

RÉPUBLIQUE DU NIGER



Fraternité - Travail - Progrès

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE,  
DE LA POPULATION ET DES AFFAIRES SOCIALES**



**DOSSIER  
D'INVESTISSEMENT  
DU NIGER POUR  
LA SANTÉ REPRODUCTIVE,  
MATERNELLE, NÉONATALE,  
INFANTILE, ADOLESCENT  
ET LA NUTRITION  
(SRMNIA-Nut)  
2022-2026**

Mars 2022

# TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b>	<b>4</b>	<b>4. LA COUVERTURE DES INTERVENTIONS À HAUT IMPACT SUR LA SANTÉ DE LA MÈRE, DE L'ENFANT DE L'ADOLESCENT - MODÉLISATION AVEC L'OUTIL EQUIST</b>	<b>26</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>6</b>	4.1. Les plateformes de prestation et interventions traceuses et à hauts impacts d'EQUIST	26
<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>7</b>	4.2. Interventions à haut impact actuellement mis en œuvre au Niger	28
<b>RÉSUMÉ EXÉCUTIF</b>	<b>8</b>	4.3. Couverture effective des interventions	29
<b>INTRODUCTION</b>	<b>10</b>	<b>5. ANALYSE DES DÉTERMINANTS DE COUVERTURE</b>	<b>30</b>
<b>1. CONTEXTE GÉNÉRAL</b>	<b>12</b>	5.1. Déterminants de l'environnement favorable	31
1.1. Contexte géographique et démographique	12	5.1.1. Les politiques et la gouvernance	32
1.2. Contexte socio-économique et protection sociale	13	5.1.2. Le financement de la santé	32
1.3. Contexte politique, administratif, sécuritaire et humanitaire	13	5.1.3. Des normes sociales et l'autonomisation de la femme	33
1.4. Contexte sanitaire	14	5.2. Les déterminants de l'offre et la demande des services	33
1.4.1. Situation de l'offre de soins	14	5.2.1. La plateforme communautaire	34
1.4.2. Organisation de la santé communautaire	15	5.2.2. La plateforme préventive	34
1.4.3. Au niveau du sous-secteur pharmaceutique	15	5.2.3. La plateforme clinique	36
1.4.4. Au niveau de la médecine traditionnelle et de la médecine alternative	16	<b>6. ANALYSE CAUSALE DES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT</b>	<b>38</b>
1.4.5. Utilisation des services de santé	16	6.1. Principaux goulots d'étranglement	38
<b>2. ÉTAT DE SANTÉ ET NUTRITION DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT, ET DE L'ADOLESCENT AU NIGER</b>	<b>18</b>	6.2. Causes des goulots d'étranglement et proposition de réponse	39
2.1. Situation de la mortalité maternelle	18	<b>7. THÉORIE DE CHANGEMENT ET CADRE DES RÉSULTATS</b>	<b>44</b>
2.2. Situation de la mortalité néonatale	19	<b>8. DOMAINES ET RÉGIONS PRIORITAIRES D'INTERVENTION</b>	<b>48</b>
2.3. Situation de la mortalité infanto juvénile	19	8.1. Stratégies prioritaires	48
2.4. Situation de la vaccination	20	8.2. Cibles et régions prioritaires	48
2.5. Situation nutritionnelle des enfants	20	8.2.1. Les cibles prioritaires	48
2.6. Situation de la santé des adolescent(e)s	21	8.2.2. Les régions prioritaires	48
2.7. Situation du WASH	22	<b>9. IMPACTS</b>	<b>52</b>
2.7.1. Évacuation hygiénique des selles	22	9.1. Evolution de la mortalité maternelle, infanto-juvénile et néonatale	52
2.7.2. Accès à des installations d'assainissement améliorées par région et selon résidence	22	9.2. Impacts estimés en terme de nombre de vies sauvées	52
2.7.3. Utilisation des installations élémentaires de lavage des mains	22	9.2.1 Nombre de vies sauvées par cible	52
2.8. Situation de l'état-civil	23	9.2.2 Nombre de vies maternelles sauvées par intervention	53
2.9. Situation de l'égalité de genre	23	9.2.3 Nombre de vies néonatales sauvées par intervention	53
<b>3. PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITÉ ET DE MALNUTRITION DES FEMMES ET DES ENFANTS</b>	<b>24</b>	9.2.4 Nombre de vies infantiles et juvéniles sauvées par interventions	54
3.1. Causes de mortalité maternelle	24	9.2.5 Impacts attendus en termes de cas de morbidité évités	55
3.2. Causes de mortalité néonatale	24	<b>10. BUDGÉTISATION</b>	<b>56</b>
3.3. Cause de mortalité infanto-juvénile	24	10.1. Estimation des coûts	56
3.4. Causes de malnutrition	24	10.2. Budget par scénario	56
3.4.1. L'insécurité alimentaire chronique des ménages (en particulier des ménages ruraux)	24	10.3. Budget par année	56
3.4.2. L'incidence de la sous-nutrition sur la santé	25	10.4. Budget par stratégie	56
3.4.3. La faible couverture des services d'assainissement et d'eau potable	25	<b>11. CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES</b>	<b>60</b>
		11.1. Ressources potentiellement disponibles	60
		11.2. Analyse des écarts financiers	60
		<b>12. CONCLUSION</b>	<b>62</b>
		<b>ANNEXES</b>	<b>64</b>
		Annexe 1. Références bibliographiques	64
		Annexe 2. Organisation du système de santé au Niger	65
		Annexe 3. Liste des interventions à haut impact recensées au Niger	66
		Annexe 4. Couverture effective des interventions à haut impact : Baseline 2021 et cible pour 2026	68

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>ACT</b>	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine	<b>EDSN</b>	Enquête Démographique et de Santé au Niger	<b>ODD</b>	Objectifs de Développement Durable	<b>SIDA</b>	Syndrome de l'Immuno-Déficiences Acquis
<b>AGR</b>	Activité Génératrice de Revenus	<b>ENISED</b>	Étude Nationale d'Évaluation d'Indicateurs Socio-Économiques et Démographiques	<b>OMD</b>	Objectifs du Millénaire pour le Développement	<b>SIM</b>	Suivi Intensif dans le Milieu
<b>AHA</b>	Aménagements Hydro-Agricoles	<b>EQUIST</b>	Equitable Impact Sensitive Tool	<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé	<b>SMART</b>	Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Time-bound,
<b>AME</b>	Allaitement Maternel Exclusif	<b>FAF</b>	Fer et Acide Folique	<b>OOP</b>	Out Of Pocket	<b>SNIS</b>	Système National d'Information Sanitaire
<b>ANJE</b>	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant	<b>FBR</b>	Financement Basé sur les Résultats	<b>OSC</b>	Organisations de la Société Civile	<b>SOMAIR</b>	Société des Mines de l'Air
<b>ATPC</b>	Assainissement Total Piloté par la Communauté	<b>F CFA</b>	Franco de la Communauté Financière Africaine	<b>P/A</b>	Rapport Poids Âge	<b>SONU</b>	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
<b>CCC</b>	Communication pour le Changement de Comportement	<b>FOSA</b>	Formations Sanitaires	<b>P/T</b>	Rapport Poids Taille	<b>SR</b>	Santé de la reproduction
<b>CCSC</b>	Communication pour le Changement Social et de Comportement	<b>GAR</b>	Gestion Axée sur les Résultats	<b>PAA</b>	Plan d'Action Annuel	<b>SRM/IA/ Nut</b>	Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, Adolescent et la Nutrition
<b>CDF</b>	Chaîne des Froids	<b>GFF</b>	Global Financing Facility / Mécanisme de financement Mondial	<b>PCI</b>	Prévention et Contrôle des Infections	<b>SRO</b>	Sels de Réhydratation par voie Orale
<b>CFA</b>	Communauté Financière Africaine	<b>GTN</b>	Groupe de Travail National	<b>PCIMIN</b>	Prise en Charge Intégrée des Maladies Infantiles et Néonatales	<b>T/A</b>	Rapport Taille Age.
<b>CHERG</b>	Child Epidemiology Reference Group	<b>HD</b>	Hôpital de District.	<b>PDS</b>	Plan de Développement Sanitaire	<b>TDR</b>	Test de Dépistage Rapide
<b>CHR</b>	Centres Hospitaliers Régionaux	<b>ICCM</b>	Prise en Charge Intégrée des maladies de l'enfant au niveau Communautaire	<b>PDES</b>	Plan de Développement Économique et Social	<b>THA</b>	Trypanosomiase Humaine Africaine
<b>CIP</b>	Communication Interpersonnelle	<b>INS</b>	Institut National de la Statistique	<b>PEV</b>	Programme Élargi de Vaccination	<b>TPI</b>	Traitement Préventif Intermittent du paludisme
<b>CNSS</b>	Caisse Nationale de Sécurité Sociale	<b>ISF</b>	Indice Synthétique de Fécondité	<b>PF</b>	Planification Familiale	<b>UEMOA</b>	Union Économique et Monétaire Ouest Africaine
<b>COMINAK</b>	Compagnie Minière d'Akouta	<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible	<b>PIB</b>	Produit Intérieur Brut	<b>UNDAF</b>	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
<b>COSC</b>	Coalition des Organisations de la Société Civile	<b>ECVMA</b>	Enquête nationale sur les Conditions de Vie des Ménages et l'Agriculture	<b>PNPS</b>	Politique Nationale de Protection Sociale	<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la population
<b>CPN 4</b>	4ème Consultation Périnatale	<b>ONPPC</b>	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques	<b>PNS</b>	Politique Nationale de Santé	<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>CRM</b>	Couverture du Risque Maladie	<b>MAG</b>	Malnutrition Aiguë Globale	<b>PPP</b>	Partenariat Public Privé	<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>CS</b>	Case de Santé	<b>MAS</b>	Malnutrition Aiguë Sévère	<b>PSNSC</b>	Plan Stratégique National de Santé Communautaire	<b>VBG</b>	Violence Basée sur le Genre
<b>CSI</b>	Centre de Santé Intégré	<b>MEG</b>	Médicaments Essentiels Génériques	<b>PSP</b>	Politique Sectorielle Postale	<b>VIH</b>	Virus d'immunodéficiences humaine
<b>CSME</b>	Centre de Santé de la Mère et de l'Enfant.	<b>MICS</b>	Multiple Indicators Cluster Surveys	<b>PSPSN</b>	Plateforme du Secteur Privé de Santé du Niger	<b>WASH</b>	Water, Sanitation and Hygiène / Eau Hygiène et Assainissement
<b>CSU</b>	Couverture Sanitaire Universelle	<b>MILDA</b>	Moustiquaires Imprégnées d'insecticide à Longue Durée d'Action	<b>PTF</b>	Partenaires Techniques et Financiers		
<b>DBC</b>	Distribution à Base Communautaire des Contraceptifs	<b>MSP/P/AS</b>	Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales	<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH		
<b>DI</b>	Dossier d'Investissement	<b>MSP</b>	Ministère de la Santé Publique	<b>RC</b>	Recouvrement des Coûts		
<b>DOS</b>	Direction de l'Organisation des Soins	<b>OCHA</b>	Office for the Coordination of Humanitarian Affairs	<b>RH</b>	Ressources Humaines		
<b>DPE</b>	Développement de la petite enfance			<b>RPGH</b>	Recensement Général de la Population et de l'Habitat		
<b>DPG</b>	Déclaration de Politique Générale			<b>SDDCI</b>	Stratégie de développement Durable et de Croissance Inclusive		

# LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Interventions traceuses par paquets au Niger	<b>28</b>
<b>Tableau 2</b> : Déterminants de couverture des interventions traceuses	<b>30</b>
<b>Tableau 3</b> : Principaux goulots d'étranglement par paquets d'intervention	<b>38</b>
<b>Tableau 4</b> : Causes des goulots et stratégies correctrices liées à la disponibilité des intrants	<b>40</b>
<b>Tableau 5</b> : Causes des goulots et stratégies correctrices liées à la disponibilité des ressources humaines	<b>40</b>
<b>Tableau 6</b> : Causes des goulots et stratégies correctrices liées à l'accessibilité géographique	<b>41</b>
<b>Tableau 7</b> : Causes des goulots et stratégies correctrices liées à l'accessibilité financière	<b>41</b>
<b>Tableau 8</b> : Causes des goulots et stratégies correctrices liées à l'acceptabilité socio-culturelle et aux comportements	<b>42</b>
<b>Tableau 9</b> : Causes des goulots et stratégies correctrices liées à l'environnement favorable	<b>42</b>
<b>Tableau 10</b> : Causes des goulots et stratégies correctrices liées à la faible de la couverture effective	<b>43</b>
<b>Tableau 11</b> : Stratégies prioritaires du dossier d'investissement	<b>49</b>
<b>Tableau 12</b> : Régions prioritaires du dossier d'investissement	<b>50</b>
<b>Tableau 13</b> : Nombre de vies sauvées par cible	<b>53</b>
<b>Tableau 14</b> : Nombre de vies maternelles sauvées par intervention	<b>53</b>
<b>Tableau 15</b> : Nombre de vies néonatales sauvées par intervention	<b>54</b>
<b>Tableau 16</b> : Nombre de vies infantiles et juvéniles sauvées par intervention	<b>54</b>
<b>Tableau 17</b> : Nombre de cas de malnutrition chronique (Retard de croissance) évité	<b>55</b>
<b>Tableau 18</b> : Budget total du DI par déterminant	<b>57</b>
<b>Tableau 19</b> : Budget total du DI par stratégie	<b>58</b>
<b>Tableau 20</b> : Analyse des écarts financiers par scénario	<b>60</b>

# LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Évolution de la mortalité maternelle vers l'atteinte des ODD	<b>18</b>
<b>Figure 2</b> : Évolution de la mortalité infanto-juvénile vers l'atteinte des ODD	<b>19</b>
<b>Figure 3</b> : Régions à faibles taux de couverture en Penta 3 et le taux de mortalité infanto-juvénile	<b>20</b>
<b>Figure 4</b> : Situation de la Malnutrition chronique	<b>21</b>
<b>Figure 5</b> : Pourcentage de la population ayant accès à des installations d'assainissement améliorées par région	<b>22</b>
<b>Figure 6</b> : Les plateformes de prestation des interventions d'EQUIST	<b>27</b>
<b>Figure 7</b> : Les plateformes de prestation des interventions	<b>31</b>
<b>Figure 8</b> : Évolution de la part du budget de l'Etat alloué à la Santé (MSP + autres secteur/Budget Total de l'Etat (2014-2020))	<b>32</b>
<b>Figure 9</b> : Goulots d'étranglement de la troisième dose vaccinale de la PENTA 3	<b>35</b>
<b>Figure 10</b> : Goulots d'étranglement de la supplémentation en fer acide folique	<b>35</b>
<b>Figure 11</b> : Goulots d'étranglement de l'utilisation de méthode moderne de planification familiale	<b>35</b>
<b>Figure 12</b> : Goulots d'étranglement de l'administration de la SRO et du Zinc	<b>36</b>
<b>Figure 13</b> : Goulots d'étranglement de l'accouchement assisté	<b>36</b>
<b>Figure 14</b> : Goulots d'étranglement de la prise en charge des cas graves d'infection néonatale	<b>37</b>
<b>Figure 15</b> : Les goulots d'étranglement prioritaires	<b>39</b>
<b>Figure 16</b> : Évolution des mortalités	<b>52</b>
<b>Figure 17</b> : Budget total du DI par scénario	<b>56</b>

# RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Le Niger a réalisé des progrès remarquables ces deux dernières décennies notamment en matière de réduction de la mortalité infantile-juvénile qui est passé de 318 ‰ en 1992 à 94 pour mille naissances vivantes, en 2015, atteignant ainsi le quatrième Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD). Toutefois, au regard du risque élevé de la mortalité maternelle (520 décès pour 100 000 Naissances vivantes en 2015) associé à un indice de fécondité encore élevé de 7,3 enfants par femme, et le fait que plus de 80% des décès néonataux sont dus à la prématurité, des efforts restent encore à consentir afin que le Niger soit sur la voie de l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) d'ici 2030.

