien qu'en plein essor, contribue à hauteur de 4 %. Quant à la participation des ONG nationales, elle est encore très faible (0,24 %). Enfin la Caisse Nationale de Sécurité Sociale concourt également à un niveau encore très réduit (0,24 %).²

La situation sanitaire du Niger est très préoccupante et cela malgré les changements d'orientation intervenus. Elle est caractérisée par :

- une faible couverture sanitaire (32%)
- un taux de mortalité maternel des plus élevés du monde (7 ‰)
- une faible couverture vaccinale (17%)
- une insuffisance des ressources humaines et des équipements avec un déséquilibre entre les zones urbaines (plus nanties) et les zones rurales.

Des maladies à potentiel épidémique comme la rougeole, le choléra et la méningite sévissent régulièrement.

Cette situation sanitaire est caractérisée par une forte prévalence des maladies nutritionnelles et infectieuses. Les principales causes de consultation sont : le paludisme (37 %), les pneumonies (13%), diarrhées et déshydratation (7,69%).

En 2002, les principaux motifs de consultation et qui constituent les trois principales causes de morbidité demeuraient, comme en 1994, le paludisme, les affections respiratoires (toux, rhume

¹ Enquêtes Démographiques de santé et à indicateurs multiples, Niger, 2006.

² Suivi du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'ouest et du centre

et pneumonie) et les maladies diarrhéiques. De même, en 2002, le paludisme, la pneumonie, la méningite, les maladies diarrhéiques, et la rougeole constituaient les cinq principales causes de mortalité et de morbidité.

1.4 Niveau de couverture des Indicateurs de l'OMD¹

1.4.1 Situation et tendances

Selon les résultats provisoires du Recensement Général de la Population (RGP/H 2001), les femmes représentent un peu plus de la moitié de la population (50,1%), avec un indice synthétique de fécondité de 7,5 naissances par femme, une espérance de vie à la naissance de 49 ans, une sage-femme pour 3 989 femmes en âge de procréer, un taux de prévalence contraceptive de 7,6%. La mortalité maternelle se situe à 700 pour 100 000 naissances vivantes. Au Niger, les femmes meurent le plus souvent par manque de prise en charge adéquate pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches immédiates (hémorragie, infections puerpérales, anémies, éclampsies, etc.), évitables par les soins.

Les indicateurs de santé maternelle sont médiocres comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau I : Indicateurs de santé maternelle

Indicateurs	Niger		Moyenne Africaine
	1990	2000	2000
Espérance de vie à la naissance (années)	47	49	53
Indice synthétique de fécondité (enfant/femme)	7,4	7,5	5,6
Mortalité maternelle (en pour 1000)	7	7	6,3
Population par médecin (en milliers)	50	35	6
Accouchements assistés (%)	15	16	

Source : MSP/LE

Il faut noter que le niveau des indicateurs de santé maternelle est beaucoup plus préoccupant dans les zones rurales. Seulement 40% des mères ayant eu un enfant au cours de l'année 2002 ont été protégées contre le tétanos néonatal, les femmes du milieu rural étant nettement moins protégées (36% contre 72% en milieu urbain). Concernant l'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié du secteur de la santé, la situation sur la décennie 1990 n'a pas évolué, passant de 15% en 1990 à environ 16% en 2002 de femmes seulement qui ont bénéficié, au

¹ Rapport National sur les progrès vers les OMD

moment de l'accouchement, de l'assistance d'un personnel de santé formé (médecins, infirmiers et sages-femmes) : 15% avec l'aide d'une sage-femme ou d'une infirmière, et à peine 1% avec l'aide d'un médecin.

Il convient de noter que le Niger ne consacre qu'à peine 1% du PIB aux dépenses publiques de santé. Le budget de la santé ne représente que 5 à 7% du budget de l'Etat sur la décennie 1990 alors même que l'objectif visé depuis 1991 est arrêté à 10%.

Rapporté au nombre d'habitant, les dépenses de santé entre 2000 et 2002 se sont élevées en moyenne à 2 450 FCFA par habitant, soit l'équivalent du prix d'une boîte d'aspirine en pharmacie. Ces constats traduisent l'insuffisance de l'offre des services de santé au Niger et, corrélativement, l'extrême précarité de la situation de la santé maternelle. Il faut noter, par ailleurs, que la plus grande partie du personnel de santé se trouve en ville et qu'en milieu rural les femmes doivent parcourir en moyenne 20 Km à dos d'animaux ou en charrette pour arriver à un centre de santé.

1.4.2 Contraintes et objectifs

En l'absence de données abondantes et régulières, les contraintes identifiées pour la réalisation de l'OMD 5 sont les suivantes :

- accès limité et qualité insuffisante des soins et services de santé de la reproduction. Il est important de souligner la faible disponibilité des soins obstétricaux d'urgence, particulièrement en milieu rural ;
- faiblesse de la planification familiale;
- extrême pauvreté des ménages en relation avec la politique de recouvrement des coûts;
- analphabétisme des populations, particulièrement les femmes ;
- insuffisance d'instruction en tant que facteur qui favorise la faiblesse de la protection maternelle ;
- mauvaise nutrition des filles et des femmes due à la discrimination du genre ;
- normes sociales limitant la mobilité des femmes (claustration etc.). Celles-ci doivent requérir le consentement d'un homme (père ou mari) avant la recherche de soins ;
- pratiques traditionnelles néfastes (mariages précoces, gavage, Mutilations Génitales Féminines).

II. PROBLEMATIQUE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

II.1 Problématique

A l'issue du Sommet du Millénaire qui a regroupé 189 pays en septembre 2000 à New York, les participants ont adopté une déclaration communément appelée « Déclaration du Millénaire », centrée autour des sept (7) principes suivants:

- l'affirmation de certaines valeurs et principes relatifs à : la liberté, l'égalité, la solidarité, la tolérance, le respect de la nature, le partage des responsabilités;
- la promotion de la paix, la sécurité et le désarmement;
- la promotion du développement et l'élimination de la pauvreté dans le monde;
- la protection de notre environnement commun ;
- la promotion des droits de l'homme, de la démocratie et la bonne gouvernance;
- la protection des groupes vulnérables;
- la réponse aux besoins spéciaux de l'Afrique.

Ces sept principes ont par la suite été traduits en Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) que tous les pays ont convenu d'atteindre individuellement et collectivement d'ici 2015, en prenant l'année 1990 comme année de référence.

Ils constituent un ambitieux programme économique et social de lutte contre les causes et les conséquences de la pauvreté ainsi qu'un pacte mondial contre la pauvreté. Signalons en passant que le Programme des Nations Unies pour le développement a rendu son rapport sur l'indice de développement humain dans le monde. Sur les 177 pays couverts par ce Rapport sur le développement humain (PNUD), le pays ouest-africain est placé parmi les nations « au développement humain faible ». Le classement Indice de Développement Humain, qui se décline en trois catégories, élevé, moyen et faible, mesure les acquis au regard de l'espérance de vie, du niveau d'éducation et du niveau de vie, entre autre indicateurs-clé de développement. Le Niger, 177ème¹, considéré comme l'un des pays les plus pauvres du monde, est la lanterne rouge du classement.

Un des huit objectifs du millénaire pour le développement concernaient l'amélioration de la santé maternelle (OMD5). Dans le cadre du suivi des OMD, la communauté internationale s'est engagée à faire baisser le rapport de mortalité maternelle (RMM) des trois quarts, entre 1990 et 2015.

¹ Rapport national sur le développement humain. Les OMD : un pacte entre acteurs pour vaincre la pauvreté humaine au Niger, Système des NU, 2003.

Toutes les deux heures au Niger, une femme meurt pendant sa grossesse ou pendant l'accouchement, une réalité qui traduit le sous-financement des services de santé, l'abandon des infrastructures en matière de transport et d'éducation et l'absence de sensibilisation des femmes à leurs droits, selon certains experts et autorités sanitaires¹. Avec une population de 13,5 millions d'habitants, disséminés sur un territoire désertique grand comme l'Europe de l'Ouest, le Niger n'a pas connu un développement comparable à celui de la plupart des autres pays africains du continent. Le réseau routier du pays ne dispose que de quelques routes bitumées et une bonne partie de la population vit dans des villages reculés, loin d'un axe routier, d'un centre de santé ou du service administratif local. En plus de l'extrême pauvreté qui mine le Niger, divers facteurs annexes contribuent à l'exacerbation de cette mortalité :

- **Système de santé défaillant**

Se rendre dans un centre de santé ne signifie pas pour autant qu'on a la garantie de se faire soigner. Dans tout le pays, il n'y a que 17 médecins capables de réaliser des césariennes ; sept à Niamey et 10 autres dans les régions. Dans certaines capitales régionales, il n'y a aucun personnel médical pour réaliser des actes de chirurgie obstétricale. Le système est encore très sous-équipé. C'est une question de moyens et jusqu'à très récemment, la mortalité maternelle n'était pas une priorité.

- **Education des filles**

Pour certains experts, le très faible niveau de scolarisation des filles au Niger est un autre facteur important de l'accroissement du taux de mortalité maternelle.

A peine 15 pour cent des filles nigériennes, voire moins de 10 pour cent dans certaines régions, savent lire ou écrire. Plusieurs milliers de filles en difficulté scolaire abandonnent prématurément les classes pour se marier, souvent avant d'avoir atteint l'âge de 15 ans. Bon nombre de familles, dirigées généralement par les hommes, consultent d'abord des charlatans, ou encore des chefs religieux et des guérisseurs traditionnels en cas de complications, lors des accouchements, avant de faire appel à un médecin. Le gros effort doit porter sur la scolarisation des enfants et des filles en particulier, car bien des choses pourraient changer si elles étaient scolarisées. C'est le grand défi, la scolarisation de toutes les filles. Tous les indicateurs de santé s'en trouveraient améliorés.

- **Pauvreté et coûts des prestations**

¹ Mortalité maternelle et mariages précoces au Niger, IRIN 2007

La pauvreté est un autre aspect du problème. Le Niger fait partie des pays les plus pauvres du monde. Bien que le gouvernement du Niger ait élaboré des programmes nationaux de soins de santé gratuits pour les naissances par césarienne et les consultations prénatales, dans la réalité, bon nombre de personnes continuent de payer pour ces services. Une fois que les femmes ont payé le transport et les autres frais pour se rendre dans un centre de santé, bien souvent il ne leur reste plus rien pour payer le traitement au dispensaire ou à l'hôpital selon les experts.

Malgré l'ampleur du problème, certaines autorités continuent de croire qu'un changement est possible. S'il est vrai qu'il faudra du temps ou plus d'efforts pour avoir un système éducatif opérationnel et pour changer les stéréotypes à propos de l'éducation des filles, certaines campagnes d'information ciblant les femmes et les filles peuvent être efficaces.

Pour atteindre son objectif d'amélioration des conditions de vie des femmes, l'UNICEF travaille en étroite collaboration avec les autres agences des Nations Unies afin de coordonner les stratégies d'appui aux priorités nationales de développement du Niger énoncées dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté.

II.2 Justification de l'étude

De cette analyse, on tire des enseignements et on présente les politiques et les programmes que le Gouvernement et les partenaires au développement soutiennent pour atteindre les OMD.

Pour accélérer le processus, le développement des structures sanitaires au Niger, tout en étant centré sur l'amélioration des services de santé dans leur ensemble, vise, entre autres, la construction de nouveaux centres de santé pour les populations très éloignées, une meilleure prise en charge des femmes enceintes dans les hôpitaux. Le personnel soignant a été formé pour améliorer le diagnostic et la prise en charge des maladies infectieuses respiratoires et de la malaria, par exemple. Un effort particulier a été fourni pour doter un maximum de structures de l'équipement nécessaire pour assurer les activités curatives et préventives chez la femme en âge de procréer.

Pour combattre la mortalité maternelle, la politique en matière de santé vise le renforcement des systèmes de santé dans leur globalité. La cause principale de mortalité maternelle demeurant l'inaccessibilité géographique et financière aux soins, l'approche consiste à dispenser des soins de qualité, proches et accessibles. À long terme, un progrès réel se mesurera non seulement par des améliorations dans le domaine de la santé, mais également par une meilleure position de la femme dans la société, une nutrition plus adéquate et une éducation de qualité.

III. OBJECTIFS DE L'ETUDE

III.1 Objectif général

L'objectif général vise à identifier les interventions sanitaires prioritaires et leurs coûts en vue d'améliorer la prise en charge des femmes en âge de procréer afin de réduire la mortalité maternelle au Niger.

III.2 Objectifs spécifiques

A la fin de cette étude, nous devrions être capable d'avoir :

- Identifié les différents goulots d'étranglement qui entravent la diminution de cette mortalité ;
- Enoncé des solutions pour y remédier ;
- Déterminé les coûts additionnels (besoins financiers supplémentaires à mobiliser) afin d'améliorer la couverture sanitaire des mères et atteindre les objectifs assignés ;
- Apprécié l'impact de ces coûts supplémentaires sur les indicateurs de santé des mères.

III.3 Intérêts de l'étude

La présente étude contribue à améliorer la santé des femmes en âge de procréer au Niger ;

Elle permet de rendre le système sanitaire plus performant vis-à-vis des mères ;

ET permet à l'Etat du Niger de prendre des mesures adéquates inhérentes à chaque problème et d'effectuer une meilleure allocation des ressources en priorisant des stratégies mises en oeuvre, visant à améliorer la santé maternelle.

IV. REVUE DE LA LITTÉRATURE

IV.1 Actions et programmes pour la réduction de la mortalité maternelle

Une étude extraite de l'article de Ridha KEFI, Avril 2005, atteste qu'au Niger, la principale cause de ce sous-développement est : une croissance démographique incontrôlée (3,1 %), mais aussi l'indice de fécondité le plus élevé au monde (8 enfants par femme). Conséquence : la population nigérienne pourrait passer de 11,5 millions d'habitants aujourd'hui à 53 millions en 2050, contre seulement 2 millions en 1950, soit une multiplication de la population par vingt en un siècle. Cela pose des problèmes à l'État nigérien, en termes de besoins alimentaires, d'éducation, de santé.¹

Le Niger s'est inspiré du cas de la Tunisie en appliquant une politique de planification familiale vigoureuse surtout, adaptée aux réalités locales, d'autant plus que la situation constatée devenait dramatique : les femmes se mariaient vers l'âge de 16 ans et avaient leur premier enfant à 18 ans. Seuls 4,4 % des couples utilisaient un moyen contraceptif. L'accouchement avait lieu à domicile, dans des conditions précaires. Conséquence : beaucoup de jeunes mères mouraient à la suite d'hémorragies, de ruptures utérines, d'infections ou d'anémie. Pour soulager les souffrances de ces femmes, les experts de l'ONFP (Office Nationale de la Famille et de la Population) ont élaboré un projet pilote consistant à mettre en place, avec le concours du ministère de la Santé nigérien, des cliniques mobiles, sur le modèle déjà expérimenté dans le Sud tunisien. Car seules ces structures ambulantes pouvaient dispenser dans les villages les plus reculés les indispensables visites prénatales, vacciner les enfants, prescrire les moyens contraceptifs aux jeunes mères désireuses d'éviter des grossesses trop rapprochées.

Cette approche par la planification familiale figure dans les objectifs du gouvernement nigérien en matière de gratuité des soins. Elle a un impact considérable sur le taux de fécondité, car elle permet d'espacer les naissances, d'éviter les grossesses à risque et de ce fait, de réduire la mortalité chez les femmes. C'est la raison pour laquelle dans notre étude, elle est fortement recommandée. Elle vient en complément, car est sous-jacente à toutes les interventions ciblées.

¹ KEFI Ridha, Au secours des femmes au Niger, *Jeune Afrique*, Avril 2005.