De plus, une action concertée du gouvernement et ses partenaires sur les principales causes évitables de ces mortalités permettra d'amorcer les progrès vers les ODD. Ces causes sont les hémorragies du post et de l'anté partum (14,42%), les pré-éclampsies (8,08%), le travail prolongé/dystocique (4,37%), les infections sévères (4,03%), les ruptures utérines (1,7%), auxquelles s'ajoutent les causes indirectes telles que le paludisme (17%) et l'anémie (12,38%). Par ailleurs, il ressort que 52% des décès maternels surviennent chez les adolescentes et les jeunes de moins de 24 ans. L'âge de la première union des femmes est de 15,7 ans et celui du premier rapport sexuel 15,9 ans et témoigne de l'importance de faire de la santé des adolescents ainsi que de l'autonomisation des femmes et filles une action prioritaire.

Ces causes susmentionnées, combinées à la précarité du lieu de résidence (surtout au niveau rural) et la pauvreté, alourdissent le fardeau de la morbidité et de la mortalité au Niger. En milieu rural force est de constater que près de 134 décès d'enfants de moins de 5 ans pour mille naissances vivantes sont enregistrés, contre 80‰ en milieu urbain pendant que la situation est exacerbée chez les plus pauvres (144‰ décès des moins de 5 ans) et de 168 ‰ chez les pauvres.

En outre, la situation de la sous-nutrition (malnutrition aigüe, malnutrition chronique et l'insuffisance pondérale), avec un taux 12,7% d'enfants touchés par la malnutrition

aiguë et 45,1% de retard de croissance en 2020, constitue un problème de santé publique avec un fort impact sur le capital humain et le développement économique et social du Niger. Si les facteurs comme la gouvernance et le financement du secteur de la santé demeurent parmi les priorités des actions, les efforts actuels du gouvernement et ses partenaires seront encore renforcés.

Le présent Dossier d'Investissement (DI) s'aligne au Plan de Développement Sanitaire (PDS 2017-2021) et entend contribuer à relever la qualité, l'équité et le niveau de l'offre de soins, en particulier ceux de la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, Adolescent et la Nutrition (SRMNIA-Nut), pour une couverture sanitaire universelle. Pour y parvenir le DI, s'appuie sur des processus et évidences articulés autour d'un ensemble de priorités afin d'accélérer l'extension de la mise en œuvre des stratégies nationales et l'atteinte des résultats attendus à l'orée de 2030. Globalement, le DI s'attaque aux principaux goulots prioritaires qui plombent les couvertures des interventions à haut impacts.

Au Niger, sur une centaine d'interventions internationalement reconnues à hauts impacts, 88 interventions sont mises en œuvre parmi lesquelles 79 ont été identifiées comme ayant des couvertures faibles. Au regard des plateformes de prestations, la plateforme communautaire semble être la moins performante. En effet, les couvertures effectives du planning familial (PF) y compris du post-partum, de la PCIME, des soins prénatals et du paquet promotionnel (WASH) sont les plus basses (c.-à-d. inférieures à 20%) et constituent des interventions prioritaires à renforcer et à mettre à l'échelle.

Les principaux goulots prioritaires identifiés, portent sur les déterminants de l'acceptabilité socio-culturelle, l'accessibilité aux services et de la disponibilité des intrants, ainsi que les goulots spécifiques communautaires et programmables.

Pour apporter un changement notable et durable dans les résultats de santé au Niger et sur les indicateurs de la SRMNIA-Nut en particulier, des actions multisectorielles et coordonnées de tous les

acteurs gouvernementaux et des différents partenaires (bilatéraux et multilatéraux) sont indispensables. Celles-ci, auront pour finalité le renforcement des principaux déterminants du système de santé et des interventions à hauts impacts dans la perspective d'une utilisation accrue des services de la SRMNIA-Nut de qualité et une redevabilité conjointe dans la gestion des ressources allouées.

L'analyse des stratégies prioritaires montre que 74,84% du DI est destiné au renforcement du système de l'offre des services de santé dont 31,84% réservé à la disponibilité des médicaments et autres intrants jusqu'au dernier kilomètre. Le renforcement de la demande, de l'environnement favorable, de la nutrition, du WASH et du système d'amélioration de la qualité de la mise en œuvre des services, ont respectivement une part de 8,10% ; 3,01% ; 2,26% ; 8,04 et 3,75%.

Le coût estimatif de la mise en œuvre du DI sur la période de 2022-2026, prenant en compte toutes les régions, soit 100% de la population, est de 644,054 milliards de F CFA soit près de 128,811 milliards par an en moyenne (environ 226 millions de dollars) et permettront d'éviter le décès de 6 620 mères, de 26 181 nouveau-nés et de 98 751 enfants de moins de 5 ans, soit un total de 131 552 vies additionnelles sauvées sur la période.

Pour les besoins de priorisation et d'option de mobilisation des ressources, deux scénarii de financement sont proposés en plus du scénario national :

- **Le scénario très prioritaire**, composé de 4 régions ayant des résultats de santé les plus bas et regroupant près de **60% de la population**. Le besoin de financement de ce scénario, s'établit à 386,432 milliards de F CFA sur 5 ans. **Soit près de 77, 287 milliards de F CFA** par an (soit 136 millions de dollars).

- **Le scénario prioritaire**, constitué de 6 régions ayant des résultats relativement faibles par rapport au scénario national, représente près de 91% de la population, et a un besoin de près de 586,089 milliards de F CFA sur 5 ans, soit près de 117,218 milliards de F CFA par an (soit 205,645 millions de dollars).

Le DI propose aussi des scénarii d'identification des stratégies de financement pour combler le déficit. En optant pour le **scénario très prioritaire** de financement (axé les 4 régions à faible résultat de santé), combiné aux mêmes hypothèses de croissance du budget alloué à la santé, allant de 5,4% ; 8% et 12% et en maintenant constant l'apport des PTF à 260,627 milliards de F CFA (en moyenne par an), l'écart de financement s'établira comme suit :

- **Avec une allocation 5,4% au budget de la santé**, l'écart de financement s'établira à 125,805 milliards additionnel de F CFA sur 5 ans, soit 25,162 milliards de F CFA (environ 44 millions de dollars US) par an, soit près de 1 108 F CFA (1,95\$US) additionnels par tête d'habitant par an.
- **Avec 8% alloué au budget de la santé**, l'écart sera de 120, 899 milliards de F CFA additionnel sur 5 ans, soit près de 24,180 milliards par an (environ 42,54 millions de dollar US) par an soit près 1 065 de F CFA (1,87 \$US) additionnels par tête d'habitant par an.
- **Avec 12% alloué au budget de la santé**, l'écart sera de 112, 858 milliards de F CFA additionnels sur 5 ans, soit près de 22, 572 milliards par an (environ 39,71 millions de dollar US) par an soit près 994 de F CFA (1,75 \$US) additionnel par tête d'habitant par an.

Le dossier d'investissement constitue un document de plaidoyer qui vise à soutenir les argumentaires évidents pour influencer les stratégies de mobilisation de ressources et demandera une concentration et un alignement équitable des financements vers les priorités identifiées afin d'obtenir plus de résultats pour le SRMNIA-Nut au Niger.

# INTRODUCTION

Le Gouvernement du Niger s'est engagé au cours de cette dernière décennie en faveur de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) en vue d'améliorer la santé et le bien-être des populations et d'atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD). Malgré les avancées enregistrées, beaucoup reste encore à faire : un trop grand nombre de nouveau-nés, d'enfants, d'adolescents et de femmes meurent chaque année, par suite de maladies évitables, souvent faute d'un accès à des services de santé de qualité ; et les résultats enregistrés restent encore très insuffisants au regard des ODD.

Pour réduire les décès évitables des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents d'ici 2030, l'État nigérien a rejoint en 2019 le Mécanisme de Financement Mondial<sup>1</sup> (Global Financing Facility-GFF) réaffirmant ainsi la problématique de la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, Adolescent et la Nutrition (SRMNIA-Nut) comme une priorité nationale autour de laquelle l'alignement des partenaires doit être renforcé. Cet engagement est au cœur du Plan de Développement Sanitaire (PDS 2017-2021) en cours et l'État du Niger entend par ses actions, relever le niveau de la couverture sanitaire et les résultats de santé du pays, plus particulièrement en ce qui concerne la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent.

<sup>1</sup> <https://www.globalfinancingfacility.org/>

C'est en appui à ces objectifs sectoriels que le Dossier d'Investissement (DI) de la SRMNIA-Nut a été élaboré. Le DI est un instrument de plaidoyer pour la mobilisation des ressources additionnelles, aussi bien interne (public et privé) qu'externe (à travers la contribution des Partenaires Techniques et Financiers (PTF)). Il s'appuie sur des évidences en vue d'améliorer l'alignement autour d'un ensemble clair de priorités et d'accélérer l'extension de la mise en œuvre des stratégies nationales pour l'atteinte des résultats attendus en matière de SRMNIA-Nut.

Basé sur les principaux défis issus du PDS 2017-2021, le DI de la SRMNIA-Nut est un document inclusif élaboré par le gouvernement nigérien avec l'appui de ses partenaires. Son élaboration a été possible grâce à l'implication d'une équipe pluridisciplinaire et multisectorielle, sous la coordination du Secrétariat Général du Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires sociales (MSP/P/AS) et a mobilisé les contributions des cadres du MSP/P/AS et de ses démembrés ainsi que ceux de l'institut National de la Statistique, des ministères partenaires (Finances, Plan, Promotion de la Femme et de l'Enfant), des Organisations de la Société Civile, du secteur privé de la santé, et des Partenaires Techniques et Financiers.

# 1. CONTEXTE GÉNÉRAL

## 1.1. Contexte géographique et démographique

Le Niger est un pays enclavé de l'Afrique de l'Ouest et vaste d'une superficie de 1 266 491 km<sup>2</sup>. 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 et à l'Ouest par le Burkina Faso et le Mali.

Avec ces voisins, le Niger partage plus de 5 000 km de frontières et connaît un climat désertique et extrêmement sec. Avec un taux d'accroissement moyen annuel de l'ordre de 3,9%<sup>2</sup>, la population du Niger en 2021 est actuellement estimée à 23 591 983<sup>3</sup> habitants, avec une densité moyenne 19,0314 hbt/Km<sup>2</sup>. L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) reste très élevé, de l'ordre de 7,3 enfants par femme en âge de procréer (15-49 ans) en 2015.



<sup>2</sup> Arrêt du 16 avril 2013 de la Cour internationale de justice (CIJ) de La Haye.

<sup>3</sup> Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2012.

<sup>4</sup> Projection démographique du Niger Horizon 2012-2035 INS.

La majorité de la population est touchée par l'analphabétisme (71% de la population en 2012-2013) et près de la moitié de cette population a moins de 15 ans (49,54%). Sur la base la projection démographique du Niger Horizon 2021, la population nigérienne est composée de 33,14% d'adolescents et de jeunes dont 24,4 % d'adolescents de 10 à 19 ans et

19,6 % de jeunes de 15 à 24 ans et 81,98 % de ce groupe vivent en milieu rural. Au-delà de la jeunesse de la population nigérienne, sa répartition selon le sexe fait ressortir une légère prédominance des hommes (50,71%) par rapport aux femmes (49,29%) en 2021. La proportion des femmes en âge de procréer est de 21,37%.

## 1.2. Contexte socio-économique et protection sociale

Au niveau macroéconomique, le Niger a connu un taux de croissance économique de 3,6 %<sup>5</sup> en 2020 contre 5,9% en 2019 et 7,1% en 2018. Ce ralentissement de la croissance s'explique largement par les effets induits par les mesures prises pour lutter contre la pandémie de COVID-19. Cette baisse a été compensée par le dynamisme du secteur agricole ayant connu une hausse importante au cours de l'année 2020, occasionnant du coup une accélération de la croissance du secteur primaire (7,7% en 2020 contre 3,4% en 2019). Ce qui a permis d'atténuer la contre-performance du secteur secondaire (1,7% en 2020 contre 9,0% en 2019) et le tertiaire (2,3% en 2020 contre 7,0% en 2019).

Certains indicateurs sociaux du pays ont connu une évolution positive notamment : (i) le taux brut de scolarisation au primaire, secondaire et au supérieur est respectivement de : 73%, 8,10% et 5% en 2020, (ii) le taux d'accès théorique à l'eau potable est de 47,24%, le taux de desserte en milieu urbain est de 98,41% et 61,7% de personnes ont accès à une source d'eau améliorée dont 55,2% en milieu rural et 96% en milieu urbain contre respectivement 17% et 90% en 2015<sup>6</sup>. Toutefois l'indice de développement humain du Niger reste le plus bas au monde avec 0,394 en 2019<sup>7</sup> et environ 40,8% de la population nigérienne vivent en dessous du seuil de pauvreté (moins d'un dollar US par jour).

Le système de santé est aujourd'hui caractérisé par la faiblesse de la couverture sanitaire (52,74%<sup>8</sup> de la population se trouve à moins de 5 kilomètres d'une structure sanitaire en 2020), de l'accès aux soins (43,86% de taux d'utilisation des services curatifs en 2019), du financement des soins faisant peser une lourde charge sur les ménages (43,68% de la dépense courante de santé en 2020) et une quasi-absence de protection contre le risque financier lié à la maladie. Les différents mécanismes de gratuité existants tels que, l'exemption du paiement des soins et services de santé au profit des enfants de 0 à 5 ans, les initiatives de gratuité des césariennes et la gratuité de la planification familiale (PF), nécessaires pour le renforcement de l'équité et l'égalité de genre, souffrent

d'un retard dans le remboursement de plusieurs années<sup>9</sup>.

Une Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS) a été adoptée par le Niger en 2011 afin de définir un cadre pour la mise en place de la Couverture du Risque Maladie (CRM). En 2021 le gouvernement a validé la stratégie nationale de CSU 2021-2030 qui s'appuie sur trois piliers à savoir : l'offre des soins et services de santé de qualité, la protection financière des usagers et les déterminants de la santé. Un projet de loi le projet de loi spécifique à la Couverture Maladie Universelle (CMU) est un cours<sup>10</sup>.

## 1.3. Contexte politique, administratif, sécuritaire et humanitaire

Au niveau politique, après une relative stabilité jusqu'en 1991, le Niger a connu une série d'instabilités liées aux rebellions et une succession de coups d'État qui ont mis à mal la fonctionnalité des institutions, avec une succession de crises alimentaires doublées du développement de l'insécurité liée au terrorisme. Malgré ces contraintes, l'État a sans cesse réaffirmé sa volonté d'offrir un cadre institutionnel propice à la bonne marche de l'administration et des affaires tout en s'efforçant de relever l'image du pays auprès de ses partenaires et à l'international. Ainsi, le pays a engagé plusieurs réformes et pris de nombreux engagements au niveau international, en vue de mener le pays vers l'atteinte des Objectifs de développement durable (ODD) d'ici 2030. Ces engagements sont matérialisés dans l'élaboration de plusieurs documents de réformes stratégiques dont le Programme de Renaissance du Président de la République acte III (2021-2025), la Déclaration de Politique Générale du Gouvernement (DPG 2021-2025), la Stratégie de développement Durable et de Croissance Inclusive (SDDCI) du Niger à l'horizon 2035, le Plan de Développement Économique et Social (PDES 2017-2021) et la Politique Nationale de Santé (PNS).

Ces engagements sont déclinés à tous les niveaux dans le cadre de la politique de décentralisation, à travers huit (8) régions, 63 départements, 266 communes dont 52 communes urbaines et 214 communes rurales. Les Collectivités territoriales

<sup>5</sup> Comptes Rapides 2020 - INS-Niger

<sup>6</sup> Enquête Proseha 2016-2030

<sup>7</sup> Rapport sur le Développement Humain 2020, PNUD

<sup>8</sup> Annuaire des statistiques sanitaires Niger, 2020

<sup>9</sup> À titre d'exemple, le remboursement effectif des factures émises depuis 2007 est de moins de 47% et le montant d'arriéré s'élevé à plus de 56 milliards CFA à fin 2020, (CS 2020)

<sup>10</sup> Stratégie nationale CSU 2021-2030

(Région, Commune) constituent des entités autonomes dotées de la personnalité juridique, des compétences et des ressources propres. Elles sont gérées par des organes élus en vertu des principes fondamentaux de la libre administration. La Région et la Commune sont aujourd'hui opérationnelles avec des Conseils régionaux, des villes et Municipaux en place.

Sur le plan sécuritaire et humanitaire le Niger est confronté à une urgence humanitaire à plusieurs dimensions notamment liée à l'insécurité et aux violences continues contre les civils perpétrés par des éléments des groupes armés qui accentuent de manière critique la pauvreté endémique, les effets du changement climatique, y compris les inondations saisonnières et les poches de sécheresse. Cette situation a été exacerbée par la pandémie de la COVID-19 qui entraîne une augmentation des besoins. D'après les estimations du Bureau de coordination des actions humanitaires des Nations-Unies (OCHA), en 2021, le nombre de personnes au Niger ayant besoin d'une assistance et d'une protection humanitaires est estimé à 3,7 millions, avec plus d'un million de personnes déplacées dans tout le pays. L'insécurité persistante et les inondations ont conduit quelque 530 000 personnes à chercher refuge contre la violence en 2020, tandis que plus de 632 000 personnes ont été déplacées à la suite de la destruction de leurs maisons par des pluies torrentielles. Environ 2 millions de personnes sont confrontées à une insécurité alimentaire aiguë et chronique en raison de chocs récurrents et du changement climatique, tandis que 457 200 enfants âgés de 6 à 59 mois sont exposés à une malnutrition aiguë sévère. Plus de 50 % des enfants âgés de 7 à 16 ans ne sont pas scolarisés.

## 1.4. Contexte sanitaire

Le système de santé Nigérien est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique :

- niveau périphérique ou niveau opérationnel, correspond au district sanitaire ;
- niveau régional ou niveau technique correspond à la région sanitaire et

- niveau central ou niveau stratégique correspond au niveau national, et représente le sommet de la pyramide

Les prestations de service sont assurées par un réseau d'établissements publics et privés. Les établissements publics sont structurés en 3 niveaux hiérarchisés, calqués sur le découpage administratif du pays.

### 1.4.1. Situation de l'offre de soins

Au Niger, l'offre de soins est caractérisée par une faible couverture sanitaire (52,74 %), c'est-à-dire que seulement la moitié de la population dispose d'une structure sanitaire à moins de 5 kilomètres de son domicile. L'accès effectif aux soins reste handicapé par la faible accessibilité financière des soins, 40,8% de la population vit sous le seuil de pauvreté et supporte de manière directe 44% des coûts des soins prestés.

Les efforts du gouvernement et de ses partenaires pour améliorer l'extension de la couverture sanitaire se perçoivent notamment à travers la construction et réhabilitation des structures de soins, qui se sont passées à tous les niveaux, de 3 958 formations sanitaires en 2017 à 4 037 en 2020. L'offre de services de santé à travers le personnel de santé s'est accrue en faveur des régions défavorisées. En 2019, 3 régions sur 8 disposent de densités de ressources humaines de santé qui respectent la norme OMS. Toutefois, le ratio habitants par personnel de santé entre 2017 et 2020 est resté très en deçà des normes fixées par OMS (1 médecin pour 43 752 habitants en 2017 contre 1 médecin pour 20 352 habitants en 2020 pour 1 médecin pour 10 000 habitants attendu par l'OMS) et connaît des variations importantes entre Niamey et les autres régions du pays (44 818 habitants pour un médecin à Dosso à 2 720 habitants pour 1 médecin à Niamey).

Pour ce qui concerne le ratio habitants par infirmier, la norme OMS est de 1 infirmier pour 5 000 habitants, la norme nationale est inférieure à celle de l'OMS et est de l'ordre de 3 208 habitants pour 1 infirmier. Toutes les régions remplissent ce critère et cette norme est de 4 105 habitants pour un infirmier à Maradi à 1 326 habitants pour un infirmier à Niamey. Relativement au ratio Sage-femme par femme en âge de procréer, il ressort en 2020, un ratio de 3 728 femmes en âge

de procréer par Sage-femme contre 6 356 en 2017. La désagrégation par région, laisse apparaître des disparités et seules les régions de Maradi (5 202 FAP/Sage-femme), Tahoua (6 411 FAP/Sage-femme), Tillabéri (5 173 FAP/Sage-femme) et Zinder (5 437 FAP/Sage-femme) présentent des niveaux supérieurs à la norme OMS qui est de 5 000 femmes en âge de procréer par sage-femme.

Toutefois ces analyses régionales ne sauraient masquer la très forte concentration des ressources humaines en milieu urbain au détriment du milieu rural. La faiblesse relative des recrutements de personnels de santé par l'Etat peine à compenser le vieillissement des ressources humaines du secteur et ne permettent pas encore d'atteindre les normes et standards en ressources humaines par type de structure.

### 1.4.2. Organisation de la santé communautaire

Dans le but de contribuer à la couverture sanitaire universelle le Niger s'est doté en 2019 d'un Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC). Le PSNSC vise l'offre d'un paquet de services intégrés (VIH, Tuberculose, Paludisme, ICCM, DBC, la santé sexuelle et reproductive/PF, maladies tropicales négligées, surveillance communautaire, etc.) par les relais communautaires polyvalents.

Le PSNSC envisage 2 relais communautaires, offrant des soins curatifs et préventifs, pour 1 000 habitants pour les populations qui sont au-delà de 5 Km d'une structure sanitaire et 1 relais communautaire, offrant seulement des soins préventifs, pour 1 000 habitants dans les 5 Km autour de la structure sanitaire. Sur un besoin total de 35 650 relais communautaires à recruter pour la couverture adéquate du territoire national, 80% seront pris en compte pour la phase 2019-2023. Ce qui aura pour but d'augmenter l'utilisation des services de santé par les populations qu'ils couvrent. A ce jour, il existe 18 787 relais communautaires polyvalents. Ceux-ci n'offrent souvent qu'une partie du paquet complet attendu. Le déploiement des relais communautaires dans toutes les régions, l'amélioration de la complétude du paquet de soins proposé devrait augmenter l'accès de la population aux traitements des maladies mortelles des enfants de 0-5 ans (paludisme, infections respiratoires aiguës, diarrhée, malnutrition). Cette stratégie doit relever le défi de la rémunération complète de

ces personnels ainsi que leur dotation continue en médicaments essentiels. Le plan prévoit une motivation des relais communautaires de 20 000 F CFA (15 000 F CFA payés par le Partenaire technique et financier et 5 000 F CFA par l'État). A ce jour, il n'existe pas encore de plan de transition pour la prise en charge totale éventuelle des motivations des relais communautaires par l'État.

### 1.4.3. Au niveau du sous-secteur pharmaceutique

L'accès à des produits de santé de qualité est une condition essentielle au fonctionnement du système de santé. Un plan stratégique pharmaceutique (PSP) 2018-2022 a été élaboré avec pour objectif d'améliorer la disponibilité et l'accès à des produits de santé essentiels, de qualité, efficaces et de sécurité d'emploi à l'ensemble de la population (jusqu'au dernier km).

Le PSP 2018-2022 aborde les défis relatifs à la réglementation pharmaceutique, l'assurance qualité des produits de santé, la production locale des médicaments, la surveillance du marché des produits de santé, la coordination des approvisionnements pharmaceutiques et la biologie médicale. L'approvisionnement pharmaceutique au niveau du secteur public est prioritairement assuré par les pharmacies populaires (structures décentralisées de l'ONPPC) au niveau départemental et régional et par l'ONPPC au niveau central, qui fait l'objet d'un appui technique et financier conséquent pour mieux répondre aux attentes du système de santé.

Les CSI s'approvisionnent auprès de la pharmacie du district ou directement au niveau des pharmacies populaires selon qu'il s'agisse d'un mode de recouvrement à caisse unique ou à caisse autonome. Les Cases de santé s'approvisionnent auprès des CSI. Les relais communautaires se ravitaillent auprès des CSI ou cases de santé de rattachement. Pour les populations ou les actes ne bénéficiant pas d'un régime d'exemption de paiement, les médicaments sont délivrés aux patients après paiement du forfait du recouvrement des coûts (RC). En cas de rupture de médicaments, les ordonnances sont remises aux malades en vue de s'approvisionner auprès des pharmacies et dépôts privés de l'aire de santé.

#### 1.4.4. Au niveau de la médecine traditionnelle et de la médecine alternative

La médecine traditionnelle reste le premier recours de 80% de la population au Niger en cas de maladie. Le MSP/P/AS a institué l'intégration de la médecine traditionnelle dans l'offre de santé et sa collaboration avec la médecine moderne. Ainsi, le MSP/P/AS a pris en compte le volet de la médecine traditionnelle dans son plan de développement sanitaire (PDS). Dans ce sous-secteur, on dénombre environ 3 972 tradipraticiens en 2019 exerçant de façon autonome. Il existe des textes réglementant l'exercice de la profession à tous les niveaux.

#### 1.4.5. Utilisation des services de santé

L'utilisation et la qualité des soins dans les services de santé restent dans l'ensemble en deçà des attentes. En 2015 le taux d'utilisation des services curatifs était de 43,86% , la proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié est de 39,7%, la proportion d'enfants complètement vaccinés est de 52%, et la prévalence contraceptive est de 13,5%. Cette faible utilisation des services aura pour corollaire un taux de mortalité maternelle encore élevé de 520 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et une mortalité infantile de 51,3 ‰ en 2015. A cela s'ajoutent des facteurs dites socio-culturelles et certains comportements néfastes de la population qui limitent l'accès et la fréquentation des services de santé malgré les interventions à base communautaires.



## 2. ÉTAT DE SANTÉ ET NUTRITION DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT, ET DE L'ADOLESCENT AU NIGER

L'état de santé de la population au Niger est caractérisé par des taux encore très élevés de mortalité et de morbidité. En d'autres termes, les hommes et les femmes courent, respectivement, un risque d'un sur sept de décéder et d'un sur huit entre 15 et 50 ans en 2012<sup>12</sup>. L'espérance de vie à la naissance tourne autour de 64,5 ans en 2017<sup>13</sup>. Les femmes et les enfants payent le plus lourd tribut de cette mortalité. L'état de santé de la mère et de l'enfant est apprécié sur la base de la mortalité maternelle et infanto-juvénile.

### 2.1. Situation de la mortalité maternelle

Le Niger a réalisé des progrès significatifs en matière de la mortalité maternelle. Malgré la réduction observée au cours de ces deux dernières décennies, passant de 652 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1992 à 520 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015, celle-ci

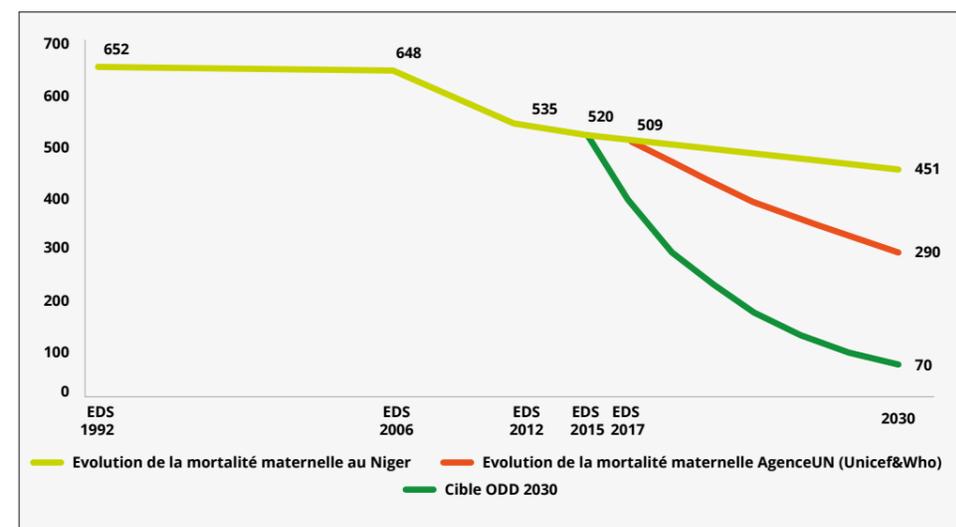
reste encore très élevée et très éloignée de la tendance qui permettrait au Niger d'atteindre la cible des ODD en 2030.

La désagrégation en valeur absolue et par région, montre que le nombre de décès maternel est plus élevé dans les régions de Zinder (1 208) et Maradi (1 154), suivi de Tahoua (1 066) et Tillabéri où 929 de femmes décèdent des complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Une priorisation des régions pourrait prendre en compte ces régions.

L'analyse selon le milieu de résidence avec l'outil EQUIST, montre que le risque de décès maternel est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain ; près de 4,740 femmes meurent annuellement en milieu rural contre 735 femmes en milieu urbain.

**Figure 1 :**  
Évolution de la mortalité maternelle vers l'atteinte des ODD

Scs: EDS & ENISED 2015



12 EDSN-MICS 2012

13 Projection démographique du Niger, horizon 2012-2035 / Institut National de la Statistique

### 2.2. Situation de la mortalité néonatale

En rapportant les taux de mortalité néonatale, infantile, et juvénile aux taux de mortalité infanto-juvénile, sur la période 1992-2015, force est de constater que ces taux représentent respectivement en moyenne 18,3%, 42,3% et 62,6%. Ce rapport suggère qu'au Niger, en dépit de la bonne évolution de la mortalité infanto-juvénile, des actions prioritaires renforcées ciblant les enfants de moins de 1 an permettront d'infléchir la mortalité des moins de 5 ans.

La désagrégation des décès par région, montre que les décès néonataux sont élevés à Tahoua (40%), suivi de Tillabéri, Maradi, Dosso, Niamey et Agadez respectivement, (37%), (36%), Niamey et Agadez (27%).

### 2.3. Situation de la mortalité infanto-juvénile

La réduction de la mortalité infanto-juvénile, au cours de ces deux dernières décennies au Niger a été très importante. Ce taux est passé de 318 en 1992 à 94 pour mille naissances vivantes, en 2015, atteignant ainsi les OMD 4.