Dominique Mataillet, dans son article publié en 2001, met en évidence deux stratégies préconisées par les spécialistes pouvant réduire la mortalité maternelle :

- La première et la plus ambitieuse serait que les femmes enceintes bénéficient de visites prénatales et accouchent en maternité sous l'assistance d'une sage-femme ou matrone.
- La deuxième est axée sur les Soins d'Urgence : il faut privilégier la construction des hôpitaux de bon niveau, les doter d'équipement et du personnel pour effectuer les césariennes et les moyens d'évacuation rapide des patientes ayant des difficultés à accoucher.¹

Les CPN bien suivies permettent de détecter et prévenir d'éventuelles complications préjudiciables à la mère au cours de la grossesse. Au Niger, au niveau des centres de santé intégrés, seulement 15% des femmes enceintes comme nous le verrons plus loin, ont reçu leurs 3 CPN dont une au 1^{er} trimestre de leur grossesse. Ce qui demeure encore très insuffisant. Dans notre étude, parmi les interventions préventives, figure en tête de liste les CPN, qui améliorées, permettront de lutter efficacement contre les risques liés à la grossesse.

Les Soins d'Urgence au Niger, notamment les SONUB et SONUC sont rarement opérationnelles sur terrain faute des insuffisances en ressources humaines formées, notamment les districts pourvus de structures SONUB pourvus de médecins généralistes et d'officiers de santé en rapport avec les besoins et/ou des pénuries endémiques en moyens matériels et équipements techniques c'est-à-dire les structures SONUB avec rupture de stock de médicaments et matériels essentiels.

Dans notre étude, pour lever ce goulot d'étranglement, nous mettons l'accent sur des interventions de SOUB et SOUC au niveau clinique, le recrutement de ressources humaines capables d'effectuer ces prestations et la dotation des structures sanitaires en matériels et équipements.

Dans la même optique, L'Organisation des Nations Unies dans une publication de 2008 ; présente quelques-unes des barrières sociales qui entravent le bien-être maternel sur le continent et s'adaptent réellement au contexte du Niger :

- Une des solutions serait d'améliorer la qualification des personnes chargées d'aider à l'accouchement ainsi que les connaissances et les moyens dont disposent les femmes, leurs familles et leurs communautés.

Ceci pourra contribuer à éviter certaines complications au moment de l'accouchement.

¹ MATAILLET Dominique, Comment réduire la mortalité maternelle, *Jeune Afrique*, 2001.

- De même, il faut faire évoluer les traditions : Les données de l'UNFPA démontrent que les filles qui ont un enfant entre 15 et 20 ans risquent deux fois plus de mourir en couches que celles qui ont une vingtaine d'années, les filles de moins de 15 ans courant, elles, un risque 5 fois plus élevé.¹

Certaines pratiques culturelles telles que les mutilations génitales, les mariages précoces et les grossesses à répétition devenues monnaie courante au Niger peuvent aussi entraîner des risques pour la santé des femmes.

Notons que 80% de la population est analphabète. Notre étude met en évidence l'impuissance des femmes par rapport à l'autorité et au pouvoir de leurs conjoints. C'est pour cette raison que des activités d'IEC soutiennent nos interventions et doivent être organisées auprès des femmes pour changer leur comportement. Ceci pourra rompre les barrières sociales et améliorer l'accessibilité des femmes aux structures sanitaires, et l'utilisation de ces services, ce qui aura un impact sur leur couverture effective.

Alain PRUAL en 2004 dans son article énonce que l'insuffisance qualitative et quantitative de la prise en charge des complications obstétricales n'a pas pour seule conséquence dramatique la mortalité maternelle et plus fréquemment encore la mortalité néonatale mais aussi les fistules vésico-vaginales (FVV) qui laissent les femmes handicapées à vie et aboutissent souvent à leur rejet de la famille et de la société. Fort de l'expérience du passé, la communauté scientifique internationale donne désormais la priorité aux SONU. Ainsi pour une maternité à moindre risque il faut :

- Augmenter l'offre des Soins Obstétricaux d'Urgence.
- Améliorer l'accessibilité géographique, financière et culturelle des SONU.
- Améliorer la qualité des SONU en assurant aux patientes le respect de leur personne, de leur droit et l'éthique médicale.²

Au Niger, les Soins Obstétricaux d'Urgence sont limités dans les grandes villes, ce qui crée un différentiel rural/urbain de mortalité maternelle. Ceci nous oriente dans notre étude en ce sens qu'une augmentation du nombre de personnels qualifiés (formés ou recrutés), ainsi que le nombre de structures offrant des SONU, la construction ou rénovation, puis l'équipement des maternités offrant des SONU à un pré-requis : la disponibilité de personnels qualifiés en nombre, amélioreront la prise en charge des femmes enceintes qui se fera dans de meilleures conditions. Ceci réduira les risques liés à l'accouchement.

¹ Les barrières sociales à une meilleure santé maternelle en Afrique, *Afrique Renouveau*, ONU, 2008.

² PRUAL A., La réduction de la mortalité maternelle dans les PVD, *Médecine tropicale*, 2004.

Dans une publication extraite du *Diseases Control Priorities Project 2007*, les experts s'accordent à reconnaître que presque tous les décès maternels peuvent être prévenus avec des soins adéquats prénatals et postnatals ainsi qu'une aide qualifiée à l'accouchement et la disponibilité de soins d'urgence pour les complications sérieuses. Les interventions cliniques requises pour éviter une large partie de la charge de morbidité maternelle requièrent un système de santé qui fonctionne relativement bien. Les interventions les plus efficaces et les plus prometteuses sont celles basées sur :

- les grossesses planifiées comme cela a été dit précédemment.
- L'amélioration de la nutrition : par l'apport de multivitamines, de minéraux ou de macronutriments, y compris des suppléments énergie-protéine ainsi que des acides de fer et folique pour combattre l'anémie.
- Des interventions personnelles : dirigées directement vers les personnes doivent inclure un continuum de soins pour la mère et l'enfant en termes de temps (avant et après la naissance), de lieu (lier les services au foyer et ceux de santé avec une chaîne de référence auprès des spécialistes efficace) et de personnel qualifié. Les soins peuvent être fournis au foyer, au niveau primaire (clinique ou centre de santé intégré) et au niveau secondaire (hôpital de district).¹

La planification familiale est reconnue comme l'intervention ayant permis un accroissement notable de l'utilisation de la contraception et un déclin substantiel de la fécondité dans les pays en voie de développement.

L'apport en micronutriments et la supplémentation en vitamines ainsi qu'en acide folique complètent l'alimentation et combler les carences chez les femmes enceintes. Au Niger, la disponibilité de stock en fer et acide folique est également insuffisante (environ 60%) ou discontinuée, et on observe des ruptures de stock de ces intrants dans les formations sanitaires, au niveau des CSI type I et 2. En palliant à ce déficit, on prévient les enfants de petit poids de naissance.

Le continuum de soins qui intègre les soins de la mère et de l'enfant que ce soit à domicile ou dans des structures de santé permet une meilleure couverture des soins maternels et dans notre étude participe au recul de la mortalité maternelle.

¹ La mortalité maternelle : un manque de progrès inacceptable, *Diseases Control Priorities Project*, 2007.

IV.2 Politiques nationales en matière de soins de santé de reproduction

IV.2.1 Stratégie de réduction de la pauvreté : SRP (2002 puis 2007)¹

Dans la perspective d'un cadre de planification et de développement économique, le gouvernement de la république du Niger a mis en oeuvre depuis 2002, une première SRP (Stratégie de Réduction de la Pauvreté) couvrant la période (2002-2005), cadre de référence pour le développement socio-économique du pays, autour duquel un consensus a été obtenu avec l'ensemble des partenaires au développement. Cette stratégie est intervenue dans un contexte international dominé par des initiatives de réduction de la pauvreté, de la dette, et de la réalisation des OMD.

L'objectif initial de la SRP consiste à améliorer les conditions de vie des populations en réduisant de moitié l'incidence de la pauvreté à l'horizon 2015. Cette stratégie a mis l'accent sur quatre axes majeurs à savoir : la croissance économique durable et soutenue ; le développement des secteurs productifs ; le développement des secteurs sociaux et le renforcement des capacités de bonne gouvernance et de la décentralisation.

La SRP a été opérationnalisée à travers plusieurs politiques sectorielles dont on peut citer à titre d'exemple : le plan de développement sanitaire (PDS) ; le Cadre Stratégique National de Lutte contre le SIDA et le Programme Décennal de Développement de l'Education (PDDE).

L'évaluation de SRP (2002–2005) a permis de relever des progrès réalisés pour l'atteinte des objectifs de lutte contre la pauvreté. Le taux de croissance économique moyen se situe à 3,5%, légèrement supérieur à la croissance démographique (3,3%, 2001). Cependant, ce taux reste encore insuffisant pour réduire significativement la pauvreté et permettre d'amorcer un bond qualitatif dans la réalisation des OMD.

IV.2.2 Stratégie de Réduction de la Pauvreté et de Développement²

Faisant suite à la SRP et à l'ensemble des processus de révisions, se fondant sur la capitalisation des acquis, la prise en compte des nouvelles préoccupations des parties prenantes et la volonté de converger vers l'atteinte des OMD, une nouvelle stratégie intitulée : Stratégie de Réduction de la Pauvreté et de Développement (SRP/D) a été adoptée en conseil des ministres le 10 octobre 2007.

Cette nouvelle stratégie a pour horizon : 2008–2012 et sa vision est fondée d'une part sur la consolidation de la stabilité macro-économique ainsi que l'intensification des politiques pro

¹ PDS, 2005-2009, Niger.

² SDRP, 2008-2012.

pauvres et, d'autre part, sur la volonté de marquer davantage la présence du Niger dans l'agenda international et régional, notamment, la marche vers les OMD, le renforcement de l'intégration économique sous régionale (UEMOA, CEDEAO).

Cette Stratégie repose sur trois axes majeurs : l'amélioration des revenus ; l'amélioration du capital humain et équité et promotion d'un cadre approprié pour la gestion du développement. Elle s'opérationnalise à travers les stratégies et politiques sectorielles existantes et/ou en cours d'élaboration.

A travers ces deux stratégies de réduction de la pauvreté, l'état du Niger pourra agir sur la maîtrise de la croissance démographique, sur la diminution des inégalités par une bonne gouvernance, une amélioration de l'accès aux femmes des services sociaux et un développement des infrastructures. Ceci contribuera au recul de la mortalité maternelle par une meilleure prise en charge des mères.

IV.2.3 Plan de Développement Sanitaire : PDS¹

Dans la même optique du Cadre de planification stratégique du secteur de la santé, la mise en oeuvre efficace et efficiente du Plan Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010 reste la principale stratégie, ayant fait l'objet d'un consensus national et acquis l'adhésion des partenaires au développement. Ce plan traduit les axes prioritaires, les conditions essentielles à accomplir afin d'accroître la performance du système et résoudre les principaux problèmes de santé.

Le PDS a réservé une place de choix à la promotion de la SSR en retenant comme objectif général de « contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile en améliorant l'efficacité et la qualité du système de santé à partir des potentialités actuelles. » De plus, renforcer les activités de santé de la reproduction fait parti des huit objectifs spécifiques mentionnés dans ce plan.

Ces huit grands programmes d'action prioritaires sont entre autre :

Programme 1 : L'amélioration de la disponibilité, de la qualité et de l'accessibilité financière à des services de santé et le renforcement de la lutte contre les maladies

Programme 2 : La santé de la reproduction (pour le renforcement des activités de santé de la reproduction)

Programme 3 : Le renforcement de la décentralisation

Programme 4 : La participation communautaire aux politiques locales de santé

¹ PDS, 2005-2009, Niger.

Programme 5 : Les capacités de gestion et les compétences institutionnelles

Programme 6 : La gestion stratégique des ressources humaines (pour pallier à l'insuffisance qualitative et quantitative du personnel)

Programme 7 : La gestion des infrastructures et des ressources matérielles

Programme 8 : La disponibilité des médicaments et consommables de qualité

Les mécanismes de mise en oeuvre de ce PDS reposent sur un processus de planification en cours de décentralisation. Suivant les orientations du PDS, chaque district sanitaire élabore et met en oeuvre un plan de développement sanitaire (PDSD).

Cependant, le Gouvernement conscient de ses possibilités, sollicite, au delà de ses propres ressources, l'appui consistant des Partenaires Techniques et Financiers.

IV.2.4 Programme National de Santé de la Reproduction : PNSR

Ce Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) a été adopté en 2005 pour la période 2005-2009 et complète le PDS.

Il a pour objectifs généraux :

- D'accélérer la baisse de la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale ;
- De contribuer à la maîtrise de la croissance démographique par la promotion de la planification familiale ;
- De promouvoir la SSR des jeunes et des adolescents ;
- De contribuer à maintenir une séroprévalence du VIH inférieure à 1%.

Au Niger on note une faible disponibilité des services de SR. A un déficit de maternités pour soins obstétricaux de base et complets, s'ajoutent une insuffisance de personnels formés et de ressources et une mauvaise qualité des services et des comportements inappropriés des agents.

IV.2.5 Feuille de route pour accélérer la réduction de la MM¹

Cette Feuille de route (2006) est un nouveau canevas pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle.

Elle poursuit en fait le même objectif général que la « Vision 2010 » à savoir réduire de 75% le ratio de mortalité maternelle d'ici 2015. La mise en oeuvre de cette feuille de route s'appuie sur les programmes existants, notamment le PDS et le PNSR, dans un cadre de mise en oeuvre au niveau central, régional, sous régional et au niveau des centres de santé intégré (CSI) avec le concours des partenaires, de la société civile, des ONG et des communautés.

La première phase de cette feuille de route s'inscrit dans le cadre du PDS 2005-2009.

¹ Les OMD et la santé sexuelle reproductive : un regard sur le Niger, *Family Care International*, 2007.

Cette feuille de route retient les objectifs spécifiques suivants :

- Offrir des soins obstétricaux et néonataux essentiels (SONE) de qualité dans toutes les formations sanitaires publiques et privées ;
- Offrir des SONUB de qualité dans les 146 CSI type II ;
- Offrir des SONUC de qualité dans 70% des hôpitaux de district ;
- Amener 80% des femmes enceintes à avoir recours aux soins obstétricaux

IV.3 Lois en matière de SSR : **Gratuité des soins**¹

Le Décret n° 2005- 316/PRN/MSP/LCE du 11 novembre 2005 et son arrêté d'application du 27 janvier 2006 accordant aux femmes la gratuité des prestations liées aux césariennes fournies par les établissements de santé publique, devrait contribuer à réduire très significativement le problème d'accessibilité financière des formations sanitaires offrant les services obstétricaux et néonataux dus non seulement à la pauvreté de la population mais aussi, et surtout, à l'inexistence d'une stratégie nationale de protection sociale en matière de santé.

Un autre décret 2007-261/PRN/MSP du 19 juillet 2007 instituant la gratuité des prestations liées aux cancers féminins fournies là aussi par les établissements publics de santé et qui a été modifié par un autre décret instituant la gratuité du dépistage des cancers gynécologiques ; l'arrêté 0015/MSP/LCE/DGSP du 27 janvier 2006 portant modalités d'application du décret 2005-316; l'arrêté 079/MSP/MFE du 26 avril 2006 accordant la gratuité de la consultation prénatale et la prise en charge des soins aux enfants de 0 à 5 ans ; l'arrêté portant création de la cellule « gratuité des soins » et un autre portant nomination du coordonnateur de cette cellule ; plusieurs directives et autres notes d'explication qui ont été envoyées aux formations sanitaires publiques concernées par la gratuité des soins pour leur faciliter la compréhension dans la mise en œuvre des modalités d'application de toutes ces mesures.

La gratuité des soins en vigueur au Niger consiste à fournir des prestations de soins à la population cible, sans qu'elle n'y participe financièrement, selon les responsables de cette nouvelle philosophie. L'Etat, en tant que garant de la santé de la population, prend en charge le remboursement des prestations fournies gratuitement. Il est appelé tiers payant. Cette introduction des soins gratuits à une frange de la population n'affecte en rien le système de recouvrement partiel des coûts de santé actuellement en vigueur dans les formations sanitaires

¹ Gratuité des soins, Républicain Niger, 2008.

nationales. Ainsi au lieu que les femmes et leurs conjoints supportent les frais des césariennes, des consultations prénatales, de la planification familiale ou de la prise en charge des cancers gynécologiques, c'est désormais l'Etat qui le fait à leur place.

Concernant la mise en oeuvre de la gratuité, elle est aujourd'hui effective sur l'ensemble du territoire national. Elle présente même des aspects très encourageants. Le taux d'utilisation des services est en nette progression dans toutes les formations sanitaires. De même, la volonté politique y est affirmée et les taux de consultation prénatale sont en augmentation. La situation de la stratégie d'accès aux soins basée sur la gratuité des soins est encourageante et fortement appréciée par les populations les moins nanties.