Néanmoins la vitesse de réduction de la mortalité a diminué depuis 2012. Selon les estimations du système des Nations-

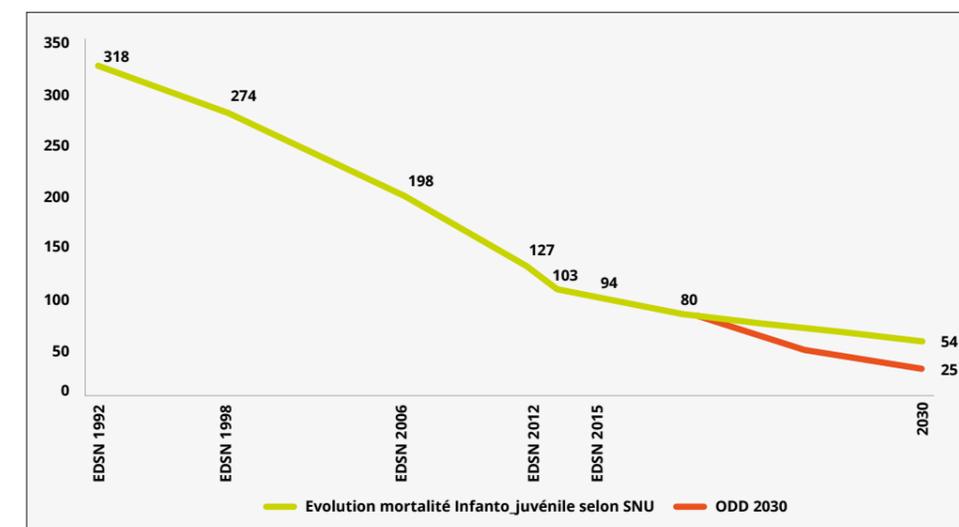
Unies de l'IGME, en maintenant le rythme actuel, le taux de mortalité infanto-juvénile au Niger atteindrait 54 pour 1,000 NV d'ici à 2030, loin de la cible des ODD fixée à 25 pour 1,000 NV.

La désagrégation des données de mortalité infanto-juvénile par région montre des disparités significatives<sup>14</sup> avec un risque de mortalité élevé et supérieur à la moyenne dans les régions de Tillabéri (151‰), Tahoua (140‰) et à Maradi (123‰).

En considérant ces mortalités en valeur absolue, les régions qui enregistrent le plus grand nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans sont la région de Tahoua (27,892), Zinder (26,651) Maradi, (26,523) et Tillabéri (26,222).

Le facteur discriminant est aussi important selon le lieu de résidence et le niveau de richesse. La mortalité infanto-juvénile est beaucoup plus élevée en milieu rural, avec 134‰ décès, qu'en milieu urbain où elle est de 80‰. Le Niger enregistre ainsi 11 8731 décès d'enfant de moins de 5 ans en milieu rural contre 1 988 en milieu urbain.

Le risque de mortalité infanto-juvénile est plus élevé chez les populations appartenant au quintile de richesse les plus faibles (168‰ de décès infanto-juvénile dans les 2ème, 3ème et 4ème quintile, et 144‰ pour le premier quintile). Chez les plus riches, la mortalité est plus faible. En conséquence, les programmes de santé ciblant prioritairement les classes intermédiaires et les plus pauvres favoriseraient la réduction de la mortalité infanto-juvénile.



**Figure 2 :**  
Évolution de la mortalité infanto-juvénile vers l'atteinte des ODD

Selon le SNU

14 Selon les données issues de l'ENISED de 2015 intégrées dans l'outil EQUIST

## 2.4. Situation de la vaccination

Les données issues des enquêtes démographiques et de santé, effectuées entre 1992 et 2012 montrent que le taux de couverture vaccinale (enfants complètement vaccinés) a varié de 17,3% à 52%.

Il ressort de cette analyse que les régions de Zinder (40,82%), Tahoua (46,8%), Diffa (41,8%) ont une couverture vaccinale inférieure à la moyenne nationale. Les régions de Diffa et de Zinder ont la proportion d'enfants complètement vaccinés plus faible que la moyenne nationale (respectivement 42% et 41%) pendant que Niamey et Agadez, ont, en revanche, la plus élevée (respectivement 73% et 66%). Dans la région de Diffa, 22% des enfants n'ont reçu aucun vaccin du PEV en 2012.

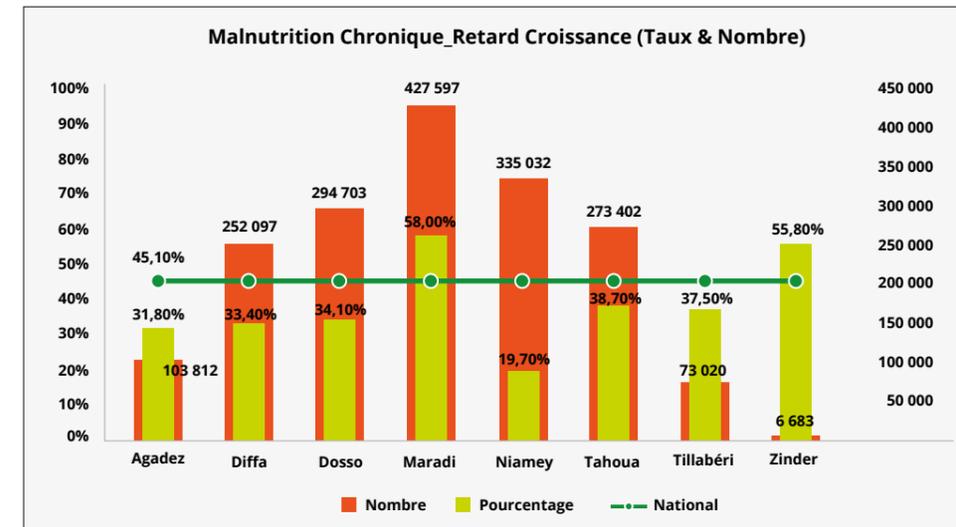
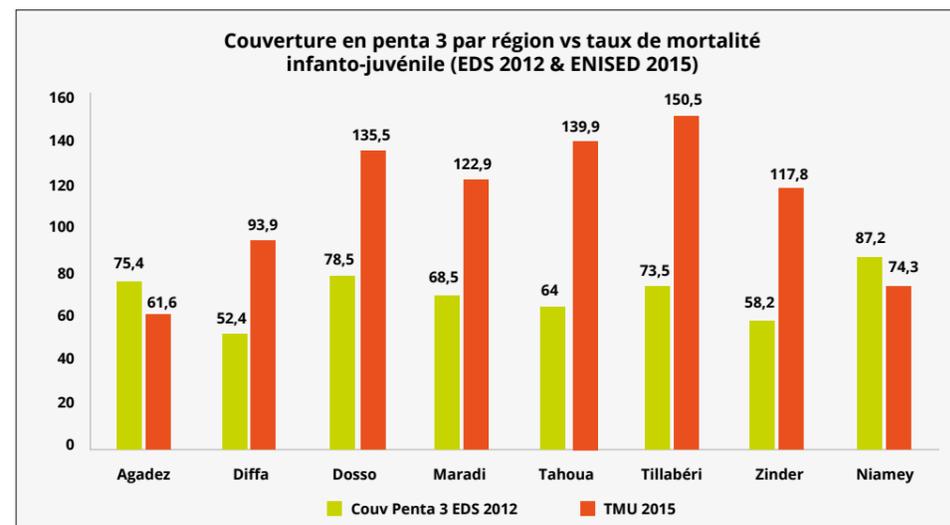
En considérant l'évolution de la couverture du Penta 3 et en la triangulant avec plusieurs sources de données, il importe de constater qu'au cours des dernières années la couverture vaccinale s'est améliorée, le Niger est passé de 20,3% en 1992 (EDS 2012) à 85% selon le Rapport conjoint OMS-UNICEF (JRF) de 2018. Les régions qui ont un niveau de couverture en Penta 3 relativement bas (en dessous de 70%) ont un taux de mortalité élevé. C'est le cas de la région de Diffa (52,4%), Maradi (68,5%), Tahoua (64%) et Zinder (58,2%) qui ont respectivement 93,9 ‰ naissance vivantes, 122,9 ‰ ; 139,9 ‰ et 178,8 ‰. Les régions d'Agadez (75,4%) et de Niamey (87,2%) qui ont une couverture élevée, ont les taux de mortalité infanto-juvénile les plus bas respectivement

61,6‰ et 74,3‰, ce qui confirme le lien de causalité entre la vaccination et la mortalité chez les moins de 5 ans.

## 2.5. Situation nutritionnelle des enfants

En dépit des efforts consentis par l'État nigérien et ses partenaires, la sous-nutrition (malnutrition aiguë, malnutrition chronique, insuffisance pondérale) demeure l'une des principales causes associées de mortalité infantile. Ces pathologies constituent un problème majeur de santé publique au Niger. La malnutrition aiguë globale (émaciation) évolue en dent de scie entre 2010 à 2020 (oscille entre 10% et 15%) et la malnutrition chronique (retard de croissance) se situe à plus de 45% d'entre eux en 2020. L'articulation de la MA et de la MC rendent la situation des enfants particulièrement critique. L'insuffisance pondérale affecte 33,4% des enfants de moins de 5ans en 2020 contre 31,4% en 2019. Cette prévalence varie de 16,0% à dans la région de Niamey à 42,2% dans la région de Maradi. En outre, 3 régions sur 8 sont au-dessus de la moyenne nationale: Maradi (42,2%), Zinder (41,5%) et Diffa (34,0%).

**Figure 3 :**  
Régions à faibles taux de couverture en Penta 3 et le taux de mortalité infanto-juvénile



**Figure 4 :**  
Situation de la Malnutrition chronique

Scs : Smart 2020

La prévalence de la malnutrition chronique (retard de croissance) au Niger est de 45,10<sup>15</sup>. Ce taux est au-dessus du seuil très élevé de l'OMS (30%). Seule la région de Niamey (19,70%) se situe sous le seuil d'alerte de l'OMS. Les autres régions sont largement au-dessus de la norme montrant ainsi le caractère critique du retard de croissance au Niger.

Cette prévalence est par désagrégation régionale de 31,80% à Agadez, 33,40% à Diffa, 34,10% à Dosso, 37,50% à Tillabéri, 38,70% à Tahoua avec des pics à Zinder (55,80%) et Maradi (58%).

Au Niger la sous-nutrition intervient dans près de 43% des décès infantiles. Le système de santé prend en charge autour de 350 000 à 400 000 enfants atteints de malnutrition aiguë sévère (MA) chaque année. Malgré ces chiffres et une amélioration effective de l'offre, des efforts importants restent à faire. À titre d'exemple, l'étude de 2018 sur le coût de la faim établit qu'au Niger, seuls deux enfants sur dix souffrant de sous-nutrition reçoivent une attention médicale adéquate.

La persistance de la malnutrition aiguë et chronique, influant l'une sur l'autre ainsi que sur la mortalité infantile, constitue un risque permanent pour la survie des enfants ainsi que leur développement physique et cognitif, ce qui, à plus long terme, constitue un risque pour le capital humain du pays et son développement économique et social. En effet, les coûts annuels associés à la sous-nutrition chez l'enfant au Niger ont été estimés à 289,7 milliards de F CFA, soit 7,1% du produit intérieur brut annuel.

Les deux formes de malnutrition ont des causes structurelles multidimensionnelles exacerbées par des événements ou des chocs spécifiques dont les effets perdurent au fil du temps, menaçant la vie des enfants et alourdissant le fardeau des ménages.

## 2.6. Situation de la santé des adolescent(e)s

La proportion des adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde est de 40% et cette proportion augmente rapidement avec l'âge, rapporte l'EDSN 2012, passant de 7% à 15 ans à 42% à 17 ans et à 75% à 19 ans. Plus des deux tiers des cas de fistule obstétricale surviennent chez les adolescentes. L'âge de la première union des femmes est de 15,7 ans et celui du premier rapport sexuel 15,9 ans ; ce qui témoigne l'importance que la santé de l'adolescent et des jeunes parmi les priorités de Santé Publique.

Les jeunes et adolescents vivent dans un environnement qui les rend plus vulnérables à des pratiques préjudiciables à leur santé. Cette frange de la population éprouve d'énormes difficultés d'accès aux services de santé pour des raisons d'ignorance et par manque de moyen, aggravées par des facteurs socioculturels et certaines pratiques traditionnelles néfastes. A cela s'ajoute d'autres défis comme l'entrée précoce des adolescentes dans la vie procréative, qui réduit considérablement leurs opportunités scolaires et professionnelles, ainsi que

15 SMART 2020

Le fait que les enfants nés de mères âgées de moins de 20 ans courent plus de risques de décéder avant leur premier anniversaire que ceux issus de mères plus âgées.

Ainsi, une Direction de la Santé des Adolescents et des Jeunes a récemment été créée au MSP/P/AS en mai 2021 pour une meilleure prise en charge de la spécificité de la santé de l'adolescence et de la jeunesse.

## 2.7. Situation du WASH

Le secteur de l'eau et de l'assainissement, joue un rôle fondamental dans l'amélioration des conditions des populations. La maîtrise de l'accès à l'eau potable et au système d'assainissement contribue à améliorer les états de morbidité et de mortalité d'un pays donné.

### 2.7.1. Évacuation hygiénique des selles

L'évacuation hygiénique de selles s'est beaucoup améliorée dans les régions de Niamey (90%) et Agadez (54%)<sup>16</sup>. Cependant, on note une grande insuffisance dans les régions de Dosso (14%) et Tillabéry avec 7%. L'évacuation hygiénique des selles est très faible en milieu rural (12%), mais bien prise en charge en milieu urbain (82%).

Suivant les données de l'EDSN 2012 mis à jour, plus le niveau de vie est élevé, plus

l'évacuation hygiénique de selles se fait de façon optimale.

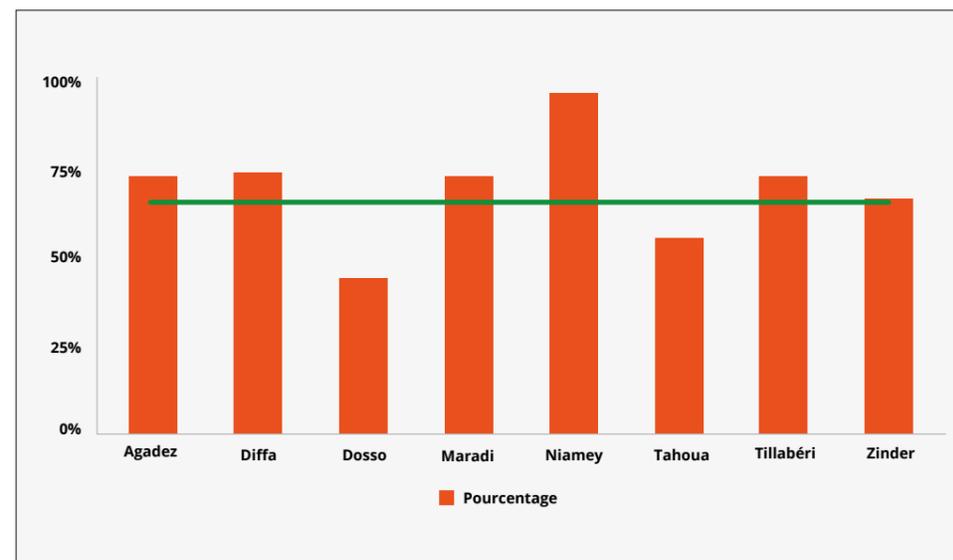
### 2.7.2. Accès à des installations d'assainissement améliorées par région et selon résidence

Globalement 20,8%<sup>17</sup> des ménages utilisent les latrines améliorées<sup>18</sup>. Cette proportion varie très fortement avec le milieu de résidence. Elle est d'environ 81% en milieu urbain contre 9,5% en milieu rural. Elle varie également selon la région. En effet, comme le montrent les données du graphique ci-dessous, la proportion de la population utilisant les installations d'assainissement améliorées est de 86,6% à Niamey contre seulement 9,2% à Dosso. Le milieu urbain a davantage accès à des installations d'assainissement améliorées que le milieu rural.

### 2.7.3. Utilisation des installations élémentaires de lavage des mains

Un peu plus d'un quart (26,2% ) de la population utilisent des installations élémentaires de lavage des mains . Ce pourcentage varie de 23,3% en milieu rural à 41,9% en milieu urbain. En considérant les régions, cette proportion est plus élevée à Diffa (57,8%) et plus faible à Dosso (19,6%). Il varie également selon le revenu mensuel du ménage. 35,9% des ménages qui ont un revenu supérieur à 75 000 F CFA utilisent ce type de dispositif de lavage des mains contre seulement 22% chez les ménages dont le revenu du chef de ménage inférieur ou égal à 30 000 F CFA.

**Figure 5 :**  
Pourcentage de la population ayant accès à des installations d'assainissement améliorées par région



<sup>16</sup> Cet indicateur était de 24,6% à Niamey et de 34% dans les autres villes en 2015 (ENISED 2015)

<sup>17</sup> Enquête PROSEHA 2020

<sup>18</sup> Sont considérées comme latrines améliorées, toutes les latrines à chasses eau avec ou sans réservoir (connectées à un système d'égout, ou connectée à une fosse septique, ou reliée à des latrines, ou reliée à autre chose), les latrines ventilées, les latrines à fosses avec dalle et les toilettes à compostage.

## 2.8. Situation de l'état-civil

L'État nigérien, a procédé en 2019, à la révision du régime d'état-civil et à l'adoption du document de la politique nationale de l'état civil. Le gouvernement en tenant compte du nouveau texte intègre l'évolution du contexte national et international, notamment les enjeux de l'identification des personnes, de la sécurité, de la planification du développement, de l'évolution des technologies de l'information et de la communication, de l'établissement des listes électorales biométriques, de la maîtrise des flux démographiques et migratoires. La politique nationale de l'état civil définit les modalités de la réforme de l'état civil en vue d'en faire un véritable outil de développement national.

Au Niger, seuls les 29% des parents ayant déclarés leurs enfants à l'état civil étaient en possession de l'acte de naissance en 2012 (EDSN 2012). Pour répondre à ce défi, le gouvernement de Niger met actuellement en œuvre le Programme d'Appui à la Réforme de l'État civil (2017-2021) qui a permis d'accroître l'offre des services de l'État civil par la création des centres de déclaration administratifs et la mise à disposition en quantité suffisante des supports d'enregistrements (Cahiers de déclaration, registres, etc.) dans les villages et tribus. Environ 75% des villages et tribus sont érigés en centres de déclaration des faits de l'État Civil. A ces centres s'ajoutent les formations sanitaires publiques et privées qui enregistrent toutes les naissances et les décès intervenus en leur sein et chacune de ces structures peut établir des documents d'identité.

La demande des services de l'état civil a connu une amélioration avec les deux tiers des naissances attendues dans l'année, soit plus de 900 000 naissances, sont déclarées dans les délais requis par la loi grâce aux campagnes de sensibilisation sur l'importance de disposer des actes d'état civil . Les enfants non enregistrés se trouvent en majorité dans les zones rurales et dans les familles les plus pauvres. On compte plus d'enfants qui échappent à l'enregistrement des naissances parmi les enfants des mères sans éducation primaire et les minorités ethniques.

## 2.9. Situation de l'égalité de genre

Il existe une forte disparité entre les femmes et les hommes au Niger. Le pays se classe 154e sur 162 pays pour l'indice d'inégalité entre les sexes .

Le Niger connaît le taux de mariage d'enfants le plus élevé au monde avec plus de 75 pourcent des filles mariées avant l'âge de 18 ans, dont 30 pourcent avant d'avoir atteint l'âge de 15 ans. Le taux de fécondité des adolescentes ainsi que le taux total de fécondité diminuent lentement au Niger, mais restent très élevés (206 naissances pour 1000 filles âgées de 15 à 19 ans). Il en est de même pour l'ISF. La plupart des sociétés nigériennes sont de type patriarcal, ou la majorité des adolescentes et des jeunes femmes ne bénéficient pas d'un statut, d'un rôle favorisant leur émancipation et leur autonomie. Dans ce contexte, trop souvent, le mariage et la procréation deviennent alors une source potentielle de reconnaissance sociale et personnelle. Les résultats d'une analyse de la Banque Mondiale sur l'impact économique des inégalités de genre soulignent qu'après un certain âge, les filles doivent choisir entre le mariage et les études. Quand une fille est mariée, il lui est très difficile de rester à l'école ou de développer une activité économique. Ainsi, 34 % des nigériennes sont hors de la population active contre 10 % pour les hommes. Les normes de genre se traduisent par une participation plus importante des hommes que des femmes aux activités productives, tandis que ces dernières sont en charge des responsabilités ménagères. Le mariage des enfants réduit les perspectives d'éducation pour les filles, et à l'inverse, de meilleures opportunités d'éducation et d'emploi pour les filles réduisent la probabilité d'un mariage précoce.

En 2015, on notait une très forte disparité du taux brut de scolarisation des filles (15,9%) et les garçons (21,7%). Au niveau de l'éducation de base non formelle, le taux d'alphabétisation de la population âgée de 15 ans et plus est de 28,4% , mais seulement de 18,1% pour les femmes contre 40,08% pour les hommes. Pour répondre à ces défis, des efforts importants ont été entrepris par l'État, et ont permis d'améliorer les indicateurs en matière d'éducation. Le Niger a notamment adopté une loi en 2017 afin de rendre obligatoire la scolarisation de la fille obligatoire jusqu'à 16 ans.

<sup>19</sup> PROSEHA 2020.

<sup>20</sup> Les installations élémentaires de lavage des mains comptent du savon (détergent, cendre, boue ou sable) et eau dans le foyer.

<sup>21</sup> Journal of Health Population and Nutrition, Obstacles to birth registration in Niger: estimates from a recent household survey, 2019 <https://jhp.n.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41043-019-0185-1>

<sup>22</sup> United Nations Development Program (UNDP), Human Development Report 2020.

<sup>23</sup> Economic Impacts of Gender Inequality in Niger, World Bank, 2019.

<sup>24</sup> ECVMA 2014.

## 3. PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITÉ ET DE MALNUTRITION DES FEMMES ET DES ENFANTS

Les causes de mortalité sont directes ainsi qu'indirectes. Les causes directes sont les maladies, accidents (catastrophe) et violences, et les causes indirectes sont celles liées à l'environnement qui favorisent et ou potentialisent les causes directes.

### 3.1. Causes de mortalité maternelle

La mortalité maternelle est élevée au Niger. Les principales causes directes de décès maternels au Niger sont : les hémorragies du post partum et de l'ante partum (14,42%)<sup>25</sup> ; les prééclampsies sévères/éclampsie (8,01%) ; le travail prolongé/dystocique (4,37%) ; les infections sévères du post-partum (4,03%) ; la rupture utérine (1,70%) ; la rétention du placenta (0,51%).

Il convient d'ajouter d'autres causes indirectes notamment le paludisme (17,60%) et l'anémie (12,38%).

### 3.2. Causes de mortalité néonatale

Plus de 80% des décès néonataux sont dus à la prématurité (30,8%), l'asphyxie (28,8%), aux infections néonatales (16,5%) et la pneumonie du nouveau-né (5,5%).

### 3.3. Cause de mortalité infanto-juvénile

Les principales causes de mortalité infanto-juvénile sont, par ordre décroissant, le paludisme, la pneumonie et la diarrhée. La mortalité liée au paludisme est particulièrement élevée dans les

régions de Tillabéri, Tahoua, Dosso et Zinder, ou il représente entre 29 et 24% des causes de décès. La pneumonie est une cause de 24% des décès dans la région de Tillabéri, 23% à Tahoua et 22% à Dosso et à Zinder. La diarrhée suit le même ordre avec une proportion de 20% à Tillabéri.

### 3.4. Causes de malnutrition

La malnutrition constitue un problème de santé publique au Niger. Elle est l'une des causes majeures de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. La morbidité nutritionnelle se concentre autour de trois formes principales de malnutrition aiguë (le rapport P/T) ou Émaciation/maigreur qui touche 12,5% des enfants de moins de 5 ans, la malnutrition chronique ou le retard de croissance (T/A) concerne 43,5% et l'insuffisance pondérale (P/A) un peu plus de 33% de la même population.

La forte prévalence des différentes formes de malnutrition au Niger résulte d'une synergie de causes immédiates, sous-jacentes, structurelles et conjoncturelles. Les causes immédiates sont liées soit à une alimentation inadéquate, soit à des maladies infectieuses et parasitaires. La malnutrition est un problème de santé multifactoriels dont les causes sous-jacentes sont : le manque d'accès à une alimentation de qualité et en quantité, les soins et les pratiques inappropriés d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les mauvaises pratiques d'hygiène et d'assainissement, l'insuffisance d'accès à l'eau potable et aux services de santé.

#### 3.4.1. L'insécurité alimentaire chronique des ménages (en particulier des ménages ruraux)

Le Niger connaît une situation alimentaire fragile, avec des épisodes d'insécurité

alimentaire accrus pendant les périodes de soudure, lors des catastrophes naturelles et des épisodes d'insécurité. La majorité de la population est concentrée sur une bande étroite de terres cultivables le long de la frontière du sud. Les capacités de production et les rendements agricoles sont peu performants, et limités par le morcellement des terres, la déféminisation de l'agriculture et les aléas climatiques (sécheresses, inondations). Il en découle un déficit vivrier chronique et plus généralement une précarité des conditions de vie des populations à majorité rurale. L'analyse de l'impact de la COVID 2019 de mars 2020 sur la sécurité alimentaire a permis d'identifier 5,6 millions de personnes en insécurité, dont 2,7 millions de personnes en insécurité alimentaire sévère, et 2,9 millions de personnes appartenant aux couches socio-économiques, dont la principale source de revenus est affectée par la COVID 19.

#### 3.4.2. L'incidence de la sous-nutrition sur la santé

En raison du cercle vicieux entre malnutrition et maladies infectieuses (rougeole, pneumonie, méningite, paludisme, maladies diarrhéiques), ce contexte adverse est à la fois cause et conséquence des prévalences élevées de malnutrition sous toutes ses formes. Les soins inadéquats aux mères et aux enfants, incluant notamment les pratiques d'hygiène, d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), le temps consacré aux enfants, la charge de travail et l'état psychologique des mères impactent les résultats de la santé. En effet, le taux d'allaitement maternel exclusif, par exemple, n'est que de 21,1% dans tout le pays, avec une introduction et une diversification inadéquate des aliments de complément. En 2020, la diversité alimentaire minimale n'était assurée que par 13,8% des ménages sur le plan national. Par ailleurs, une bonne nutrition maternelle, notamment au moment de la grossesse et de la période d'allaitement, est importante pour garantir une bonne santé de la mère et de son enfant mais aussi le développement de ce dernier.

#### 3.4.3. La faible couverture des services d'assainissement et d'eau potable

L'insuffisance d'accès à l'eau potable augmente le risque de maladies d'origine hydrique, qui entravent l'absorption des nutriments ou favorisent leur déperdition, et contribuent ainsi à la sous-nutrition. Elles en sont aussi un effet. Les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables à ces maladies car leur système digestif et immunitaire est encore en développement. Au Niger, en milieu rural, moins d'une personne sur deux, a accès à l'eau potable et seulement 3% des ménages disposent d'un approvisionnement en eau potable sur place. Le temps que prend l'approvisionnement en eau de boisson réduit d'autant plus le temps consacré aux enfants.

Concernant l'assainissement, l'insalubrité dans et autour des maisons favorise la propagation des maladies infectieuses. L'évacuation inadéquate des excréments humains ainsi que la mauvaise gestion des excréments du bétail sont associées à des maladies gastro-intestinales qui rendent difficile l'absorption de nutriments. Ceci peut engendrer des formes variées de sous-nutrition. Au Niger, seuls 11% des ménages (4,3% en milieu rural) utilisent des installations sanitaires améliorées, plus de 70% ont recours à la défécation à l'air libre.

## 4. LA COUVERTURE DES INTERVENTIONS À HAUT IMPACT SUR LA SANTÉ DE LA MÈRE, DE L'ENFANT DE L'ADOLESCENT - MODÉLISATION AVEC L'OUTIL EQUIST

Dans ce contexte où les indicateurs de santé sont souvent critiques, les besoins importants et les ressources rares, hiérarchiser les interventions complémentaires aux services existants, en fonction de leur degré de priorité mais aussi de leur impact est une activité essentielle. Pour ce faire, l'outil EQUIST<sup>26</sup> (Equitable Impact Sensitive Tool) a été développé en 2012 par UNICEF pour permettre de déterminer le rapport coût-efficacité d'une approche de la survie, de la santé et de la nutrition en combinant la budgétisation marginale des goulots d'étranglement (MBB) et l'outil Vies sauvées (LIST). Il est un outil de planification stratégique et de priorisation des systèmes de santé ouvert en ligne, utilisé principalement dans les pays en développement et à revenu intermédiaire. Il est conçu pour aider les décideurs politiques et les responsables de programmes à améliorer les plans et les politiques de santé en vue d'un système de santé fort et résilient. EQUIST peut être utilisé à n'importe quel niveau du système de santé, sous réserve de la disponibilité des données, et peut être ajusté pour se concentrer sur des aspects spécifiques du système de santé, ou sur le système dans son ensemble. Le Dossier d'Investissement de Niger a été développé sur la base de la priorisation que permet cet outil axé sur l'équité<sup>27</sup>.

### 4.1. Les plateformes de prestation et interventions traceuses et à hauts impacts d'EQUIST

Pour la modélisation avec l'outil EQUIST les interventions à haut impact sur la SRMNA-Nut ont été organisées en fonction des prestations promotionnelles, préventives et d'autres curatives, regroupées en trois plateformes de soins :

- La plateforme communautaire comprenant essentiellement des interventions préventives pouvant être assurées par les ménages eux-mêmes ou par les agents communautaires ;
- La plateforme préventive constituée des interventions préventives nécessitant la présence d'un personnel de santé soit en fixe dans une Formation Sanitaire (FOSA) ou en mobile lors de services portés vers les populations ;
- La plateforme curative offerte à différents niveaux de la pyramide de soins en fonction du niveau de technicité nécessaire ; il est subdivisé en deux sous-niveaux (clinique simple et de référence).

Chaque plateforme de prestations de soins est ensuite regroupée en trois sous-paquets d'interventions : Pratiques communautaires, services préventifs et soins cliniques.

La figure ci-dessus donne le schéma des plateformes et des interventions à haut impact, des interventions traceuses, c'est à dire les plus représentatives du paquet et dont l'efficacité de l'intervention est la plus élevée.

Figure 6 : Les plateformes de prestation des interventions d'EQUIST



<sup>26</sup> <https://www.equist.info/fr/>

<sup>27</sup> Comme tout outil EQUIST représente certaines limites, sachant que l'outil élabore des hypothèses sur la base des données d'enquêtes nationales et dépend donc de la disponibilité et la qualité de ces données, y compris au niveau sous régional.

## 4.2. Interventions à haut impact actuellement mis en œuvre au Niger

L'outil EQUIST se base sur des interventions sélectionnées sur base de leur efficacité reconnue sur les principales maladies mortelles de la mère et de l'enfant. Les données sont utilisées et modélisées dans les outils de planification et budgétisation (OneHealth et EQUIST). Ce sont ces interventions que l'on appelle « interventions à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant » et leur impact est pondéré par leur coût.