Toutefois, l'effort du gouvernement pour rendre désormais gratuites certaines prestations destinées spécifiquement aux femmes et aux enfants, doit s'accompagner d'une réorganisation des services. Si la tendance observée jusque là se maintenait, cette stratégie d'accès aux soins contribuera d'une manière significative à l'atteinte de l'OMD5.

V. APPROCHE METHODOLOGIQUE

V.1 Collecte des données

V.1.1 Classification des sources de données

Les sources d'informations utilisées sont :

- Les documents,
- L'information fournie par le personnel compétent des différentes structures ayant en charge la gestion d'activités sanitaires.

Les documents utilisés sont des documents écrits officiels, des publications scientifiques, et des données administratives individualisées. Par contre les informations fournies sont libres, proviennent d'opinions d'experts et font l'objet d'une exploration.

V.1.2 Sources et procédure de collecte de données

Les données sont recueillies au Ministère de la Santé Publique, au Ministère des Finances, au ONG intervenant dans le domaine de la santé notamment l'UNICEF, par consultation de documents : Enquête Démographique de Santé (EDS), le MICS I et MICS III, le document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté, les dépenses du secteur santé.

V.2 Méthode d'analyse et Traitement des données

Ce travail est une étude descriptive rétrospective portant sur les données de la période 2006 (fournissant les données de base) et allant jusqu'en 2015. Des projections seront prises en compte sur les trois phases : 2008-2010, 2011-2012, 2013-2015 représentant respectivement le scénario ou paquet minimum, moyen et maximum ; Ce dernier nécessitant le plus de ressources. L'analyse des données consistera à l'identification et la levée des goulots d'étranglement à des points spécifiques de la chaîne de prestation des services qui font que la mortalité maternelle au Niger reste toujours très élevée, et avoir l'impact des interventions jugées efficaces sur cette réduction de la mortalité. A ce propos elle s'effectue sur toutes les interventions avérées efficaces concernant la santé maternelle, sur les trois phases et à chacun des trois niveaux de prestation :

- Au niveau communautaire et familiale : ce niveau renvoie aux interventions pour le changement de comportement dispensées à domicile ou au niveau communautaire. Ces activités, que les familles pratiquent le plus, peuvent être menées par les foyers ou communautés eux-mêmes après avoir reçu les conseils des professionnels de la santé.
- Au niveau stratégie avancée/mobile : A ce niveau les services sanitaires destinés à

la population peuvent être fournis par les professionnels de la santé de manière périodique. Ces interventions sont en général menées à travers des stratégies avancées (ou mobiles) et occasionnellement au niveau des centres de santé. Les activités typiques de cette catégorie sont les soins prénataux, la prévention de la transmission du HIV/SIDA de la mère à l'enfant (PTME), la vaccination, la nutrition et le planning familial.

- Au niveau clinique : A ce niveau, les services sont en général fournis dans les centres de santé en présence de personnel de santé qualifié.

Les différents déterminants permettant d'évaluer la performance du système sanitaire sont:

- la disponibilité des médicaments/équipements, liée au système d'approvisionnement.
- la disponibilité des ressources humaines, influencée par les opportunités et possibilités de formation et par la fuite des cerveaux.
- l'accessibilité, pouvant être améliorée par des sessions régulièrement planifiées (stratégie mobile, postes fixes cliniques ou séances de rattrapage).
- l'utilisation initiale des services, faite à travers les activités d'Information, Education et Communication (IEC) qui visent à susciter la demande.
- L'utilisation continue des services qui exige le marquage/repérage/traçage des perdus de vue et les primes d'encouragement des prestataires et utilisateurs des services.
- la couverture effective des services qui aborde le problème de la qualité et de l'attitude des bénéficiaires.

Pour le traitement des données, les logiciels suivants seront utilisés :

- Word pour le traitement de texte
- Excel pour la réalisation des tableaux et graphiques
- Le MBB : outil d'analyse, de levée des goulots et de budgétisation.

V.3 Limites de l'étude

Les interventions utilisées ne donnent peut-être pas une vue globale sur la mortalité maternelle, mais permettent néanmoins d'avoir une vue partielle de la performance du système sanitaire du Niger et de l'impact sur la réduction de la mortalité maternelle. La collecte des données nous a pris beaucoup de temps et les entretiens avec les parties prenantes, notamment les membres du Ministère de la Santé, n'était pas toujours évidente à cause de la non disponibilité du fait de leurs responsabilités respectives. Lorsque les indicateurs choisis ne corroboraient pas avec celle du pays, nous nous appuyions sur l'opinion des experts. Enfin notre étude ne constitue pas une solution miracle car il faut au préalable une analyse approfondie du système de santé du pays afin de cerner tous les problèmes qui entravent à son bon fonctionnement.

VI. IDENTIFICATION ET LEVEE DES GOULOTS D'ETRANGLEMENT

VI.1 Sélection des interventions efficaces

Elles permettent de réduire les goulots d'étranglement aux différents niveaux de prestation.

I. Services à base communautaire et familiale

1. Services de santé préventive familiale

Moustiquaire imprégnée d'insecticide pour enfant de moins de 5 ans ;

Lavage des mains par les mères ; Approvisionnement en eau potable sécurisé ;

Aspersion résiduelle à l'intérieur des foyers

2. Soins familiaux néonataux

Accouchement propre et soins du cordon

II. Services orientés vers les populations

1. Soins cliniques maternels et néonataux de premier niveau

Consultation prénatale ; Vaccination anti-tétanique ; Déparasitage de la femme enceinte

Traitement et prévention de l'anémie ferriprive pendant la grossesse ; TPI pour la femme enceinte

2. Prévention et traitement du VIH/SIDA

PTME (test, conseil, AZT+NVR et conseil sur l'allaitement de jeune enfant ;

PTME (test, conseil, AZT et conseil sur l'allaitement de jeune enfant

III. Services cliniques et individuels

1. Soins cliniques maternels et néonataux de premier niveau

Accouchement assisté par professionnel ; SOUB (Soins Obstétricaux d'Urgence de Base)

Corticoïdes prénataux pour les menaces d'accouchement ;

ATB pour rupture prématurée des membranes ; Détection et traitement de l'éclampsie

2. Soins curatifs au centre de santé de base

Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine pour la femme enceinte ;

Prise en charge du paludisme compliqué (anti-paludéens de 2^{ème} intention)

3. Soins maternels et néonataux au 1er niveau de référence

SOUB (Soins Obstétricaux d'Urgence de Base) ; SOUC (complets)

4. Soins maternels et néonataux au 2ème niveau de référence

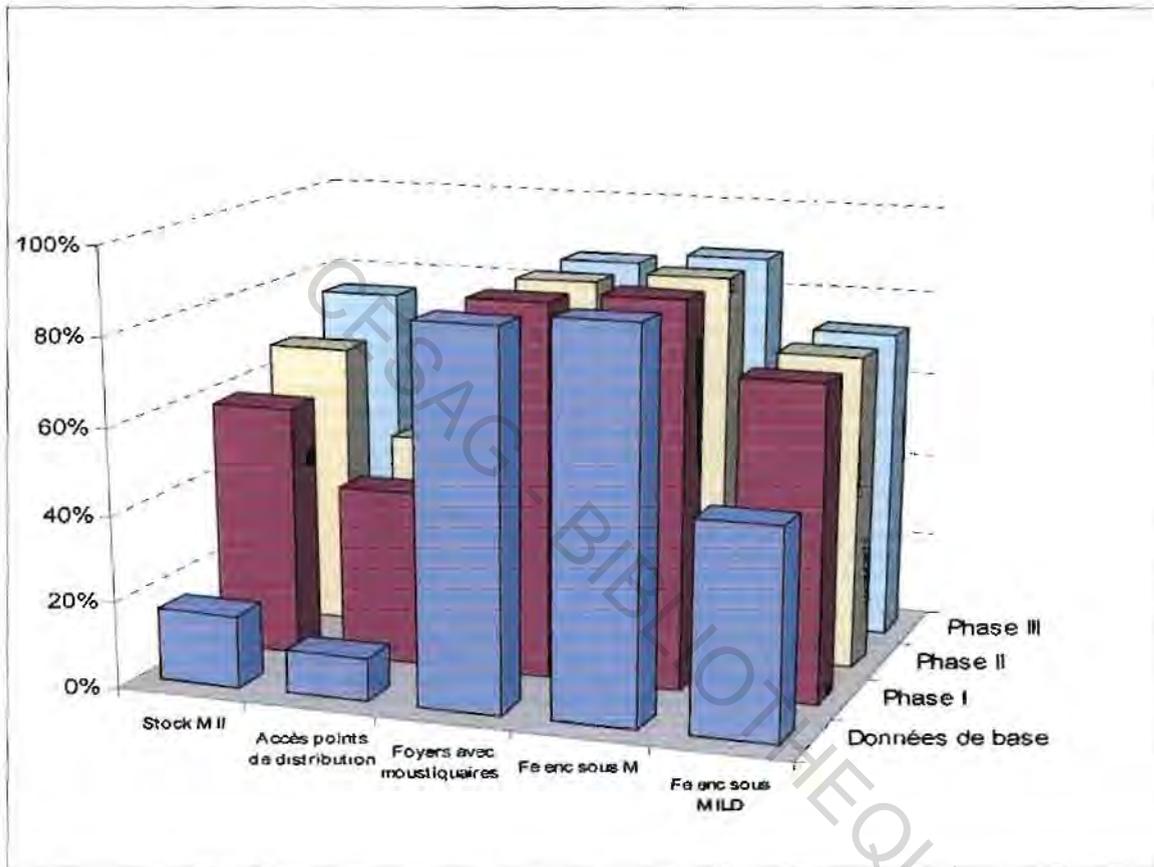
SOUC (Soins Obstétricaux d'Urgence complets) ; Soins universels néonataux

VI.2 Identification des goulots d'étranglement

VI.2.1 Interventions et goulots d'étranglement au niveau communautaire/famille

VI.2.1.1 Service de santé familiale préventive

Graphique 2 : Couverture en moustiquaires imprégnées



Source : Feuille I-Couverture de la base de données de l'outil MBB

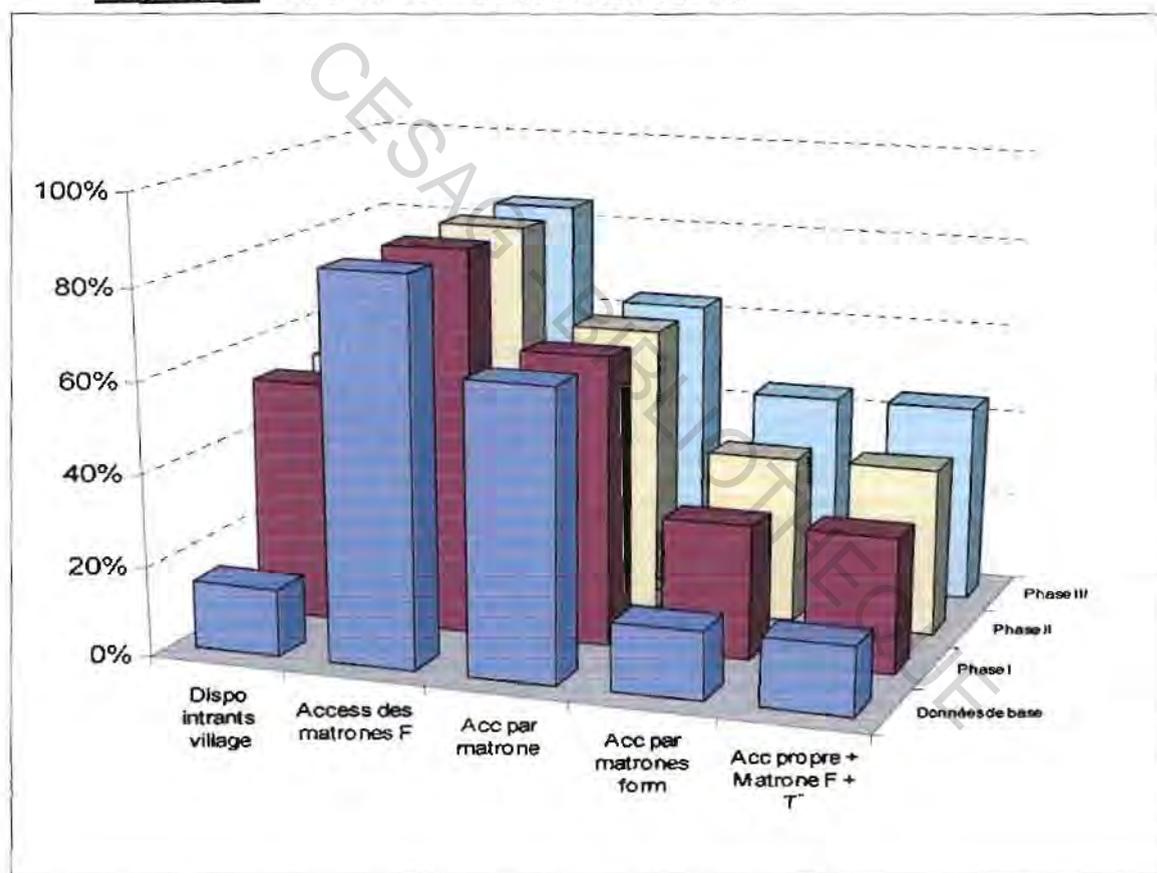
On note une très faible disponibilité des intrants que sont les MII (moustiquaires imprégnées d'insecticide) (17%) puisque le renouvellement du stock après la campagne ne se fait pas automatiquement, et aussi très faible accessibilité de ces MII aux points de distribution (10%). Si les campagnes ont permis d'avoir une meilleure utilisation des MI par exemple au niveau des ménages (86%), la couverture effective au niveau des femmes enceintes reste encore insuffisante.

La compréhension de l'importance des interventions sur la santé de l'enfant est pauvre. La faiblesse des activités d'IEC/CCC et le taux élevé d'analphabétisme des femmes (85% SOWC 2007) contribuent pour une grande part à cet état de choses.

Des améliorations importantes peuvent cependant être obtenues avec la levée des goulots d'étranglement pour atteindre des taux assez acceptables d'ici 2015, comme le montre le graphique ci-dessus. Ainsi, on pourra aboutir à une hausse de la disponibilité du stock en MII successivement à 58%, 66%, 75% selon les scénarii I, II et III. Le pourcentage de femmes dormant sous moustiquaire imprégnée d'insecticide passera de 48% à 72% sur les trois phases. L'importance des résultats attendus dépend des opportunités mais aussi de l'adoption de bonnes stratégies.