Pour apprécier la performance du système de santé en vue d'améliorer l'état de santé de la population dont il a la responsabilité, l'EQUIST commence par mesurer le niveau de couverture effective des interventions à haut impact.

Au Niger, sur la centaine d'interventions mondialement reconnues, 88 interventions à haut impact sur la santé et la nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant

et de l'adolescent, ont été répertoriées et sont actuellement mises en œuvre dans la majorité des districts sanitaires. Sur les 88 interventions mises en œuvre au Niger, il a été possible d'obtenir des données de couverture effective pour 79 interventions. Ces interventions sont supposées être délivrées dans les 72 districts sanitaires du pays et constituent le paquet minimum d'activité (PMA) et le paquet complémentaire d'activité (PCA).

Pour faciliter l'analyse d'EQUIST les couvertures effectives des interventions à haut impact sont regroupées dans chacune des trois plateformes et organisées en trois paquets. Pour chaque paquet d'intervention, une intervention a été retenue comme traceur du paquet, c'est-à-dire l'intervention la plus représentative du paquet. Le tableau ci-dessous donne la synthèse des paquets d'interventions à haut impact répertoriés au Niger et les interventions traceuses pour chacun d'entre eux.

## 4.3. Couverture effective des interventions

Globalement, les couvertures effectives des interventions à haut impact sur la santé de la mère du nouveau-né, de l'enfant et des adolescents au Niger restent faibles. La plateforme communautaire semble être la moins performante. Les couvertures effectives des interventions du paquet promotionnel pour Wash, le paquet de planning familial, la PCIME et les soins prénatals sont les plus basses (moins de 20%) ; et donc constituent les interventions prioritaires à porter à échelle.

**Tableau 1 :**  
Interventions traceuses par paquets au Niger

Plateforme	Paquet	Nombre total d'interventions à haut impact	Nombre d'interventions renseignées	Interventions traceuses des paquets
Communautaire	1. Nutrition	6	5	Allaitement maternel exclusif
	2. Santé	2	1	Utilisation des MILDA
	3. Wash	4	4	Utilisation des toilettes
Préventif	4. Planification familiale	16	16	Utilisation méthode moderne
	5. Soins prénatals	10	9	Utilisation du fer acide folique
	6. Vaccination	12	11	Administration de la PENTA3
Clinique	7. PCIME	13	13	Administration de la SRO & Zinc
	8. Soins néonatal	5	4	PEC cas graves infections Nné
	9. SONU	20	16	Accouchement assisté
Total SRMNIA-Nut		88	79	



## 5. ANALYSE DES DÉTERMINANTS DE COUVERTURE

L'analyse des déterminants des couvertures effectives s'est faite sur base du modèle de Tanahashi qui regroupe les dits déterminants de couverture en quatre groupes : les déterminants de l'environnement favorable pour

l'organisation des services, les déterminants de l'offre des services, les déterminants de la demande, et le déterminant de la qualité (qui correspond à la couverture effective elle-même).

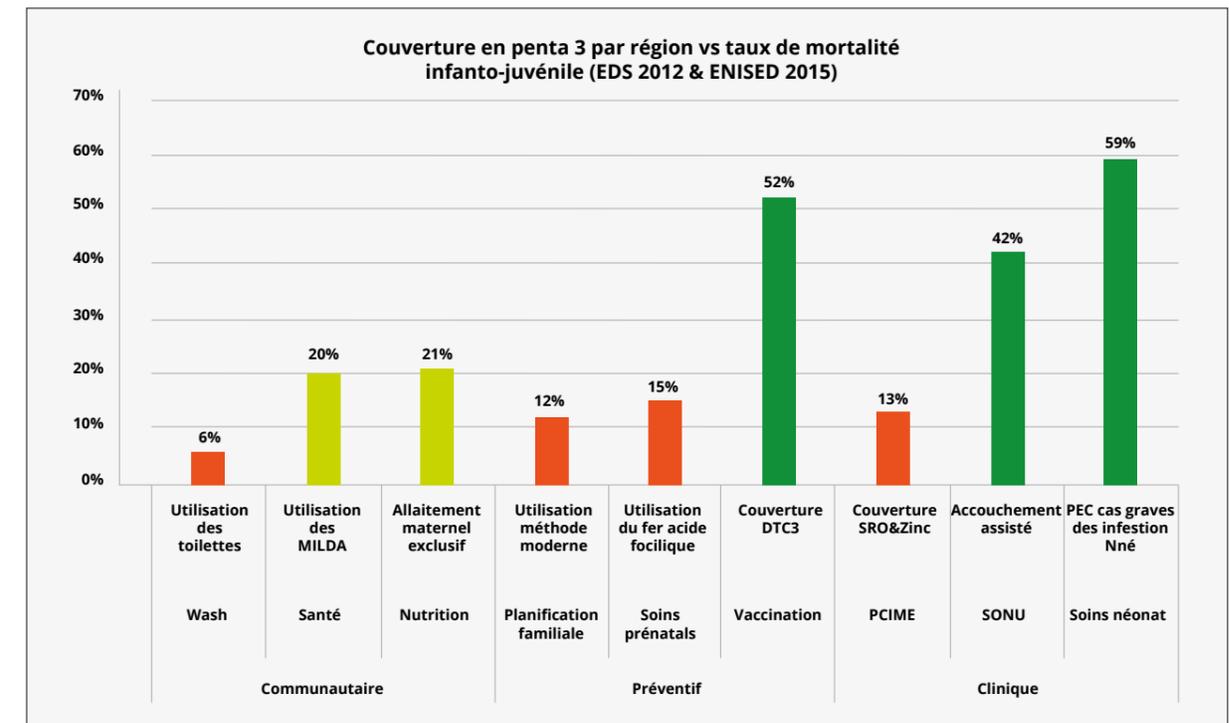
**Tableau 2 :**  
Déterminants de couverture des interventions traceuses

Paquets	Indicateurs	Disponi- bilité des intrants	Disponi- bilité des res- sources humaines	Acces- sibilité géogra- phique	Acces- sibilité financière	Acces- sibilité socio culturelle	Utilisa- tion des service	Cou- verture adéquate/ continuité	Cou- verture effective
<b>Communautaires</b>									15.70%
WASH	Utilisation des toilettes	27.00%	42.00%	43.00%	60.00%	21.00%	21.00%	7.00%	6.10%
Nutrition	Allaitement maternel exclusif	98.00%	73.00%	43.00%	60.00%	79.00%	98.00%	56.00%	21.00%
Environnement	Utilisation des MILDA	60.00%	40.00%	51.00%	60.00%	21.00%	29.00%	29.00%	20.00%
<b>Programmables</b>									26.40%
Prénatal	Utilisation du fer acide folique	74.40%	60.00%	20.40%	52.03%	26.21%	37.43%	17.00%	15.20%
Vaccination	Couverture PENTA3	44.00%	79.00%	43.00%	52.00%	21.00%	86.00%	65.00%	52.00%
Planification familiale	Utilisation méthode moderne	60.00%	40.00%	51.00%	60.00%	21.00%	29.00%	29.00%	12.00%
<b>Cliniques</b>									31.42%
SONU.	Accouchement assistés	41.00%	88.00%	51.00%	60.00%	21.00%	56.00%	40.00%	42.26%
Soins néonatal	Soin post natal dans 48 heures	99.00%	88.00%	28.00%	52.00%	27.00%	3.00%	9.00%	59.00%
PCIME	Couverture SRO & Zinc	54.00%	52.00%	43.00%	52.00%	33.00%	41.00%	24.40%	13.00%

Les couvertures effectives des interventions traceuses des interventions communautaires sont les plus faibles. Les couvertures effectives des interventions traceuses des paquets d'interventions

vaccinales et des soins du nouveau-né sont les plus élevées. Ces données ont été complétées par une analyse plus fine des déterminants de la couverture des interventions traceuses retenues.

**Figure 7 :**  
Les plateformes de prestation des interventions (Source: Atelier Equist d'analyse de la situation Equist - avril 2021)



### 5.1. Déterminants de l'environnement favorable

L'environnement favorable de l'organisation des services, tel que déterminé dans le modèle de Tanahashi, est analysé à partir de quatre déterminants qui sont souvent identiques pour les trois plateformes utilisées pour délivrer les services. Il s'agit de la politique, de la gouvernance, du financement et des normes sociales.

#### 5.1.1. Les politiques et la gouvernance

Le Niger s'est doté des instruments juridiques et administratifs essentiels pour l'organisation des services de santé efficaces. Il dispose d'une politique nationale de santé qui précise les orientations du Gouvernement de la République du Niger en matière de santé. Elle tient compte des engagements internationaux et nationaux du Niger, et traduit la volonté de la population nigérienne inscrite dans sa constitution. Elle s'opérationnalise à travers un Plan

de Développement Sanitaire, lui-même aligné au Plan de Développement Social et Economique. Tous ces instruments politiques et juridiques servent de cadre de référence au développement du secteur sanitaire et favorisent un alignement des différents acteurs sur les priorités de santé. Chaque année le MSP/P/AS élabore des plans d'action annuels par niveau et par structure qui permettent de mettre en œuvre les priorités identifiées.

Malheureusement, les mécanismes de coordination proposés pour assurer cet alignement et faciliter le suivi de la mise en œuvre de ces priorités ne semblent pas toujours fonctionner comme souhaité. Ces dysfonctionnements sont ressentis à des degrés différents avec des répercussions aussi bien dans l'organisation que dans la gestion des services de santé.

Concernant l'organisation des services de santé, l'existence au niveau national d'une Direction Générale de la Population et de la Santé de la Reproduction offre un cadrage institutionnel et stratégique aux activités de la nutrition et santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Cette

direction générale est responsable d'un des trois programmes budgétaires du MSP/P/AS ; et cette position lui confère une certaine importance dans le plan d'action annuel (priorité du ministère).

Concernant la gestion des services de santé, l'élaboration des plans d'actions par unité d'exécution de programme permet non seulement d'impliquer tous les acteurs à tous les niveaux mais aussi de les responsabiliser. La faible qualité des données disponibles et la faible utilisation des données à tous les niveaux constituent un des points faibles de la gouvernance du secteur santé.

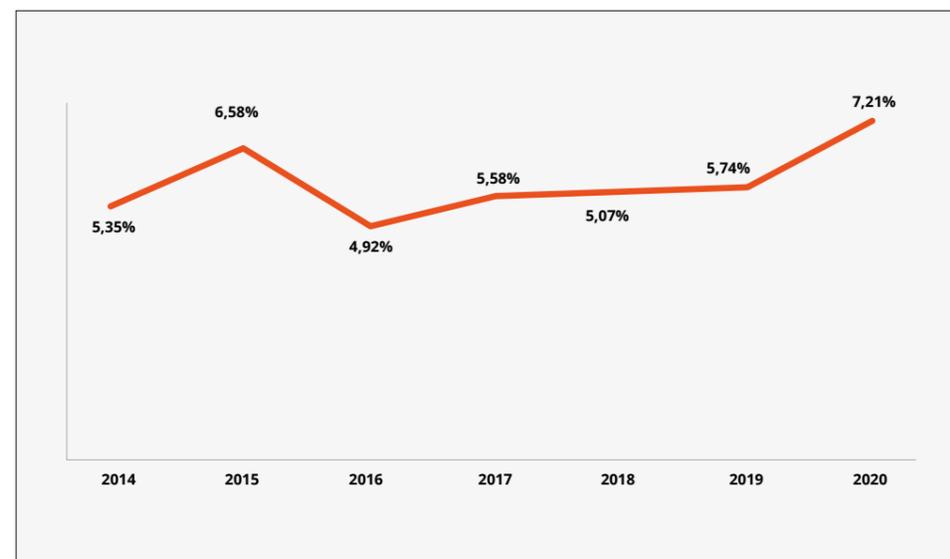
### 5.1.2. Le financement de la santé

La Dépense Nationale de Santé (DNS) a sensiblement augmenté au cours des 5 dernières années. Elle est passée de 381 532 milliards au début du PDS à 508 488 milliards de F CFA en 2020. Il faut néanmoins noter que cette croissance a été plus faible que celle du PIB. De ce fait, la part de la DNS représentait 8,07% du PIB nominal en 2017 et seulement 6,43% en 2020. Ramenée par habitant, la DNS, est passée de 18 475 CFA en 2017 (soit 36,95\$) à 22 349 francs CFA en 2020 (soit 44,70 \$US). Cette croissance en valeur absolue, qui ne prend pas en compte l'inflation, reste éloignée du montant minimal retenu par l'OMS pour assurer la couverture sanitaire universelle (125 \$).

En 2020, la dépense nationale de santé repose à 46,88% sur les contributions des ménages (47,83% en 2017), suivie par la dépense publique issue des revenus nationaux à hauteur de 37,21% (contre 33,4% en 2017) et par les transferts d'origine étrangère pour 14,6% (contre 11,9% en 2017). Il est important de noter ici que la part de l'aide internationale dans le mode de calcul est sous-évaluée puisqu'elle est en partie intégrée dans les contributions nationales et que certaines contributions échappent aux comptes nationaux de santé. Les dépenses principales de santé sont dominées par l'acquisition des biens médicaux (32,16% en 2020 et 30,87% en 2017) et le fonctionnement des hôpitaux et des centres ambulatoires. Les frais de gouvernance et d'administration varient en fonction du périmètre retenu entre 19,19% en 2020 et 12,43% en 2017.

Le budget de l'Etat consacré à la santé a légèrement évolué, passant de 5,58% en 2017 à 7,21% en 2020. Malgré l'adhésion du Niger à la déclaration d'Abuja, le budget consacré à la santé reste plus de 50% inférieur à cet engagement. Il est important de signaler que le budget de l'Etat est différent du budget des Plans d'Action Annuels (PAA) car tous les financements des différents acteurs ne sont pas toujours captés dans le budget national. Les budgets des PAA ont significativement dépassé les budgets du MSP votés du fait que certains partenaires financent directement les PAA sans passer par le niveau central.

**Figure 8 :**  
Évolution de la part du budget de l'Etat alloué à la Santé (MSP + autres secteur/Budget Total de l'Etat (2014-2020))



Les dépenses de la Santé de la Reproduction et la Nutrition s'élèvent à 81 267,54 millions de F CFA soit 17% des dépenses courantes de la Santé. Elles ont surtout concerné, les affections maternelles avec 13,63% ; les Affections périnatales 12,88% et la Prise en charge d'une contraception (planning familial) 44,56% et Affections liés à la santé de la reproduction non spécifiées (comme l'accouchement) 29,04%.

Les dépenses totales (niveau central et régional) liées à la SRMNI-Nut ont représenté 74,300 milliards de F CFA soit 26,72% des dépenses courantes totales (fonctionnement) de santé en 2016 contre 62,05 milliards de F CFA en 2012. Elles sont supportées en premier lieu par les revenus nationaux (ménages, entreprises et ONG nationales), ensuite viennent les transferts issus de l'administration publique (État) qui occupent la deuxième place et les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique (FC et appui budgétaire bi et multilatéral) sont classés en troisième position.

### 5.1.3. Des normes sociales et l'autonomisation de la femme

Bien que des progrès importants aient été réalisés grâce à l'engagement du gouvernement, des leaders communautaires et religieux au cours de ces dernières décennies pour réduire des inégalités de genre au Niger, certaines pratiques néfastes sont encore fréquentes et ont un impact sur la santé. Comme indiqué plus haut, le Niger connaît le taux de mariage d'enfants le plus élevé au monde avec plus de 3 filles sur 4 mariées avant l'âge de 18 ans. Le mariage des enfants et la difficulté du maintien de la jeune fille à l'école sont parmi des obstacles liés à une faible autonomisation des femmes et des filles, ce qui contribue à la détérioration de la santé de la femme, des adolescent(e)s et de l'enfant dans la société nigérienne.