VI.2.1.2 Soins familiaux néonataux

Graphique 3 : Couverture en soins du nouveau-né



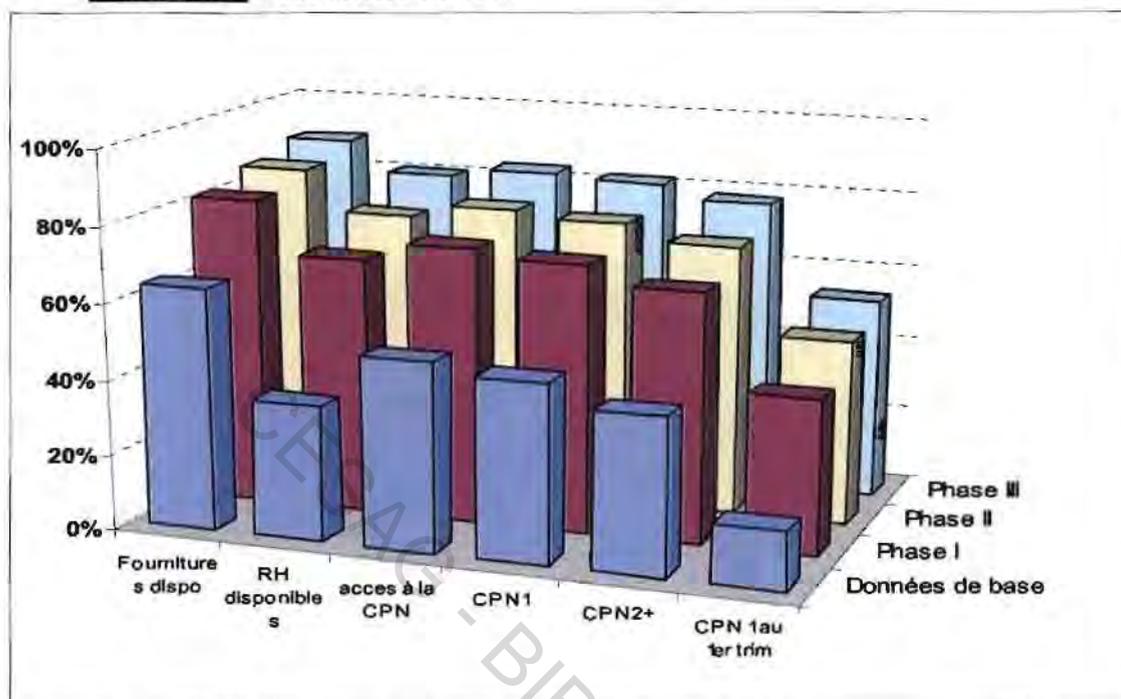
Source : Feuille I-Couverture de la base de données de l'outil MBB

Au niveau communautaire, nous notons également une très faible disponibilité des intrants (médicaments/équipements) liée au système d'approvisionnement peu performant au niveau des villages, ce qui représente un véritable goulot. Bien que les activités d'IEC permettent l'utilisation des matrones formées (64%), la couverture adéquate des accouchements par les matrones reste encore très faible (15%), certainement du fait des barrières sociales et financières.

VI.2.2 Interventions et goulots d'étranglement au niveau des services orientés vers les populations

VI.2.2.1 Soins préventifs pendant la grossesse

Graphique 4 : Couverture en CPN



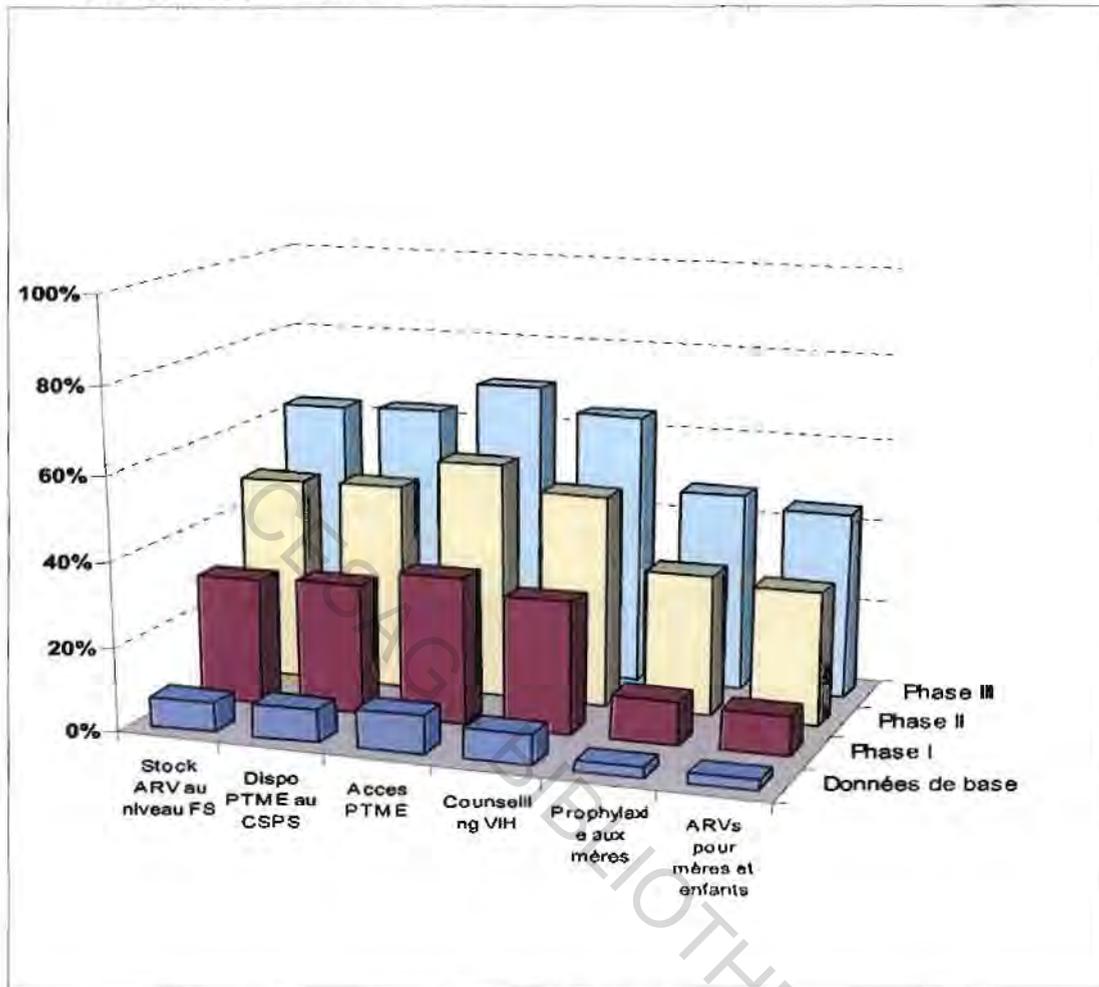
Source : Feuille I-Couverture de la base de données de l'outil MBB

Globalement, le principal frein est lié à la faible disponibilité des ressources humaines, (infirmières et sages-femmes), qui est de 36%, qui compromet à ce niveau, la qualité des services offerts (15%) notamment le pourcentage de femmes ayant reçu les 3 CPN et dont la première s'est faite au 1^{er} trimestre de leur grossesse, et entraîne un faible niveau d'utilisation continue (47% seulement des femmes ont reçu une CPN au cours de leur dernière grossesse) et un faible niveau d'utilisation effective (41,5% des femmes ont reçu les 3 CPN durant leur dernière grossesse). La disponibilité des intrants : stock en fer et acide folique est également insuffisante ou discontinue, et on observe des ruptures de stock de ces intrants dans les formations sanitaires, au niveau des CSI type I et 2. Entre autres éléments d'explication de ces tares, il y a :

- La mobilité et manque du personnel et de logistique
- L'insuffisance dans la planification des besoins, manque de plan d'approvisionnement, retard dans le déblocage des fonds par l'état,
- Et les barrières à l'accès géographique, financier (pauvreté et coûts des services) et culturel (manque de perception de l'importance), et une insuffisance de la mobilisation sociale.

VI.2.2.2 Prévention et traitement du VIH/Sida

Graphique 5 : Couverture en ARV



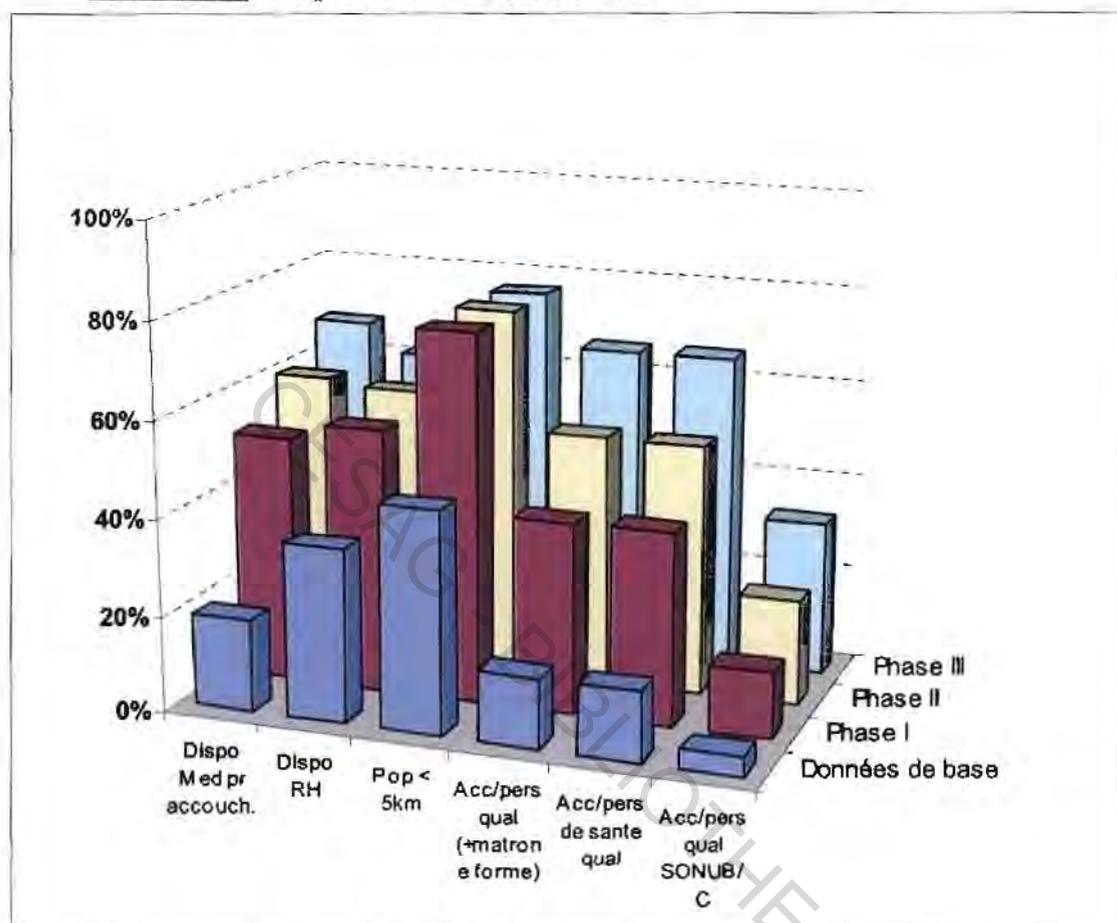
Source : Feuille 1-Couverture de la base de données de l'outil MBB

Enormément d'effort reste à être fournis au niveau des six déterminants. L'attitude et le comportement que les populations ont vis-à-vis du VIH/sida sont largement tributaires de leur niveau de connaissance de cette maladie. Les goulots d'étranglement apparaissent au niveau des six déterminants où aucun n'atteint 10% de couverture. Le système d'approvisionnement au niveau des formations sanitaires doit être mis en marche, le personnel de santé doit être suffisamment formé pour éduquer et sensibiliser les femmes sur le VIH et la PTME. Des sessions régulières et des activités d'IEC doivent être organisées auprès des femmes pour améliorer leur accessibilité aux structures sanitaires, et l'utilisation de ces services, ce qui aura un impact sur leur couverture effective.

VI.2.3 Interventions et goulots d'étranglement au niveau des soins cliniques individuels

VI.2.3.1 Soins cliniques maternels et néonataux de premier niveau

Graphique 6 : Disponibilité SONUB/SONUC



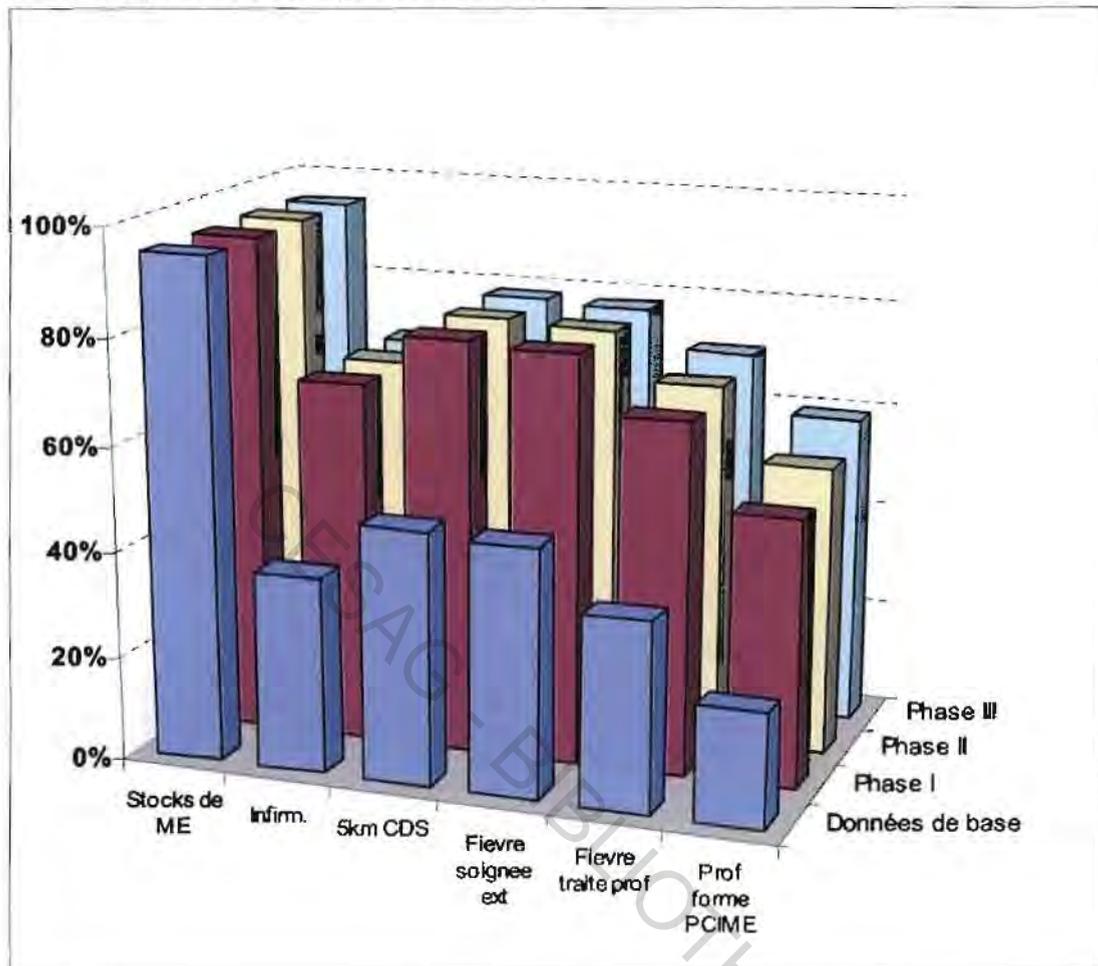
Source : Feuille I-Couverture de la base de données de l'outil MBB

Des efforts doivent être encore fournis concernant Les performances du Niger par rapport à la disponibilité en médicaments pour accouchement (19%) et des ressources humaines (36%).

Dans les zones défavorisées, le coût de certains services (le transport, l'accouchement) constitue un obstacle à l'utilisation des services qui n'est que de 14%. A cela s'ajoute la barrière culturelle et le fait que l'accueil aux formations sanitaires n'est souvent pas très correct. Il y a aussi le coût d'opportunité pour les femmes qui, en cas d'admission de l'enfant sont souvent obligées de laisser leur famille et leur travail pour rester avec l'enfant malade. Cependant, la couverture sanitaire pour les services de santé du premier échelon (en termes d'infrastructures) pourrait être améliorée par la transformation des 423 CSI types I en CSI type II (142 existants) pour passer à un total de 565 unités, soit un ratio de 1 centre de santé pour 23.000 habitants, mais aussi par l'érection des cases de santé en structure de niveau CSI type I.

VI.2.3.2 Soins curatifs au centre de santé de base

Graphique 7 : Prise en charge de la pneumonie

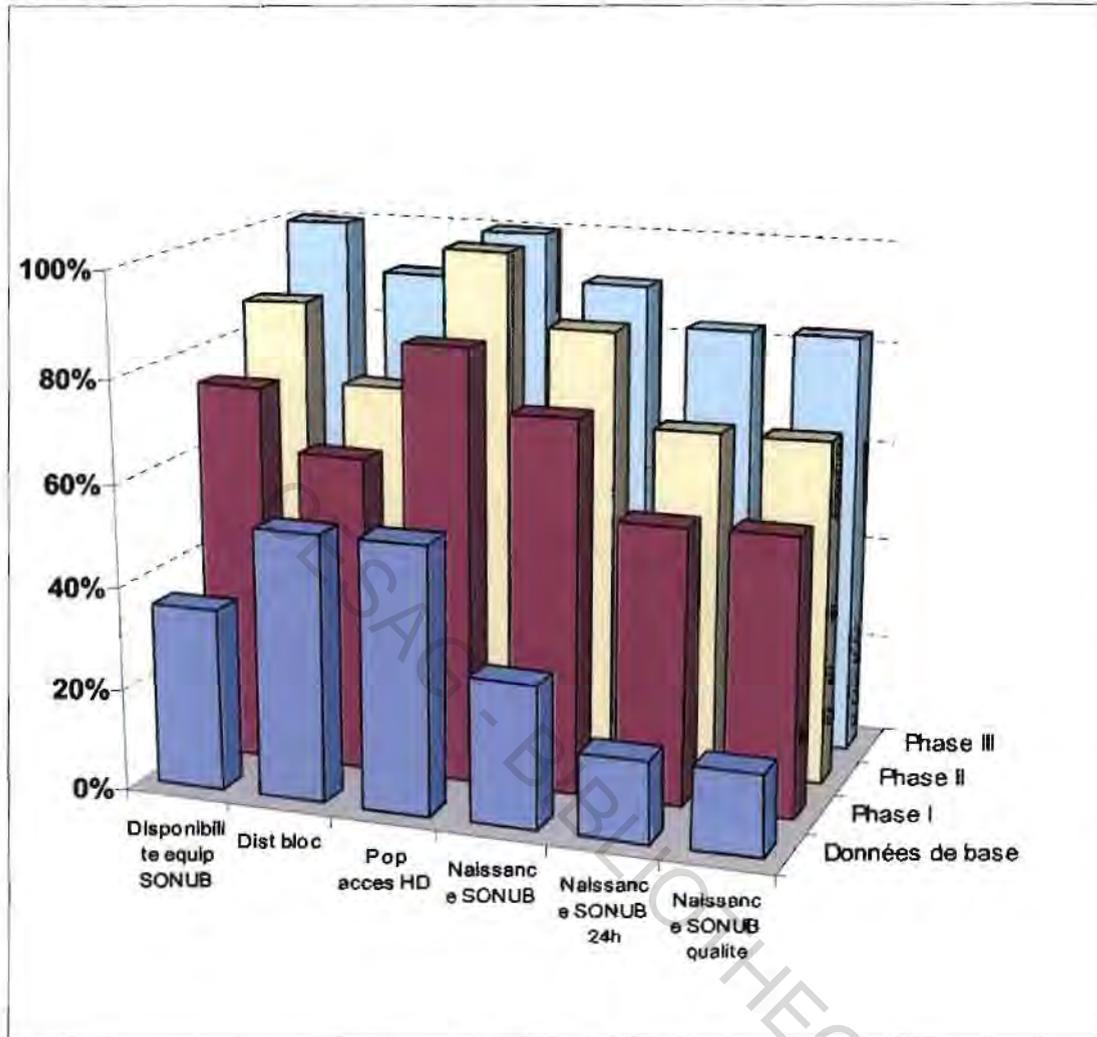


Source : Feuille 1-Couverture de la base de données de l'outil MBB

Concernant la disponibilité des médicaments essentiels, les performances du Niger restent très appréciables, après les réformes successives de son système de distribution. Cependant la faible disponibilité en ressources humaines (moins de 40%) demeure un goulot très important. Cela s'explique par les faibles capacités budgétaires du pays pour l'ouverture de nouveaux postes. L'utilisation des services de santé de l'ordre de 0,3 nouveaux cas par an et par habitants reste bien en deçà du minimum requis par l'OMS (1 nouveau cas par an et par habitant). Cela s'explique par une faible couverture, mais aussi, par un problème d'accessibilité financière et la barrière culturelle. L'amélioration sanitaire pour les services de santé de premier échelon pourra juguler en partie le problème lié à l'accessibilité physique qui reste aussi un goulot.

Le faible niveau de formation en PCIME est aussi un facteur de non qualité pour les prestations de services curatifs primaires.

VI.2.3.3 Prise en charge clinique de premier niveau de référence

Graphique 8 : Couverture en soins maternels et néonataux au 1^{er} niveau de référence

Source : Feuille 1-Couverture de la base de données de l'outil MBB

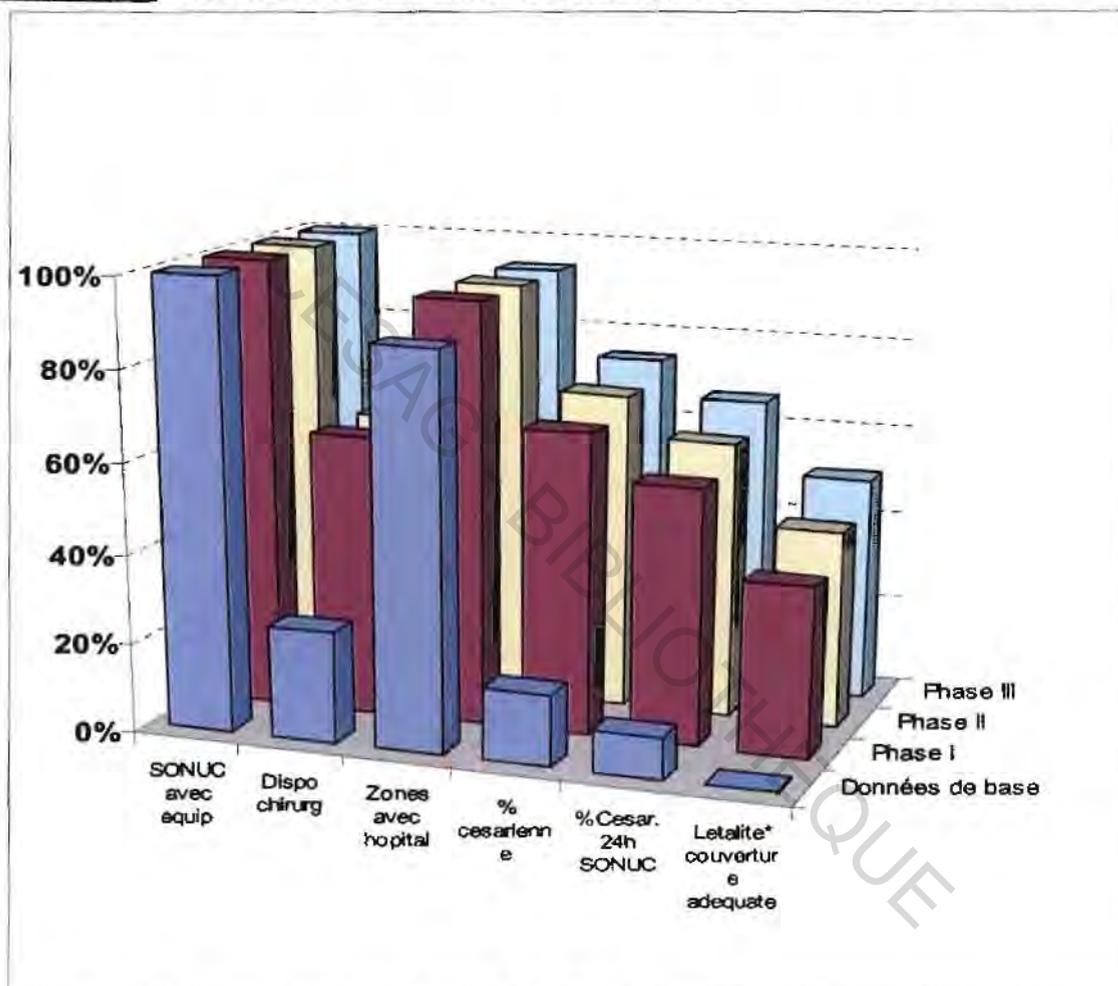
Les Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) comprennent les sept fonctions suivantes : l'administration d'ocytociques, de sédatifs et d'anticonvulsivants par voie parentérale, l'extraction manuelle du placenta, la révision utérine, l'aspiration manuelle intra utérine et l'accouchement assisté par voie basse.

Cependant cette organisation et ces directives centrales sont rarement opérationnelles sur terrain faute des insuffisances en ressources humaines formées, notamment les districts pourvus de structures SONUB pourvus de médecins généralistes et d'officiers de santé en rapport avec les besoins et/ou des pénuries endémiques en moyens matériels et équipements techniques c'est-à-dire les structures SONUB avec rupture de stock de médicaments et matériels essentiels. A ces déficiences viennent s'ajouter le problème de redéploiement du personnel de

santé ainsi que le déficit des voies de communication, réalité dans les zones éloignées et enclavées. Ceci a un impact considérable sur le pourcentage de naissance en SONUB par rapport à toutes les naissances attendues de la population, et sur la qualité, c'est-à-dire le pourcentage de grossesses compliquées traitées dans une structure SONUB de qualité.

VI.2.3.4 Prise en charge clinique de deuxième niveau de référence

Graphique 9 : Couverture en soins maternels et néonataux au 2^{ème} niveau de référence



Source : Feuille I-Couverture de la base de données de l'outil MBB

Les Structures de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets (SONUC) doivent fournir en plus des sept fonctions SONUB, la césarienne et la transfusion sanguine. Cependant la disponibilité de structures SONUC pourvues d'une équipe d'officiers de santé formés en obstétrique et anesthésie dans un rayon acceptable fait défaut (25%). De même, le taux de césarienne et le pourcentage de césariennes effectuées au niveau des structures SONUC équipées d'anesthésistes et de chirurgiens 24h sur 24 influent sur la qualité des services.

VI.3 Objectifs de couverture

Les tableaux ci-dessous récapitulent par une projection, les niveaux d'atteinte des OMD d'ici 2015, pour toutes les interventions, et suivant les trois niveaux de prestation :

VI.3.1 Niveau communautaire

Tableau II : Objectifs de couverture au niveau communautaire

Données de base, objectifs et impact Niger	Données de base	Objectifs de couverture		
		Phase I 2008-2010	Phase II 2011-2012	Phase III 2013-2015
Services à base communautaire et familiale				
1. Services de santé préventive familiale				
Moustiquaire imprégnée d'insecticide pour enfant de moins de 5 ans	54,9%	73%	73%	73%
Approvisionnement en eau potable sécurisé	43,0%	43%	43%	43%
Lavage des mains par les mères	1,0%	73%	73%	73%
Aspersion résiduelle à l'intérieur des foyers	25,0%	25%	25%	25%
2. Soins familiaux néonataux				
Accouchement propre et soins du cordon	15,2%	30%	37%	44%

Source : Plan d'investissement Niger

Des efforts d'information et de sensibilisation pour amener les populations à utiliser les services et à adopter un comportement favorable à leur santé de la reproduction constituent un élément indispensable. L'IEC constitue, à cet effet, un axe fondamental du PNSR. Elle vient en amont de toutes les actions à entreprendre dans la mission de promotion de ce programme auprès de différents publics à savoir : les bénéficiaires des services, les décideurs, les institutions nationales. Elle est également une condition préalable à un développement humain durable; le changement de comportement des femmes, des hommes, des adolescents et des jeunes favorables à la santé de la reproduction est un objectif à atteindre. D'où la nécessité de la mise en place d'une stratégie nationale de communication en Santé de la Reproduction qui définit les axes prioritaires à développer et à laquelle se conformeront tous les intervenants.

Les cibles de la stratégie d'IEC sont :

- Les populations bénéficiaires : les femmes en âge de procréation, les hommes en age de reproduction, les jeunes de moins de 15 ans des deux sexes, dans divers milieux.
- Les populations intermédiaires :
 - Les prestataires de services du secteur public (personnels médical et paramédical), les professionnels de santé du secteur privé (médecins de libre pratique, pharmaciens etc.) et les agents des ONG et des associations oeuvrant dans le domaine ;
 - Les décideurs, les leaders religieux et d'opinion ; Les chefs traditionnels, communautaires et les collectivités locales.

Ceci devra contribuer, à l'amélioration de l'accessibilité et de l'utilisation des services de la santé de la reproduction y inclus les composantes de maternité sans risque, la planification familiale et santé sexuelle et reproductive des adolescentes et des jeunes.

Aujourd'hui, l'accès à l'eau et à des systèmes d'assainissement en milieu scolaire au Niger est encore très faible : en 2005/2006, sur les 8 889 écoles recensées, 82% (soit 7 290 écoles) ne disposaient pas de latrines, d'après un communiqué général de l'UNICEF(Mars 2008). Cette situation entrave l'accès à l'éducation et s'ajoute au fait que la nutrition et l'hygiène ne sont pas encore suffisamment intégrées dans les programmes scolaires, notamment les comportements adéquats (lavage des mains, bonnes pratiques d'hygiène et d'alimentation). Elle a également une incidence sur la fréquentation scolaire et les capacités d'apprentissage des enfants en âge d'être scolarisés. Les filles, en particulier, ne vont pas à l'école, s'il n'y a pas d'installations sanitaires adéquates.

L'amélioration de l'alphabétisation des femmes et l'éducation des filles, en particulier dans l'enseignement primaire ; Les activités tout particulièrement développées dans le secteur de l'éducation avec la définition d'un paquet minimum d'informations à passer aux filles dans les écoles (lavage des mains, éducation à la vie familiale, en développant un programme pour chaque année d'étude contribueront à relever ce niveau de base très bas.

Un plus grand accent mis sur la communication pour le changement de comportement dans le secteur, devra être développée. Un paquet minimum d'informations pour les ménages sera défini (lavage des mains, des ustensiles, utilisation de canaris à robinet, utilisation de latrines, évacuation des ordures..). Les stratégies de communication pour le changement de comportements viseront à augmenter la couverture des ménages les plus pauvres par ce paquet d'informations.

VI.3.2 Niveau stratégie avancée/mobile

Tableau III : Objectifs de couverture au niveau de la stratégie avancée/mobile

Données de base, objectifs et impact Niger		Objectifs de couverture		
		Phase I	Phase II	Phase III
Interventions efficaces	Données de base	2008-2010	2011-2012	2013-2015
Services orientés vers les populations				
1. Soins préventifs pendant la grossesse				
Consultation prénatale	15,4%	41%	49%	53%
Vaccination anti-tétanique	20,0%	41%	49%	53%
Déparasitage de la femme enceinte	0,0%	41%	49%	53%
Traitement et prévention de l'anémie ferriprive pendant la grossesse	45,3%	45%	49%	53%
Traitement préventif intermittent pour la femme enceinte (TPI)	15,4%	41%	49%	53%
2. Prévention et traitement du VIH/SIDA				
PTME (test, conseil, AZT+NVR et conseil sur l'allaitement de jeune enfant	2,4%	10%	32%	45%
PTME (test, conseil, AZT et conseil sur l'allaitement de jeune enfant	12,5%	13%	32%	45%

Source : Plan d'Investissement Niger

La consultation prénatale n'est que de 15,4%. Les obstacles à la CPN identifiés, sont la première visite tardive (5ème –6ème mois), la mauvaise qualité de la CPN, le coût élevé des prestations, la rumeur sur le prélèvement du sang (SIDA), l'absence ou le manque de participation du mari et le manque de moyens dans les structures.

La campagne 2007 de vaccination contre le tétanos maternel et néonatal a été menée par l'Unicef dans 5 districts. Elle s'inscrit dans le plan d'élimination du tétanos d'ici à 2010. Ce plan, qui s'étend sur 4 ans (2005-2008), vise 15 districts à haut risque.

La campagne consiste à vacciner toutes les femmes enceintes et toutes les femmes en âge de procréer (15-49 ans) contre cette maladie mortelle. Cette campagne s'accompagne d'une campagne de mobilisation sociale mettant à contribution les différents relais communautaires que sont les Chefs traditionnels, les leaders religieux et les autorités administratives. Une campagne d'information est relayée par les radios communautaires des districts concernés.