Les services en santé sexuelle et reproductive sont peu utilisés, entre autres à cause de la méconnaissance de l'offre des services ou la difficulté de la femme de prendre des décisions par elle-même concernant sa santé et son corps. Par exemple 64,1% des filles de 15-19 ans n'ont pas entendu parler de la planification familiale<sup>28</sup>. Au Niger les complications de la grossesse et de l'accouchement restent une cause principale de mortalité

des adolescentes avec 34,4% des décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans<sup>29</sup>. Ceci est expliqué par l'immaturité physique et physiologique de l'organisme de la jeune fille qui entraîne plus de risque de développer des complications pendant la grossesse et l'accouchement, cause de décès maternels et de morbidité, comme la fistule obstétricale.

Le retard de croissance chez l'enfant est également associé à une maternité précoce et a un nombre élevé de grossesse et à l'état de santé et de nutrition de la mère. Des interventions visant un changement des normes sociales sur le long terme est ainsi un facteur clé pour des meilleurs résultats de SRMNI-Nuy dans le contexte de Niger.

## 5.2. Les déterminants de l'offre et la demande des services

Les déterminants de l'offre et de la demande ont été analysés en fonction des modes de délivrance des services à savoir au niveau communautaire, préventif et clinique ou curatif.

Cinq déterminants répartis en trois groupes (offre, demande et qualité) ont été analysés. En rapport avec l'offre :

i) La disponibilité :

a. La disponibilité des intrants : ce déterminant concerne les ressources matérielles nécessaires pour assurer l'offre de services de santé. C'est le déterminant clé de l'offre, sur la base duquel cette offre s'organise. La quantité disponible détermine la proportion des personnes que l'on peut couvrir (servir) et sa qualité détermine l'efficacité de l'intervention.

b. La disponibilité des ressources humaines : ce déterminant concerne les compétences nécessaires pour administrer l'intervention.

ii) L'accessibilité :

a. L'accès géographique : ce déterminant concerne la distribution géographique

<sup>28</sup> EDSN 2012.

<sup>29</sup> Idem.

des infrastructures ou sites des soins de santé et la distance à parcourir pour les atteindre.

- b. L'accès financier : ce déterminant concerne la capacité de la population à payer

En rapport avec la demande :

iii) L'acceptabilité

- a. L'accès socio culturel : ce déterminant analyse le degré d'acceptabilité des services, les facteurs sociaux ou culturels qui incitent les populations à utiliser ou pas les services de santé.

iv) L'utilisation

- a. La première utilisation des services : ce déterminant concerne le premier contact avec les services des soins, et analyse les facteurs qui influencent la première adhésion des populations vers les services.

- b. La couverture adéquate : ce déterminant concerne la continuité de service, et analyse les facteurs qui favorisent l'adoption d'une pratique ou l'adhésion totale à un service. La couverture adéquate reflète l'achèvement requis pour les différents services (penta 3 ou CPNR 4, par exemple).

En rapport avec la qualité :

v) La couverture effective :

- a. La couverture effective découle de la couverture adéquate et reflète la proportion de services qualitativement bien rendus parmi les patients ayant bénéficié d'une couverture adéquate (quantitative).

### 5.2.1. La plateforme communautaire

Trois paquets d'intervention ont été retenus dans les services communautaires. Les paquets promotionnels de la nutrition ; le paquet promotionnel de la santé, et le paquet promotionnel de l'hygiène. Pour organiser ce service le MSP/P/AS s'est doté d'une stratégie nationale de santé communautaire, qui se fonde sur les relais communautaires, comme mentionné plus haut.

Les facteurs contribuant à la faible couverture effective des interventions communautaires sont très différents pour les trois paquets d'intervention de cette plateforme. Pour le paquet santé,

l'acceptabilité socio-culturelle des interventions et la continuité sont les deux principaux problèmes. En effet, ces deux déterminants, ont un fort effet sur la demande :

- Le déterminant de l'acceptabilité socio-culturelle, examine des pesanteurs socio-culturelles (normes sociales, croyances, pratiques traditionnelles) qui entravent ou limitent la demande des services de santé au Niger ;
- Ce facteur lié aux normes sociales et culturelles, détermine par ricochet la première utilisation ou le premier contact avec les services santé. Il peut également inhiber ou freiner l'adhésion complète ou la continuité de l'utilisation (l'utilisation adéquate) des services offerts.

À cela s'ajoute la disponibilité des intrants pour le paquet hygiène et assainissement. Et pour le paquet nutritionnel, c'est plutôt la disponibilité des ressources humaines et la qualité qui constituent les goulots.

### 5.2.2. La plateforme préventive

Trois paquets d'interventions ont été retenus dans les services préventifs. Il s'agit du paquet planification familiale, paquet des soins prénatals, et paquet des vaccinations. Les couvertures effectives des interventions de la plateforme préventive semblent plus élevées que celle des interventions de la plateforme communautaire.

On observe également que les goulots d'étranglement qui président à la faible couverture effective des interventions programmables sont très différents pour les trois paquets d'intervention de cette plateforme.

Pour le paquet vaccinal, la troisième dose vaccinale de la PENTA 3 a été identifiée comme intervention traceuse. La faible disponibilité des intrants, la faible accessibilité géographique, et la faible acceptabilité des services sont les trois goulots importants qui ont été identifiés.

Concernant le paquet des soins prénatals, la supplémentation en fer acide folique pendant la grossesse a été choisie comme intervention traceuse. La faible accessibilité géographique, et la faible acceptabilité des services sont les goulots importants.

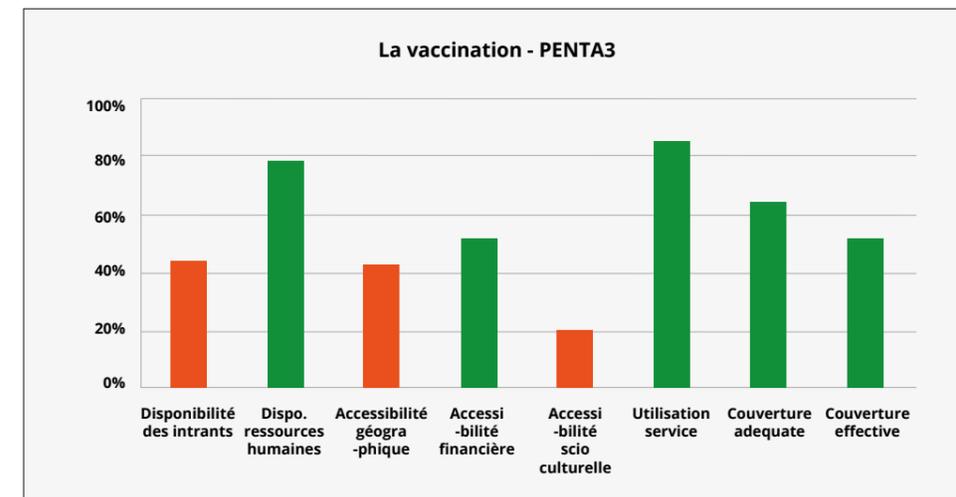


Figure 9 : Goulots d'étranglement de la troisième dose vaccinale de la PENTA 3

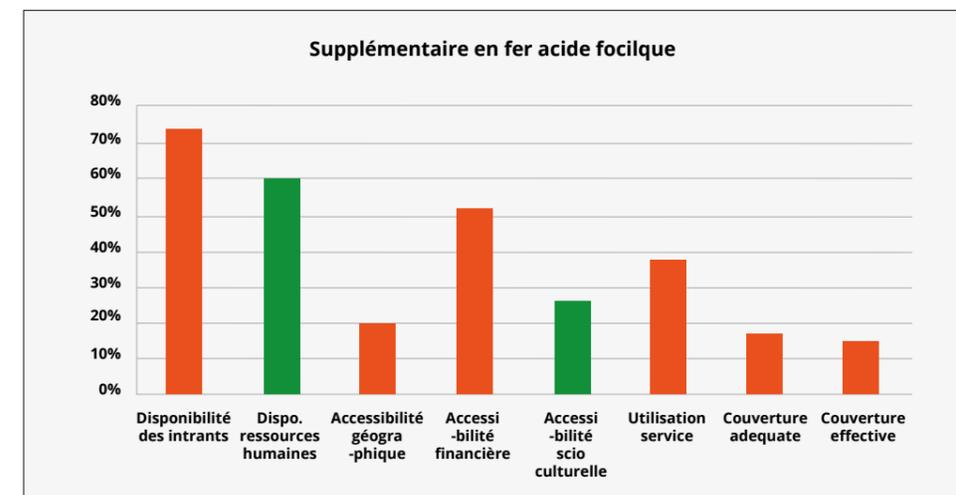


Figure 10 : Goulots d'étranglement de la supplémentation en fer acide folique

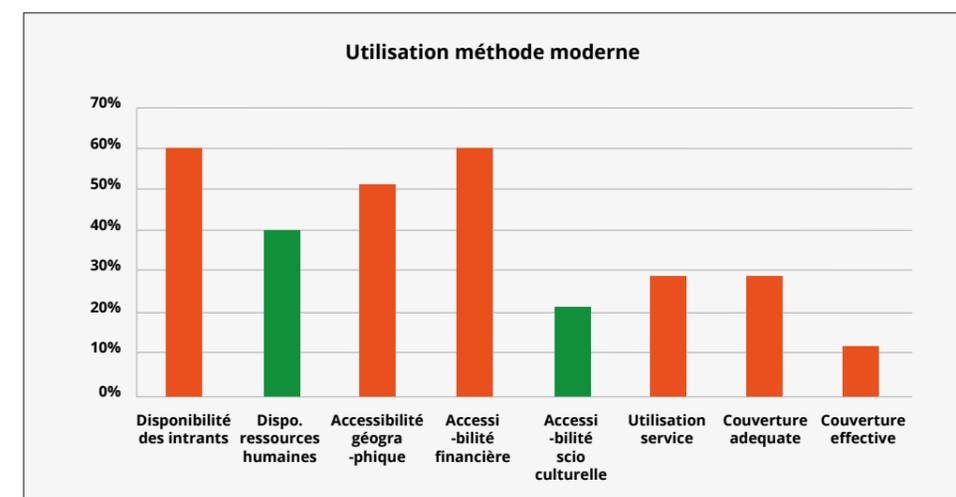


Figure 11 : Goulots d'étranglement de l'utilisation de méthode moderne de planification familiale

Pour les paquets d'interventions de la planification familiale, l'intervention traceuse utilisée est « l'utilisation de méthode moderne ». Les deux goulots importants identifiés sont la faible acceptabilité des services et la faible disponibilité des ressources humaines.

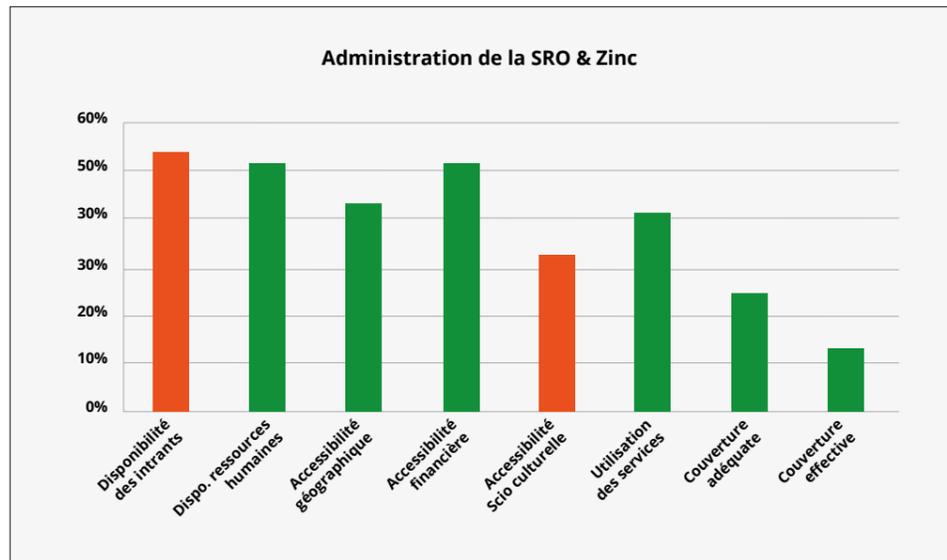
### 5.2.3. La plateforme clinique

Trois paquets d'interventions ont été retenus dans les services cliniques. Il s'agit du paquet accouchement, du paquet des soins néonataux, et du paquet des soins infantiles. Les couvertures des interventions de la plateforme clinique sont plus élevées que celle des interventions de la plateforme communautaire mais plus faibles que celle des interventions programmables.

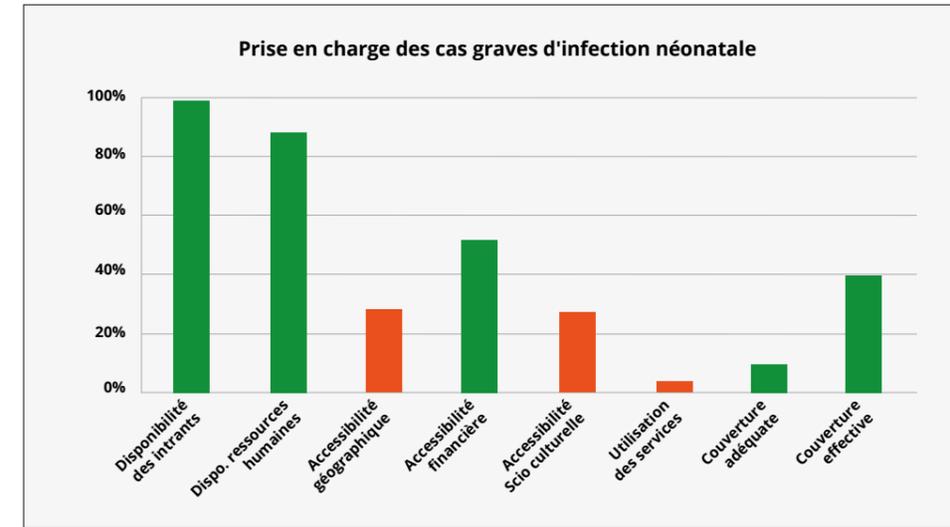
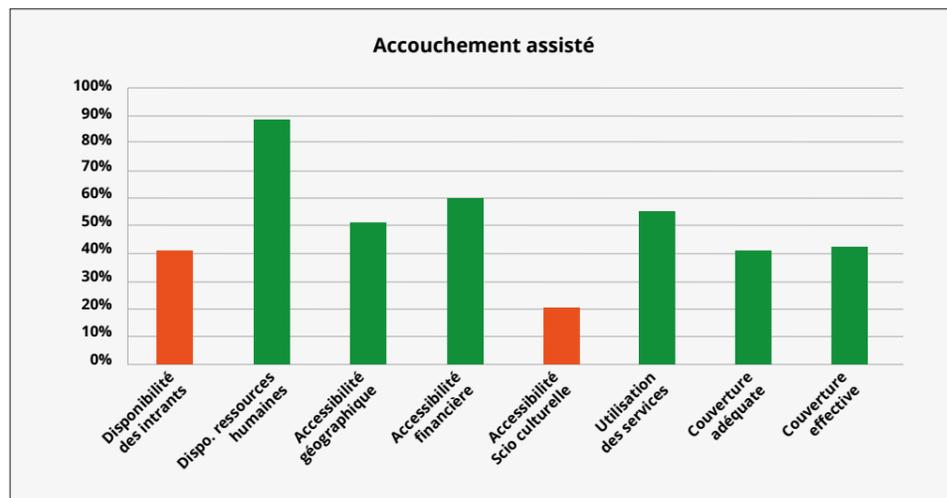
Les goulots d'étranglement à la couverture effective des interventions cliniques sont très différents pour les trois paquets d'intervention de cette plateforme.