Etant donné que la vaccination anti-tétanique ne représente que 20%, cette campagne complète la vaccination de routine qui est pratiquée au centre de santé, soit dans le cadre de la consultation prénatale, soit dans le cadre de la consultation du nourrisson. L'UNICEF appuie la formation des agents de santé aux techniques de l'accouchement sain en insistant sur les trois règles d'or (mains propres, surfaces propres et instruments et pansements propres). Par ailleurs, L'UNICEF mène des campagnes de sensibilisation visant à alerter les populations sur les risques liés à l'accouchement dans des conditions non hygiéniques et sur les risques liés au tétanos. A ce titre, UNICEF soutient le Gouvernement pour l'amélioration des soins prénataux (traitement préventif du paludisme chez la femme enceinte, supplémentation en fer et déparasitage, dépistage des risques liés à la grossesse ou à l'accouchement et prévention de la transmission du VIH/Sida à l'enfant). Le Gouvernement, avec l'appui de l'UNICEF et de ses partenaires, a mis en place et maintient une surveillance du tétanos et veille à la qualité de la couverture vaccinale et des soins prénataux et obstétricaux.

Par ailleurs on dénote une très faible couverture en PTME due à une insuffisance de sites PTME et un faible taux de femmes sous PTME. Des efforts doivent être déployés dans le sens d'élaboration des modules de formation en PTME et dans la formation des prestataires de services.

D'autres contraintes physiques limitent l'accès de la patiente aux services de santé. La plupart des populations (plus de 80%) vivent en milieu rural loin des structures de santé. Cet éloignement constitue pour elles un réel problème d'accessibilité surtout quand on sait que la plupart des localités du Niger sont enclavées. A cela, il faut ajouter les coûts de transport que les populations jugent exorbitants par rapport à leur pouvoir d'achat. En cas d'évacuation, la charrette est utilisée comme moyen de transport bien qu'elle comporte des risques énormes pour le malade : retard dans la prise en charge médicale ou exposition aux intempéries.

En ce qui concerne les CSI, surtout ceux de type 1, on constate une insuffisance d'utilisation des services de Santé de la Reproduction de la part de la population, notamment, du fait de l'absence de personnel qualifié en occurrence les sages-femmes.

En ce qui concerne la stratégie mobile, bien qu'elle soit controversée à cause de son coût, elle constitue le seul mode d'intervention capable de rapprocher les services des populations dans les zones isolées et dispersées.

VI.3.3 Niveau clinique

Tableau IV : Objectifs de couverture au niveau clinique

Données de base, objectifs et impact Niger	Données de base	Objectifs de couverture		
		Phase I 2008-2010	Phase II 2011-2012	Phase III 2013-2015
Interventions efficaces				
Services cliniques et individuels (devant être constamment disponibles)				
<i>1. Soins cliniques maternels et néonataux de premier niveau</i>				
Accouchement assisté par professionnel	17,2%	17%	22%	32%
SOUB (Soins Obstétricaux d'Urgence de Base)	4,0%	14%	22%	32%
Corticoïdes prénataux pour les menaces d'accouchement	10%	10%	10%	10%
ATB pour rupture prématurée des membranes	5%	14%	22%	32%
Détection et traitement de l'éclampsie	10%	14%	22%	32%
<i>2. Soins curatifs au centre de santé de base</i>				
Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine pour la femme enceinte	16,4%	51%	55%	59%
Prise en charge du paludisme compliqué (anti-paludéens de 2 ^{ème} intention)	3,9%	51%	55%	59%
<i>3. Soins maternels et néonataux au 1er niveau de référence</i>				
SOUB (Soins Obstétricaux d'Urgence de Base)	1,5%	3%	4%	5%
SOUC (Soins Obstétricaux d'Urgence complets)	0,8%	3%	4%	5%
<i>4. Soins maternels et néonataux au 2ème niveau de référence</i>				
SOUC (Soins Obstétricaux d'Urgence complets)	5,4%	5%	5%	5%
Soins universels néonataux	0,4%	2%	2%	2%

Source : Plan d'Investissement Niger

La proportion des accouchements assistés par professionnels n'est que de 17% (norme 55%). Ceci met en évidence le problème lié aux ressources humaines : il y a une insuffisance de personnel en qualité et en quantité (gynécologues, chirurgiens, médecins généralistes et sages-femmes) et une instabilité et une mauvaise répartition du personnel en place (affectation, départ en formation ou à la retraite sans possibilité de remplacement, etc.).

Au niveau des structures offrant les SOUB, l'utilisation est de 4% au premier niveau (sur une norme admise de 55%), soit un déficit de 45%, et de 1,5% au premier niveau de référence, soit un déficit de 43,5%. Ce taux est de 23,8% en milieu urbain (pour une norme de 80%), soit un déficit de 56,2% et de 1,24% en milieu rural (pour une norme de 30%), soit un déficit de 28,76%.

Au niveau des structures offrant les SOUC, ce taux d'accouchements assistés est de 5,4% au deuxième niveau de référence (sur une norme de 80%), soit un déficit de 74,6%. Tout ceci dénote d'une faible utilisation des services SOU, et partant d'une faible disponibilité de structures assurant les Soins Obstétricaux d'Urgence.

En effet, en 2005, sur les 92 structures susceptibles d'offrir les SOU de Base (SOUB) seulement 54 les offrent effectivement (39/44 en urbain et 15/48 en rural) et 22 structures seulement offrent les SOUC sur un total de 47 susceptibles de les offrir.

- Au niveau des maternités des CSI

La principale force, réside dans l'existence d'une formation sanitaire, la plus proche possible des parturientes, qui pourraient les accueillir pour leur accouchement avec l'assistance d'un personnel qualifié.

Les faiblesses sont malheureusement nombreuses. Les SOUB ne sont pas prodigués par manque de formation, d'instruments et de produits nécessaires. Les évacuations vers la maternité de référence sont tardives par manque de moyens de transport (ambulance) et de communication (radio), situation aggravée par des routes difficilement praticables dans certaines régions comme Tahoua. Les locaux sont généralement mal entretenus (non respect des normes d'hygiène), ce qui risque d'exposer la mère, le nouveau né et même les prestataires à des infections. Ajoutons à cela le fait qu'elles sont très peu utilisées par la population.

- Au niveau des maternités des hôpitaux de district

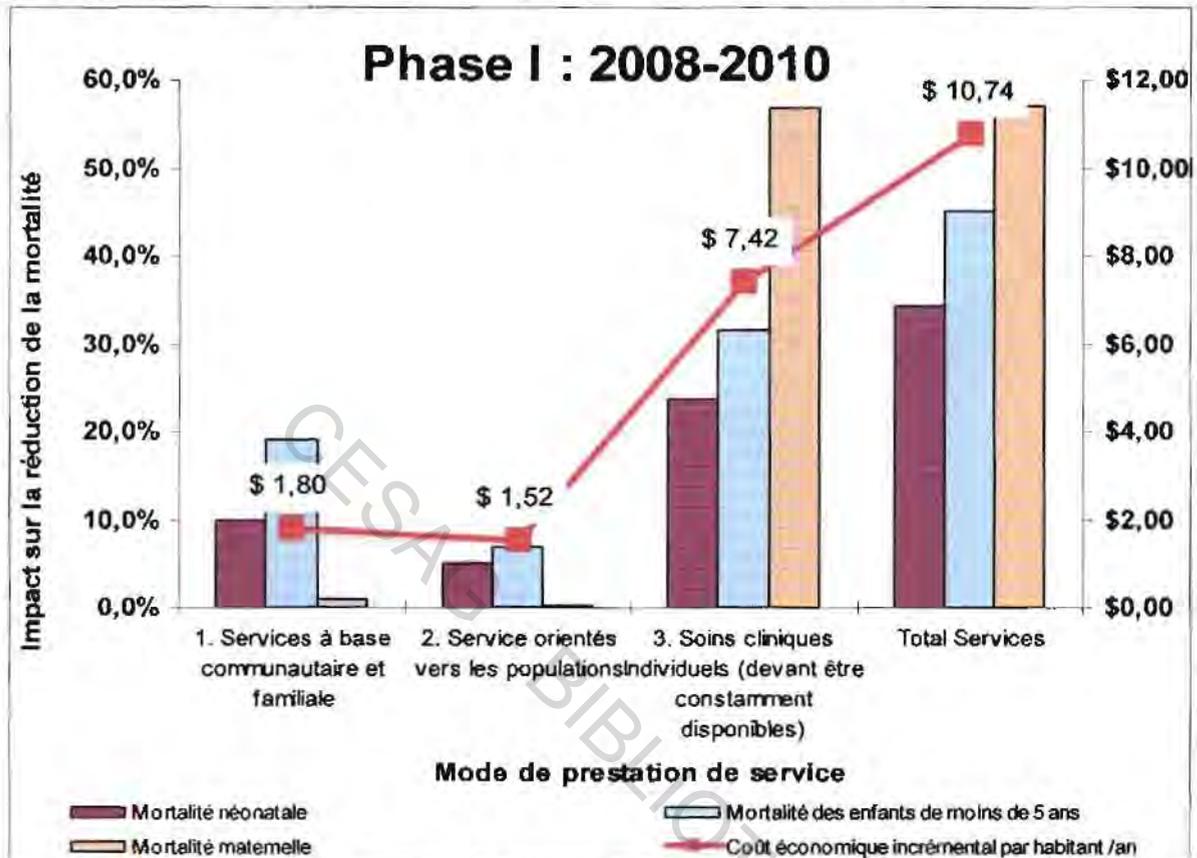
La principale force, pour les rares maternités qui sont fonctionnelles (disposant d'un bloc opératoire à proximité), réside dans leur capacité d'offrir l'opportunité d'une prise en charge chirurgicale des accouchements dystociques référés par les CSI.

Les faiblesses sont cependant multiples :

- i) la majorité des maternités des Hôpitaux de District ne sont pas fonctionnelles à cause de l'absence de spécialistes en gynécologie ou en chirurgie ;
- ii) ces maternités ne sont pas en mesure de prodiguer les SOUC avec souvent insuffisance en personnel formé, absence d'instrumentation de base (forceps, ventouse) et de produits nécessaires pour prodiguer les SOUB ;
- iii) l'insuffisance en nombre et en compétence du personnel, notamment, en sages femmes est notée ;
- iv) les équipements sont souvent vétustes (boîtes et tables d'accouchement) avec des locaux mal entretenus (manque de produits et de mains d'oeuvre pour l'entretien) et absence d'unités de réanimation des nouveaux nés ;
- v) le manque de moyens de communication et d'évacuation entre les CSI périphériques et l'Hôpital de District empêche le système de référence de fonctionner. Même à ce niveau la rupture de stock des contraceptifs est fréquente.

VI.4 Coûts additionnels et impacts attendus

VI.4.1 Phase 1 (2008-2010) : paquet minimum

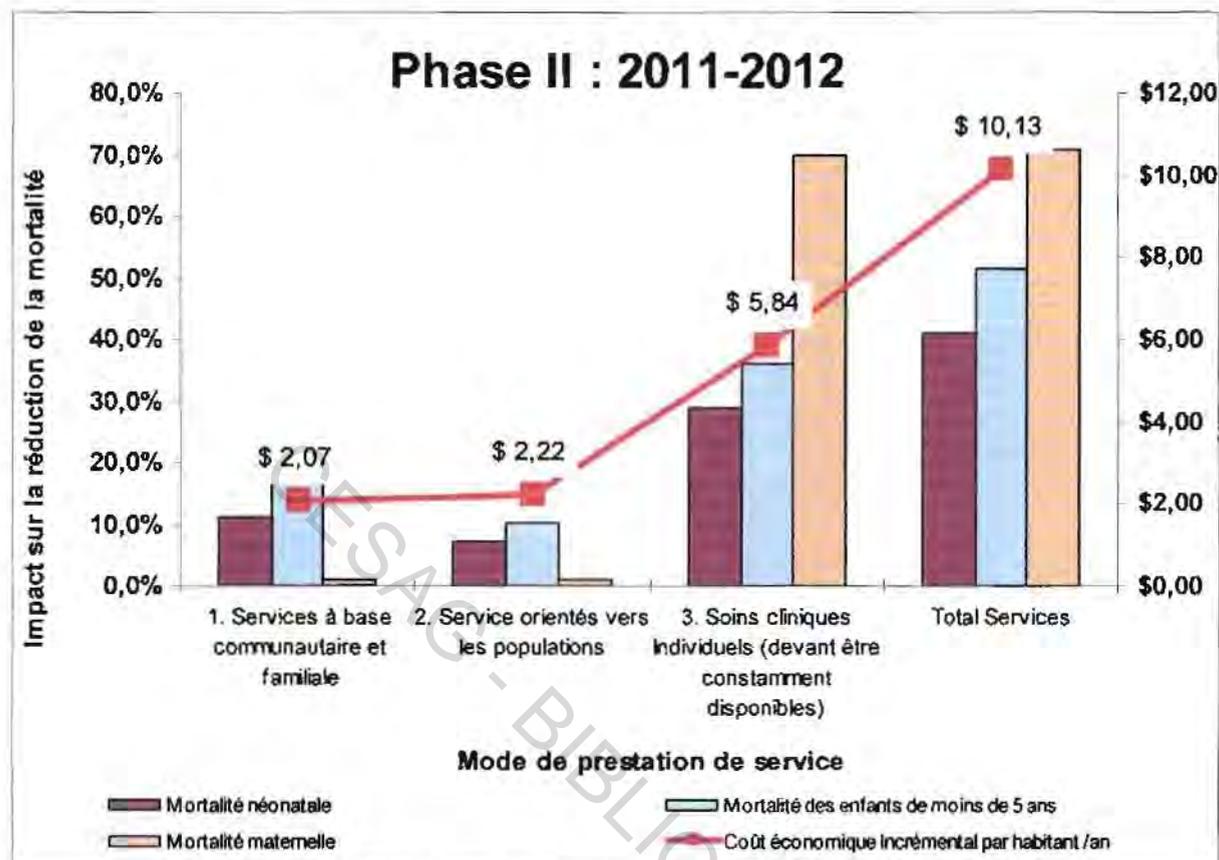
Graphique 10 : Coûts additionnels et impact sur la mortalité maternelle à la phase I

Source : Feuille O-Résumé de la base de données de l'outil MBB

Dans la première phase, la réduction d'entre 10 et 75% prévue dans les goulots d'étranglement de presque tous les paquets au niveau des soins personnels orientés vers la famille, des soins préventifs mobiles orientés vers la population et des soins cliniques individuels permettent d'atteindre une réduction du taux de mortalité maternelle (TMM) de 57%. Il s'agit ici d'interventions à impact élevé et à moindre coût qui peuvent être prestées au niveau de la famille, en stratégie avancée ou au niveau des formations sanitaires.

Le coût par vie sauvée est évalué à US\$ 2,551, soit 1224,48 FCFA. Ce dernier est obtenu en multipliant le coût en dollar par le taux de change qui est de 480 ; le nombre total de vies sauvées par an est de 2612 et le pourcentage d'atteinte des objectifs OMD5 est de 63%.

VI.4.2 Phase II (2011-2012) : paquet intermédiaire

Graphique 11 : Coûts additionnels et impact sur la mortalité maternelle à la phase2

Source : Feuille O-Résumé de la base de données de l'outil MBB

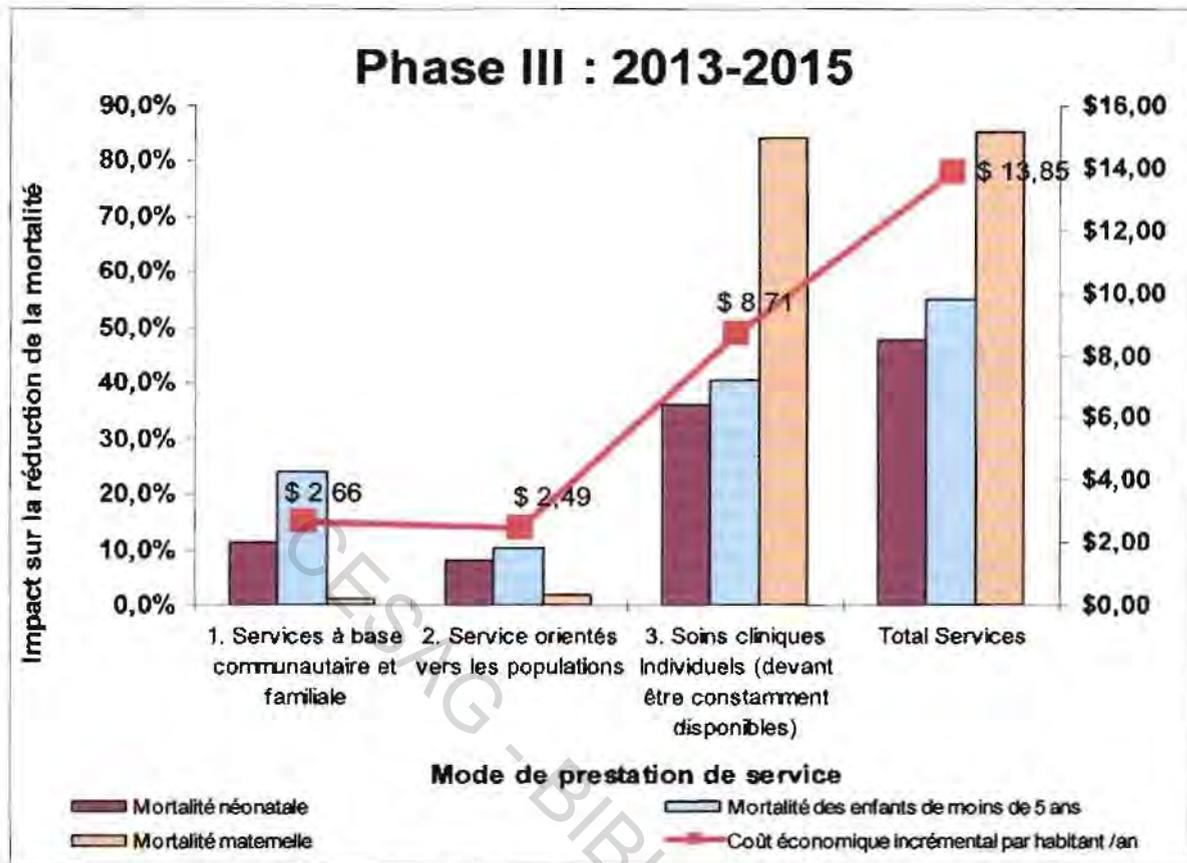
Cette deuxième phase s'attellera à l'atteinte des objectifs à l'horizon 2012, fixés dans le PDS actuel pour les interventions prioritaires.

Les objectifs de couverture sont plus ambitieux et sont le reflet d'un renforcement plus important de l'offre de soin mais aussi de stimulation plus importante de la demande.

Cela permettrait d'aboutir à une réduction estimée de la mortalité maternelle de 71%. Le coût additionnel par tête d'habitant et par an s'élève à US\$ 11.04.

Le coût par vie sauvée est ici estimé à US\$ 2,101 soit 1008,480 FCFA; le nombre total de vies sauvées par an est de 3793 et le pourcentage d'atteinte des objectifs OMD5 est de 92%.

VI.4.3 Phase III (2013-2015) : paquet maximum

Graphique 12 : Coûts additionnels et impact sur la mortalité maternelle à la phase 3

Source : Feuille O-Résumé de la base de données de l'outil MBB

Dans cette troisième phase, la couverture des interventions est encore plus ambitieuse et l'accent est mis beaucoup plus sur le niveau clinique sans lequel on ne peut guère avoir un impact significatif sur la mortalité maternelle. Celui-ci est renforcé davantage au niveau des interventions SONUB ainsi que SONUC. La réduction de la Mortalité Maternelle atteindra 85%. Le coût par vie sauvée atteindra US\$ 2,696 soit 1294,080 FCFA; le nombre total de vies sauvées par an est de 4572 et le pourcentage d'atteinte des objectifs OMD5 est de 182%.

VI.5 Implication des ressources humaines

VI.5 Implication des ressources humaines

Le personnel de santé est souvent mal formé, peu motivé et mal payé. La mauvaise répartition du personnel qualifié, avec une grande concentration de ces cadres dans des centres urbains, pose aussi un grand problème d'équité. Le gouvernement a récemment fait beaucoup d'efforts pour régler cet état de choses en augmentant les salaires, en recrutant des cadres supplémentaires et en instaurant des primes pour inciter le personnel qualifié à aller travailler dans les zones défavorisées. Néanmoins il reste encore beaucoup de chemin à parcourir. Il faut améliorer la qualité de la formation et régler non seulement des aspects techniques mais aussi mettre l'accent sur le développement d'une éthique professionnelle et d'une attitude de respect envers les clients. Pour les trois phases il faut un effectif additionnel de plus de 10.000 personnels nouvellement formés. Les mesures comme le recyclage, la supervision formative et régulière, les primes de performance etc., rendront plus performant le personnel déjà en poste. Par ailleurs, la formation de certaines catégories de prestataires de soins dans leur propre milieu (par exemple guérisseurs traditionnels et matrones accoucheuses traditionnelles) pourrait non seulement améliorer la couverture des services à base communautaire mais aussi aider à rapprocher les mères et les femmes en âge de procréer vers des services de santé.

Le tableau ci-dessous met en évidence l'effectif supplémentaire en personnel durant les trois phases.

Tableau V : Nombre supplémentaire en personnel de santé par phase

Niger	Nombre supplémentaire d'agents de santé de première ligne requise par phase							
	Phase I		Phase II		Phase III		Phase 1, 2, 3	
	personnel nouveau	Equivalents à plein temps	personnel nouveau	Equivalents à plein temps	personnel nouveau	Equivalents à plein temps	personnel nouveau	Equivalents à plein temps
Promoteurs communautaires en santé et nutrition	2 183	582	966	214	1 267	134	4 446	938
Agents de santé pour les soins programmés vers les populations	625	300	317	129	376	44	1 517	474
Personnel du centre de santé	1 206	508	180	94	287	82	1 673	704
Personnel de l'hôpital de première référence	1 022	658	586	132	311	307	1 919	1 097
Personnel de structure de 2nd niveau de référence	376	247	39	11	63	11	480	268
Total	5 625	2 315	2 088	580	2 323	578	10 035	3 473

Source : Plan d'Investissement Niger

Les moyens mis en oeuvre pour atteindre les objectifs de la stratégie de réduction de la pauvreté visent à adopter une couverture ambitieuse, ce qui requiert une mise à disposition accrue en terme de ressources humaines. Ainsi, dans cette phase, les ressources humaines additionnelles se chiffrent globalement à 5625, soit 56% du recrutement total pour les trois phases. Entre 2008 et 2010 l'accent sera mis sur le recrutement du personnel au niveau communautaire (39%) et clinique (centre de santé, hôpital de district et hôpital national) 46%.

Phase 2 :

Les données relatives à la deuxième phase, montre un investissement moins ambitieux en termes de ressources humaines dans la mesure où un effort considérable aura été consenti pendant la première phase. Cette phase s'attellera à l'atteinte des objectifs à l'horizon 2010, fixés dans le PDS, avec un effectif additionnel qui est respectivement de : 966, 317, 180, 586, 39 pour les ASC (Agents de Santé Communautaire), le personnel des CSI, l'hôpital de première et de deuxième référence soit 46% de l'effectif au niveau communautaire et 38,5% au niveau clinique.

Phase 3 :

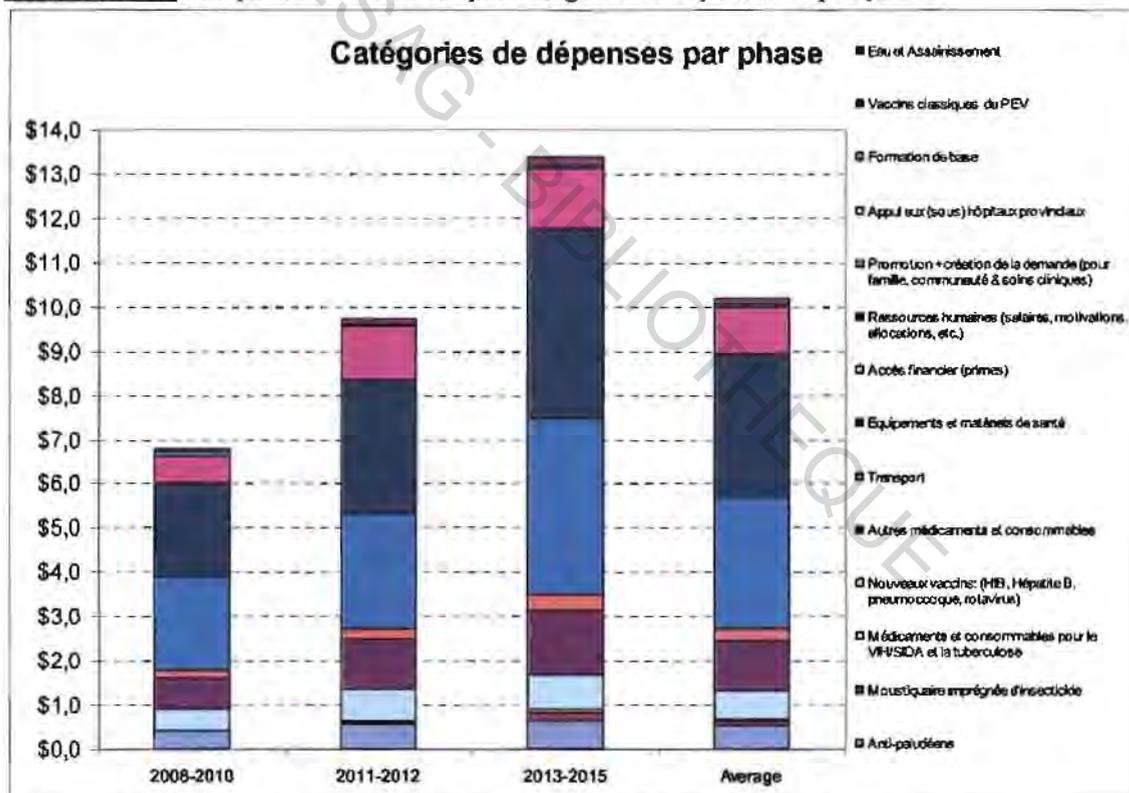
La couverture en personnel de santé occupe 23% du recrutement et apparaît plus importante que celle au niveau de la deuxième phase (20,8%), le but est d'atteindre les objectifs du millénaire pour le développement d'ici 2015. Les projections obtenues à partir des moyens à mettre en oeuvre permettront d'avoir une couverture en personnel additionnel de 1287 pour les ASC, 376 pour les CSI type 1, 287 pour les CSI type II, 311 pour les hôpitaux de première référence et 33 pour les hôpitaux de deuxième référence. Entre 2013, on aura un recrutement de personnel de 55,4% au niveau communautaire et 28% au niveau clinique.

VI.6 Besoins de financement

VI.6 Besoins de financement

En supposant une accélération progressive des investissements et de la mise en oeuvre du programme, les besoins de financements additionnels vont augmenter au cours de la phase I de 3,7 USD par habitant en 2008 à 12,4 USD en 2010. Les besoins financiers au cours de la deuxième phase (2011 – 2012) sont estimés à 10,0 USD par habitant au cours de la première année et 12,1 USD par habitant au cours de la deuxième année de cette phase. Au cours de la troisième phase, les besoins financiers augmentent progressivement de 11,9 USD par habitant en 2013 à 19,3 USD par habitant en 2015. La répartition des coûts entre les différentes catégories de dépense est également sujette aux interventions sélectionnées sous chaque phase. La figure ci-dessous illustre la répartition des coûts entre les différentes catégories de dépenses et pour chaque phase.

Graphique 13 : Répartition des coûts par catégorie de dépenses et par phase



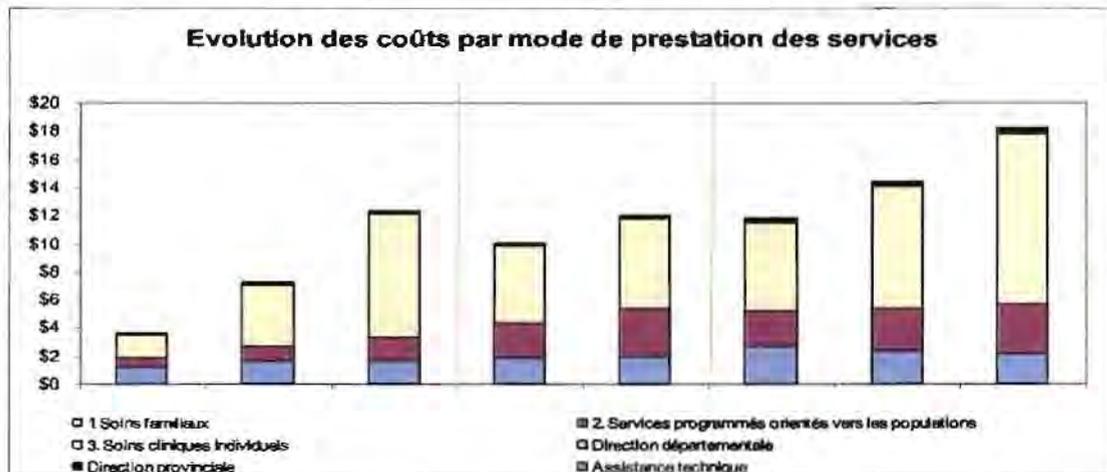
Source : feuille O-Finance et Budget de la base de données de l'outil MBB

Au cours de la Phase I, l'essentiel des coûts du programme sont liés aux équipements et matériels de santé qui représentent 27% des coûts additionnels nécessaires pour cette phase. La stratégie du Gouvernement d'amélioration de l'accessibilité physique de la population à un paquet essentiel de santé maternel et infantile nécessite des investissements initiaux importants

en termes de construction de nouvelles formations sanitaires mais aussi de revitalisation/équipement d'une proportion considérable des formations sanitaires déjà existantes. Tout ceci dans un souci de renforcement du système de santé afin d'atteindre les objectifs du PDS à l'horizon 2010. Avec une proportion de 24% des coûts de la Phase I, les dépenses liées aux salaires et motivations des personnels représentent le second poste de dépense. Les nouveaux vaccins, les suppléments nutritionnels, les antipaludiques, et les autres médicaments représentent respectivement 7%, 8%, 9%, et 10% des coûts additionnels estimés pour cette phase.

Au cours de la Phase II, les besoins de financement additionnel de la majorité des postes de dépenses augmentent proportionnellement pour accompagner l'augmentation de couverture des interventions des différents paquets d'intervention. Cependant, cette phase verra moins d'investissements en équipements et matériaux et en formation initiale des professionnels de santé de sorte que les coûts totaux estimés pour cette phase sont inférieurs à ceux de la phase précédente. Les équipements et matériels représentent 23% des coûts additionnels pour cette phase. Les salaires, motivations et allocations au personnel de santé représentent le poste de dépense le plus important avec 27% des coûts additionnels estimés pour cette phase. Les autres postes de dépense relativement importants au cours de cette phase sont les médicaments et consommables (10,4%), les antipaludéens (5,2%), les activités de stimulation de la demande (11%), les nouveaux vaccins (6,5%) et les suppléments nutritionnels (7,0%).

Enfin, au cours de la Phase III, les investissements pour renforcer le système de santé afin d'accélérer la progression de l'OMD5 vont surtout aux salaires et motivations du personnel qui représentent le poste de dépense le plus important, soit 28,9% des dépenses nécessaires au cours de cette phase. Les équipements et matériels qui représentent 26,8% sont le second poste de dépense le plus important. Les autres postes de dépenses relativement importants sont les médicaments et consommables (10,15%), les antipaludéens (4%) et les activités de création de la demande qui représentent 9% des dépenses nécessaires pour cette phase. 5% des dépenses iront aux nouveaux vaccins et 6% aux suppléments nutritionnels. La répartition des coûts entre les différents niveaux de prestation des services évolue également en fonction des interventions sélectionnées par programme et les intrants requis pour la prestation des services concernés comme l'indiquent le schéma suivant :

Graphique 14 : Evolution des coûts par mode de prestation des services

Source : feuille O-Finance et Budget de la base de données de l'outil MBB

En moyenne, au cours de la Phase I, 20% des coûts additionnels iront à la prestation des services au niveau familial et communautaire, 14% pour les services prestés en stratégie avancée tels que les consultations prénatales, et 64% pour les services au niveau clinique. Le renforcement du niveau départemental et du niveau provincial représentera 2% des coûts additionnels. A l'horizon 2015, le niveau clinique représentera environ 60% des coûts additionnels pour la mise en oeuvre du programme.

Les poids respectifs des différents niveaux de prestation des services au cours de la Phase II sont sensiblement identiques à ceux obtenus pour les différents niveaux en fin de première phase. Le niveau familial et communautaire 17% et le niveau stratégie avancée 27%, le niveau clinique représente en moyenne 54% des coûts additionnels.

L'évolution des coûts au cours de la Phase III est sensiblement identique à celle observée au cours de la Phase I.



A la suite de l'analyse des goulots d'étranglement qui entravent le bon fonctionnement du système sanitaire au Niger, et des observations faites au cours de notre étude, dans le but de la réduction de la mortalité maternelle, nous nous autorisons à formuler des recommandations à l'endroit des femmes, des responsables des programmes, de l'Etat du Niger et des bailleurs internationaux suivant les trois niveaux de prestation que sont : le niveau communautaire et familial, le niveau stratégie mobile/orienté vers les populations et le niveau clinique.

1. Au niveau communautaire :

- Renforcer les capacités des services de santé du district et à base communautaire
- Soutenir les efforts d'IEC pour amener les populations en général et les femmes en particulier, à adopter un comportement favorable à leur santé de la reproduction. Ceci contribuera à l'amélioration de l'accessibilité et l'utilisation des services de la santé de la reproduction y compris les composantes de la maternité sans risques.
- Améliorer le système d'approvisionnement pour augmenter la faible disponibilité des intrants c'est-à-dire des médicaments et équipements.
- Intégrer dans les programmes scolaires les comportements adéquats d'hygiène et d'assainissement tels que le lavage des mains, les bonnes pratiques d'alimentation.
- Intégrer davantage les leaders villageois dans le processus d'approche des communautés afin de mieux véhiculer les messages de sensibilisation en différentes langues locales car le niveau d'instruction des populations et des femmes en particulier est relativement bas.
- Renforcer l'approche multimédia et participative dans la conduite des différentes activités d'information et de sensibilisation en inventoriant de manière exhaustive tous les moyens de communication, tous les supports qui servent à la transmission de messages.

2. Au niveau stratégie mobile

- Améliorer la qualité des CPN.
- Promouvoir des campagnes de vaccination.
- Améliorer la couverture et le nombre de sites de PTME, et mettre l'accent sur la formation des prestataires de services.

- Amener les jeunes filles, à mettre effectivement en pratique les connaissances reçues afin de changer leur comportement.

3. Au niveau clinique

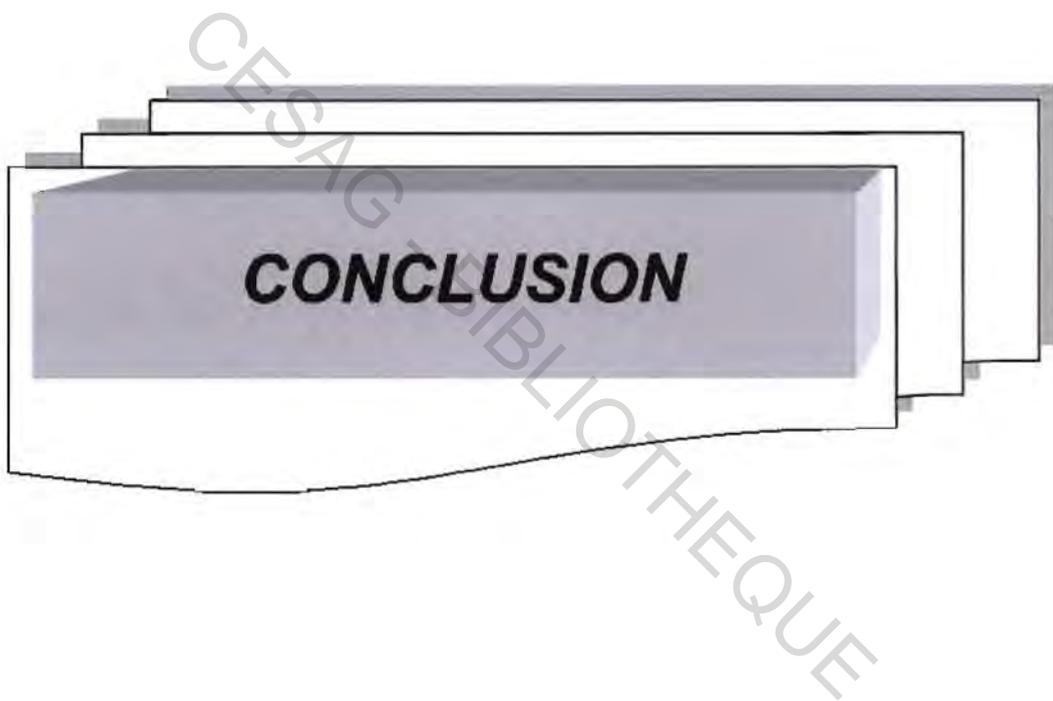
- Augmenter la proportion du personnel qualifié (gynécologues, chirurgiens, médecins généralistes, sages-femmes) en qualité et en quantité et sa répartition géographique.

- Améliorer la qualité des SOUB et SOUC et leur utilisation par la formation et le recrutement du personnel, la rénovation des équipements vétustes.

- Mettre en place les moyens de communication et d'évacuation rapide entre CSI périphérique et hôpital pour un meilleur fonctionnement du système de référence.

- Améliorer l'accessibilité géographique aux femmes en âge de procréer par la construction des structures sanitaires dans les zones enclavées.

- Motiver les populations à adopter la planification familiale pour prévenir les grossesses à risques et parfois non désirées, limiter les naissances. Ceci pourra contribuer à réduire notablement la mortalité maternelle.



Au vu de ce qui précède nous notons que l'examen du système sanitaire a fait ressortir les insuffisances et les déficiences qui marquent le secteur de la santé. Elles reflètent une faiblesse qui permettra difficilement, à l'horizon 2015 de réduire de 3/4 le taux de mortalité maternelle ; l'essentiel des goulots d'étranglement à tous les niveaux de prestation, se situe au niveau de la disponibilité du matériel et équipements, du personnel de santé, ce qui crée une influence directe sur la couverture effective des services. Les objectifs de performance visent la couverture des interventions :

- au niveau communautaire où l'accent est mis sur les services de santé préventive et les soins néonataux,
- au niveau des services orientés vers les populations, avec les soins préventifs pendant la grossesse et la prévention et traitement du VIH/SIDA.
- au niveau clinique où sont enregistrés les soins curatifs au centre de santé de base, les soins cliniques et maternels au premier et deuxième niveau de référence.

Ces interventions couvrent la période allant de 2008 à l'horizon 2015 nonobstant le niveau à atteindre en terme de pourcentage. Tout ceci pour un seul objectif : réduire la mortalité maternelle au Niger. Ces interventions des coûts supplémentaires qui auront un impact au niveau du pourcentage d'atteinte de l' OMD5 suivant les trois scénarii.

- A la phase I, les soins permettent d'atteindre une réduction de la mortalité maternelle de 57%. Le coût par vie sauvée est évalué à US\$ 2,551 soit 1224,48 FCFA ; le nombre total de vies sauvées par an est de 2612 et le pourcentage d'atteinte des objectifs OMD5 est de 63%.
- A la phase II, les prestations permettront d'aboutir à une réduction de la mortalité maternelle estimée à 71%. Le coût par vie sauvée est ici estimé à US\$ 2,101 soit 1008,480 FCFA; le nombre total de vies sauvées par an est de 3793 et le pourcentage d'atteinte des objectifs OMD5 est de 92%.
- A la phase III, la couverture des interventions est encore plus ambitieuse et permettra d'atteindre 85%. Le coût par vie sauvée atteindra US\$ 2,696 soit 1294,080 FCFA; le nombre total de vies sauvées par an est de 4572 et le pourcentage d'atteinte des objectifs OMD5 est de 182%.

Concernant les besoins de financement, pour améliorer la performance du système sanitaire, l'accent sera mis sur l'investissement en matériels et équipements, sur la rénovation et les constructions de structures de santé, le payement des salaires et motivations du personnel.

Concernant les ressources humaines, qui constitue un véritable goulot pour l'atteinte des objectifs, nous avons sollicité le recrutement d'environ 10 000 personnels de santé repartis comme suit : 56% à la première phase, 21% à la deuxième et 23% à la troisième phase.

Pays sahélien et continental, le Niger présente des potentialités naturelles qui ne peuvent pas offrir à ses populations un développement économique satisfaisant et durable sans un concours extérieur important et soutenu en investissements.

La pauvreté s'est répandue dans toutes les régions, gagnant 63% de la population dont 34% en situation d'extrême pauvreté. La majorité des pauvres vit dans les zones rurales qui abritent 86% des pauvres.¹

S'agissant de la promotion de la femme, des progrès ont été réalisés pour sa promotion sociale et pour l'élimination des disparités entre filles et garçons dans les domaines de l'enseignement. Pourtant, la réduction de la mortalité maternelle fournit des bénéfices à tous les foyers d'un point de vue économique, en permettant aux femmes de rester productives plus longtemps et en évitant les coûts associés à une crise sanitaire. Comme la santé et l'éducation des enfants souffrent en général lorsqu'une mère meurt, prévenir les décès maternels évite aussi ces fardeaux économiques. Ainsi, la prévention de la mortalité peut soutenir des efforts plus larges pour réduire la pauvreté. Toutefois, les gains en termes de santé maternelle dépendent du système de santé qui fonctionne bien et d'un environnement de politiques de gestion créant des conditions favorables. Pour atteindre une couverture de base des soins prénatals les progrès dépendent d'une série de facteurs tels l'extension de l'accès à des services aux groupes les plus pauvres.

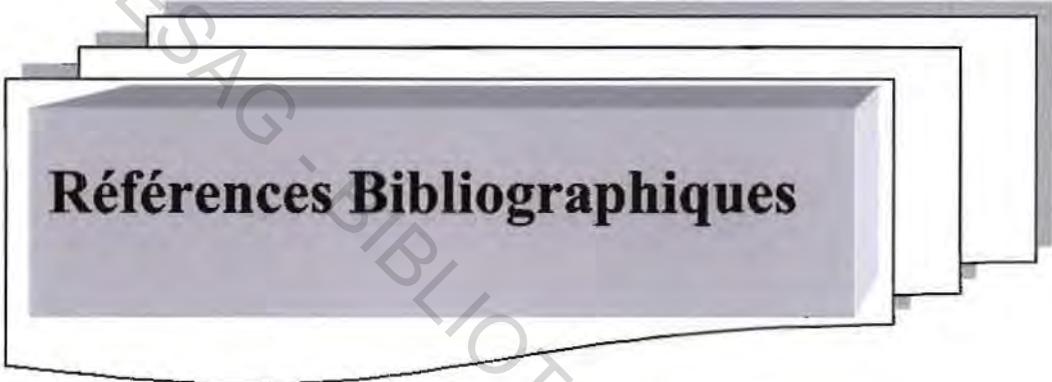
Les femmes enceintes, en accouchement et en suites de couche méritent davantage une attention particulière, comme ce fut le cas des années durant pour les enfants de moins d'un an dans le cadre du programme de vaccination. La gestion des urgences obstétricales n'est pas assez organisée; elle reste encore aléatoire, inadaptée, imprécise avec beaucoup plus

¹ Rapport National sur le développement humain : les OMD : un pacte entre acteurs pour vaincre la pauvreté au Niger, système des Nations Unies, Niger, 2004.

d'improvisation. Pour sortir de cette situation, la mobilisation des pouvoirs publics et le niveau de responsabilité du personnel de santé devront être à un niveau beaucoup plus élevé; chaque cas de décès maternel devra être analysé, les dysfonctionnements et leurs déterminants relevés et des solutions efficaces trouvées avec l'implication de la communauté.

La mobilisation des ressources potentielles de la communauté avec la mise en place des mécanismes solidaires d'assurance grossesse pourrait contribuer à prendre en charge le transfert des femmes et les coûts hospitaliers en cas d'urgence obstétricale, toutes solutions qui pourraient contribuer à une amélioration de la qualité des soins et à une réduction progressive de la mortalité maternelle au Niger.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



Références Bibliographiques

1. ABOUZHR C., WARDLAV T. : La mortalité maternelle à la fin d'une décennie, des signes de progrès ?, Bulletin de l'OMS ;No 5, 2001, P6-105.
2. DE BROUWERE V., VAN LERBERGHE W. : Réduire les risque de la maternité : Stratégies et évidence scientifique, Studies in health services organisations and policy ; 18, 2001, 418P.
3. DIOP S. : Gratuité des soins de santé. L'ancrage progressif de la politique dissipe les inquiétudes, *Republicain-Niger*, Janvier 2008
4. Disease Control Priorities Project (DCP2) : Atteindre les OMD pour la santé, Fév 2007.
5. Disease Control Priorities Project (DCP2) : La mortalité maternelle un manque de progrès inacceptable, Mars 2007.
6. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (2006) EDS/MICS III, Niger
7. FNUAP, FAO, République du Cameroun : Connaissance, attitudes et pratiques en matière de santé de la reproduction au Centre, au Nord, à l'Est et dans le Sud du Cameroun, Rome, 2002.
8. FNUAP : Analyse diagnostique de la situation de la femme au Niger, par Mariama Bayard, Sep 2000.
9. IDE Fatoumata : Santé maternelle au Niger : gratuité des soins aux femmes, *le Sahel Quotidien*, Novembre 2007
10. Institut National de la Statistique, Banque Mondiale : Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-être (QUIBB 2005), Ministère de l'économie et des Finances.
11. Investir dans le développement -Plan pratique pour réaliser les OMD, *Millenium Project* Rapport du Secrétaire Général de l'ONU.
12. IRIN (Nouvelles et analyses humanitaire) : Niger, pourquoi tant de femmes meurent-elles ?
13. KEFI Ridha : Au secours des femmes au Niger, *Jeune Afrique*, Avril 2005
14. KIMANY Mary : les barrières sociales à une meilleure santé maternelle en Afrique, *Afrique Renouveau ONU*, Janvier 2008
15. KONATE R., MIDOU K. (Nov 2003), Suivi du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre : inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique.
16. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement et la santé sexuelle reproductive : un regard sur le Niger : du constat à l'action ; *Family Care International*, Mai 2007.

17. MATAILLET Dominique : Comment réduire la mortalité maternelle, *Jeune Afrique*, 4 Dec 2001.
18. Mortalité Maternelle en 2005, estimation de l'OMS, l'UNICEF, et la BM.
19. Normes de planification sanitaire (Sept 2006), République du Niger.
20. Plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso (Feuille de route), Ministère de la Santé, Oct 2006.
21. Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2009, Ministère de la Santé Publique et de la lutte contre les Endémies, Février 2005.
22. Plan et Planification : définition et histoire, Actualité et dossier en santé publique No 11, 2005
23. PNUD, UNICEF, FAO : Document de politique Nationale de la communication pour le développement au Niger, Tome2
24. PNUD, UNICEF, FAO : La situation de le communication pour le développement au Niger (Etat des lieux), Tome 1.
25. PRUAL A., La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : Théorie et pratique, *Médecine Tropicale*, 2004, 64, 569-575.
26. Rapport National sur le développement humain : Les OMD : un pacte entre acteurs pour vaincre la pauvreté humaine au Niger, Système des Nations Unies au Niger, 2004.
27. Rapport National sur le progrès vers les Objectifs du Millénaire pour le Développement, Système des Nations Unies au Niger, 2003.
28. Rapport sur la santé dans le monde : pour un système de santé plus performant, OMS, 2000.
29. SAIZONOU J., OUENDO E., DUJARDIN B. : Maternal deaths audit in four Benin referral hospitals :quality of emergency care courses and contributing factors ; *African Journal of Reproductive Health* ; vol 10, No 3, 2006, P29-40.
30. Stratégie de Développement Accéléré et de la Réduction de la Pauvreté 2008-2012, Cabinet du Premier Ministre secrétariat permanent de la SRP, Avril 2007
31. UNICEF, Banque Mondiale, Guide de l'utilisateur MBB : outil de budgétisation pour la levée des goulots d'étranglement, draft Sept 2006.
32. UNICEF, Enquête de Base du Programme : Services de Base Intégrés, Niger, 2006.
33. UNICEF, Plan d'Investissement, Niger
34. USAID : Atteindre les OMD, la contribution de la planification familiale au Niger.