Concernant le paquet d'intervention des soins infantile (la PCIME) deux interventions traceuses ont été analysées (l'administration de la SRO et du Zinc dans la prise en charge de la Diarrhée et le traitement du paludisme à base d'une combinaison d'artémisinine). Toutes deux ont montré que le goulot le plus important est la faible disponibilité des intrants. Le deuxième goulot est la faible acceptabilité.

**Figure 12 :**  
Goulots d'étranglement de l'administration de la SRO et du Zinc



**Figure 13 :**  
Goulots d'étranglement de l'accouchement assisté.



**Figure 14 :**  
Goulots d'étranglement de la prise en charge des cas graves d'infection néonatale

Quant au paquet d'intervention des soins maternels, l'intervention traceuse qui a été analysée c'est l'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié. Les goulots importants sont la faible disponibilité des intrants et la faible acceptabilité des services.

Concernant le paquet d'intervention des soins néonataux : une seule intervention traceuse a été utilisée pour analyser les déterminants de couverture. Trois goulots importants ont été identifiés : la faible accessibilité aux services, la faible acceptabilité des services et la sous-utilisation.

# 6. ANALYSE CAUSALE DES GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT

## 6.1. Principaux goulots d'étranglement

Lorsqu'on fait le décompte des déterminants de couverture pour lesquels des goulots ont été identifiés, on constate que pour les 9 paquets d'intervention, aucun goulot n'a été identifié pour l'accès financier. Ce

résultat est surprenant au regard de l'analyse de la contribution des usagers mais peut s'expliquer par le caractère exempté du recouvrement des coûts des interventions traceuses retenues. En revanche, l'accès socioculturel, l'accès géographique, la faible disponibilité des intrants ont été identifiés comme goulots importants. Ces trois défis représentent à eux seuls 70% des goulots identifiés dans le système de santé toute plateforme confondue.

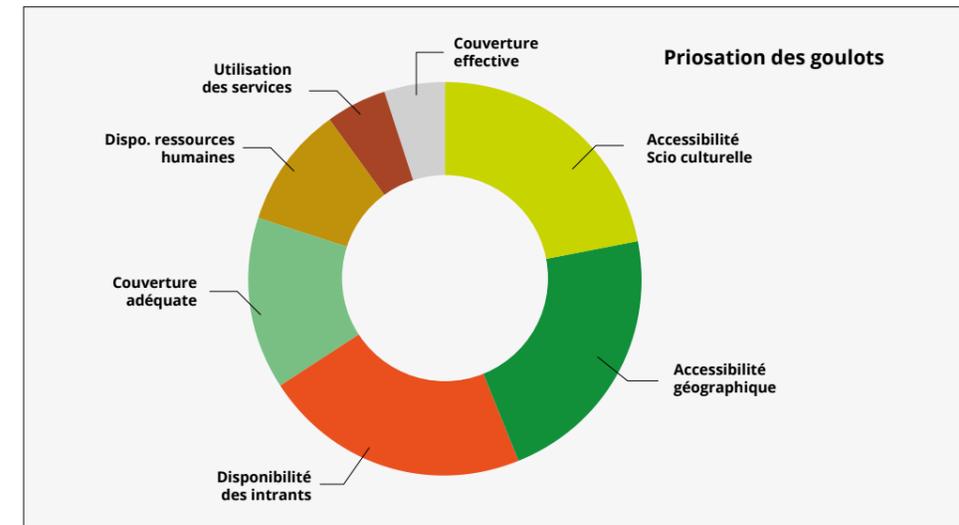
**Tableau 3 :**  
Principaux goulots d'étranglement par paquets d'intervention

Paquets d'intervention	Intervention traceuse	Dispo. des intrants	Dispo. res-sources humaines	Acces-sibilité géographique	Acces-sibilité financière	Acces-sibilité socio-culturelle	Utilisa-tion des services	Cou-verture adéquate	Cou-verture effective	Total goulot
<b>Goulot de la plateforme Communautaire</b>		1	1	1	0	2	0	2	1	8
WASH	Utilisation des toilettes	3				3		3		3
Environnement	Utilisation des MILDA		3			3				2
Nutrition	Allaitement maternel exclusif			3				3	3	3
<b>Goulot de la plateforme Programmable</b>		1	1	2	0	3	0	2	0	8
Planification familiale	Utilisation des méthodes modernes de PPF		3			3				2
Prénatal	Utilisation du fer acide folique			3		3		3		3
Vaccination	Couverture PENTA3	3		3		3		3		4
<b>Goulot de la plateforme Clinique</b>		2	0	2	0	3	1	0	0	8
PCIME	Couverture SRO&Zinc	3				3				2
Accouchement	Accouchement assistés	3		3		3				3
SONU	Prise en charge des cas graves d'infection néonatale			3		3	3			3
<b>Nombre total des goulots du système de santé</b>		4	2	5	0	8	1	4	1	24

Huit goulots ont été identifiés dans chacune des trois plateformes. La faible qualité des services est spécifique aux services communautaires et la faible utilisation des services est spécifique aux services cliniques. La faible disponibilité des ressources humaines est un goulot partagé pour les services communautaires et programmables. Les autres goulots sont communs aux trois plateformes d'offre de services. Il s'agit de la faible disponibilité des intrants, la faible accessibilité géographique, et la faible acceptabilité socio-culturelle. Mais ces goulots bien qu'existant concomitamment dans les trois plateformes peuvent bien avoir des causes différentes.

Les principaux goulots sont repris dans le graphique ci-dessous par ordre de priorité. A travers ce graphique on peut constater que si on travaille sur les déterminants de l'accès socioculturel, de l'accessibilité et de la disponibilité des intrants, on pourrait résoudre 70% des problèmes systémiques.

Les deux goulots spécifiques pour les interventions communautaires et programmables devraient également faire l'objet d'attentions pour espérer avoir des couvertures effectives satisfaisantes



**Figure 15 :**  
Les goulots d'étranglement prioritaires

## 6.2. Causes des goulots d'étranglement et proposition de réponse

Les causes et stratégies correctrices prioritaires relevées à la suite de l'analyse des goulots relatifs aux déterminants de couverture sont mentionnées dans les tableaux ci-après.

**Tableau 4 :**  
Causes des goulots et stratégies correctrices liées à la disponibilité des intrants

Cause des goulots liées à la disponibilité des intrants	Stratégies correctrices
Insuffisance dans la planification des intrants	Formation des agents dans la quantification et la gestion de stock des intrants
Insuffisance des moyens d'acheminement des intrants vers les structures en milieu rural d'accès difficile	Contractualisation des structures privées pour l'approvisionnement des districts difficiles d'accès en intrants
Dysfonctionnement du système d'approvisionnement en médicaments	Appliquer la stratégie SIGL
Difficulté d'approvisionnement (achat)	Remboursement régulier des factures de la gratuité des soins
Rupture fréquente d'intrants	Dotation suffisante et régulière selon les besoins exprimés du niveau opérationnel
Dysfonctionnement dans la chaîne de conservation de certains intrants (vaccins et autres médicaments) nécessitant notamment une chaîne de froid	Renforcer les capacités de conservation de vaccins et autres produits médicaux à tous les niveaux de prestation.

**Tableau 5 :**  
Causes des goulots et stratégies correctrices liées à la disponibilité des ressources humaines

Causes des goulots liées à la disponibilité des ressources humaines	Stratégies correctrices
Mauvaise répartition des agents sur le plan national	Équité dans la répartition sur le plan géographique, en urbain comme en rural, au nord comme au sud
Disparition progressive de certaines catégories de personnel (AHA, THA, Hygiéniste, économiste de la santé, etc.)	Recrutements accrus des catégories de personnel en voie d'extension
Faible allocation des ressources financières pour le recrutement du personnel	Plaidoyer en faveur de recrutement de personnels de santé conformément aux besoins du secteur
Répartition inégale du personnel entre le milieu Urbain /rural	Faire des affectations avec motivation spécifique pour les zones rurales ou difficiles d'accès
Non mise à jour de la navette pour la gestion du personnel	Mise à jour des navettes tous les trois mois
Insuffisance de moyens financiers pour la motivation et la capacitation des agents	Mise à l'échelle de la stratégie du FBR
Mobilité des agents	Décentralisation des postes budgétaires
Insuffisance dans le suivi du plan de formation	Suivi/Évaluation réguliers du plan de formation
Faibles compétences des ressources humaines disponibles	Amélioration de la qualité de la formation des professionnels de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes) avec accompagnement pour l'accréditation des écoles de formation et des leurs sites de stages

Causes des goulots liées à l'accessibilité géographique	Stratégies correctrices
Faible motivation des relais	Extension de l'offre des agents au niveau communautaire
Faible allocation des ressources financières pour le renforcement et la maintenance des infrastructures	Mise en œuvre du projet de Carte sanitaire et de ses plans d'infrastructures, d'équipements et de maintenance
Non-respect des décisions d'affectations pour plusieurs motifs	Création des postes budgétaires liés à un lieu d'affectation donné et créer des incitations financières destinés uniquement à des zones éloignées et difficiles d'accès
Non-respect de maillage des points d'eau en milieu rural (distance entre 2 points d'eau moderne ne doit pas excéder 5 km)	Promotion et renforcement de l'ATPC dans les villages
Accès limité aux structures surtout en période d'hivernage	Multiplication des cliniques mobiles surtout en période hivernale
Répartition inégale du personnel entre le milieu urbain /rural	Gestion rationnelle du personnel (besoins, mobilité...)
Insuffisance du personnel	Renforcement de la stratégie foraines
Insécurité limitant l'accès à des agents, relais communautaires ou structures sanitaires	Organisation des cliniques mobiles en faveur des zones difficiles d'accès
Non-respect de plan de couverture	Transformer/construire CSI en respectant le plan de couverture

**Tableau 6 :**  
Causes des goulots et stratégies correctrices liées à l'accessibilité géographique

Causes des goulots liées à l'accessibilité financière	Stratégies correctrices
Manque de système de couverture sanitaire universelle (Mutuelle, Assurances, fonds de solidarité...)	Promotion et mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle (CSU)
Insuffisance des AGR au sein de la communauté	Renforcer les femmes ayant des AGR en capacités de gestion financière
Insuffisance dans la prise en charge des ménages indigents	Renforcement du système de bourse familiale en faveur des indigents
Faible pouvoir de décision des femmes	Promotion de l'autonomisation à travers de vastes campagnes de sensibilisation par les autorités politiques, les élus, la chefferie traditionnelle et les leaders religieux
Faible pouvoir d'achat des mères	Appui à la création en AGR des mères et promotion de l'alimentation avec les aliments locaux
Faible revenu des pères des familles	Initiation des mesures sociales (centime additionnel, etc.)
Problème de la gratuité des soins	Remboursement à temps des arrières de la gratuité

**Tableau 7 :**  
Causes des goulots et stratégies correctrices liées à l'accessibilité financière

**Tableau 8 :**  
Causes des goulots et stratégies correctrices liées à l'acceptabilité socio-culturelle et aux comportements

Causes des goulots liées à l'acceptabilité socio-culturelle	Stratégies correctrices
Insuffisance de communication interpersonnelle	Formation des agents dans la quantification et la gestion de stock des intrants
Mariage précoce des filles adolescentes	Contractualisation des structures privées pour l'approvisionnement des districts difficiles d'accès en intrants
Grossesse précoce des filles scolarisées	Appliquer la stratégie SIGL
Faible pouvoir des femmes dans le foyer pour leur propre santé	Remboursement régulier des factures de la gratuité des soins
Normes sociales (croyances socio-culturelles, pratiques traditionnelles)	Dotation suffisante et régulière selon les besoins exprimés du niveau opérationnel

**Tableau 9 :**  
Causes des goulots et stratégies correctrices liées à la disponibilité des ressources humaines et à l'environnement favorable

Causes des goulots liées à la disponibilité des ressources humaines	Stratégies correctrices
Faible part du budget alloué à la santé et en particulier à la SRMNIA-Nut	Plaidoyer auprès des entreprises privées individuelles (extractives ou non) intervenant dans une région de contribuer à la prise en charge la santé de cette communauté
Faible gouvernance des activités intégrées de la SRMNIA-Nut	Mise en place des mécanismes adaptés de coordination par niveau et par thématique
Insuffisance de mécanisme de redevabilité	Instaurer un mécanisme de guichet unique en partenariat avec une banque locale pour le décaissement des fonds alloués à la SRMNIA-Nut
Insuffisance de mécanisme de contrôles, audits et de missions de suivi et d'évaluation au niveau communautaire	Adoption et mise en place de la stratégie de santé communautaire
Faible exploitation des opportunités de Partenariats Public Privé (PPP)	Accroître le plaidoyer auprès des particuliers ou entreprises privées pour leur implication à la santé et à la protection sociale de leur communauté (rôle sociétal principe du pollueur payeur)
Insuffisance dans la communication autour de la SRMNIA-Nut	Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie de communication autour de la SRMNIA-Nut
Insuffisance de l'implication et motivation des relais dans la mise en œuvre des activités de la SRMNIA-Nut au niveau communautaire et dans les zones difficiles d'accès	Renforcement du déploiement et prise en charge des relais communautaires (au moins 2) dans chaque communauté

Causes des goulots liées à la couverture effective (Qualité)	Stratégies correctrices
Faible respect des protocoles et des normes de soins	Renforcer les capacités agents ou relais communautaires en matière de préparation et de réponse aux urgences sanitaires afin de renforcer la résilience des communautés, en particulier dans le contexte d'insécurité et de COVID-19
Pénuries des médicaments	Mettre en place un financement centralisé affecté à certains produits de santé essentiels afin de garantir leur disponibilité fiable jusqu'au dernier kilomètre en tout le temps en tant que biens publics. Utiliser des mécanismes d'appels d'offres collectifs et d'achats groupés lorsque cela est possible afin d'obtenir des tarifs compétitifs pour les articles d'intérêt commun et de contrôler la qualité des biens achetés.
Vétusté ou insuffisance d'équipements de base surtout en milieu communautaire et en zone d'insécurité	Construction ou maintenance d'équipements de base dans les régions prioritaires à fort risque de mortalité
Insuffisance des conditions de WASH dans les établissements de santé	Renforcement du WASH dans les structures en milieu hospitalier au niveau communautaire
Insuffisance des unités de qualité des soins dans les régions en lien avec le FBR	Accroître l'extension du FBR au niveau (de quoi) par la création des unités de qualité de soins au niveau de toutes les régions

**Tableau 10 :**  
Causes des goulots et stratégies correctrices liées à l'accessibilité géographique

## 7. THÉORIE DE CHANGEMENT ET CADRE DES RÉSULTATS

La Théorie de Changement (TdC) précise la finalité (les impacts) que l'on souhaite atteindre. A rebours, les effets à produire pour y arriver sont identifiés, et finalement les produits et interventions qui permettront de réaliser les changements souhaités. Tout au long de ce processus, le contexte général ayant une incidence sur la santé et le développement est pris en compte ainsi que les facteurs habilitants qui méritent d'être soutenus.

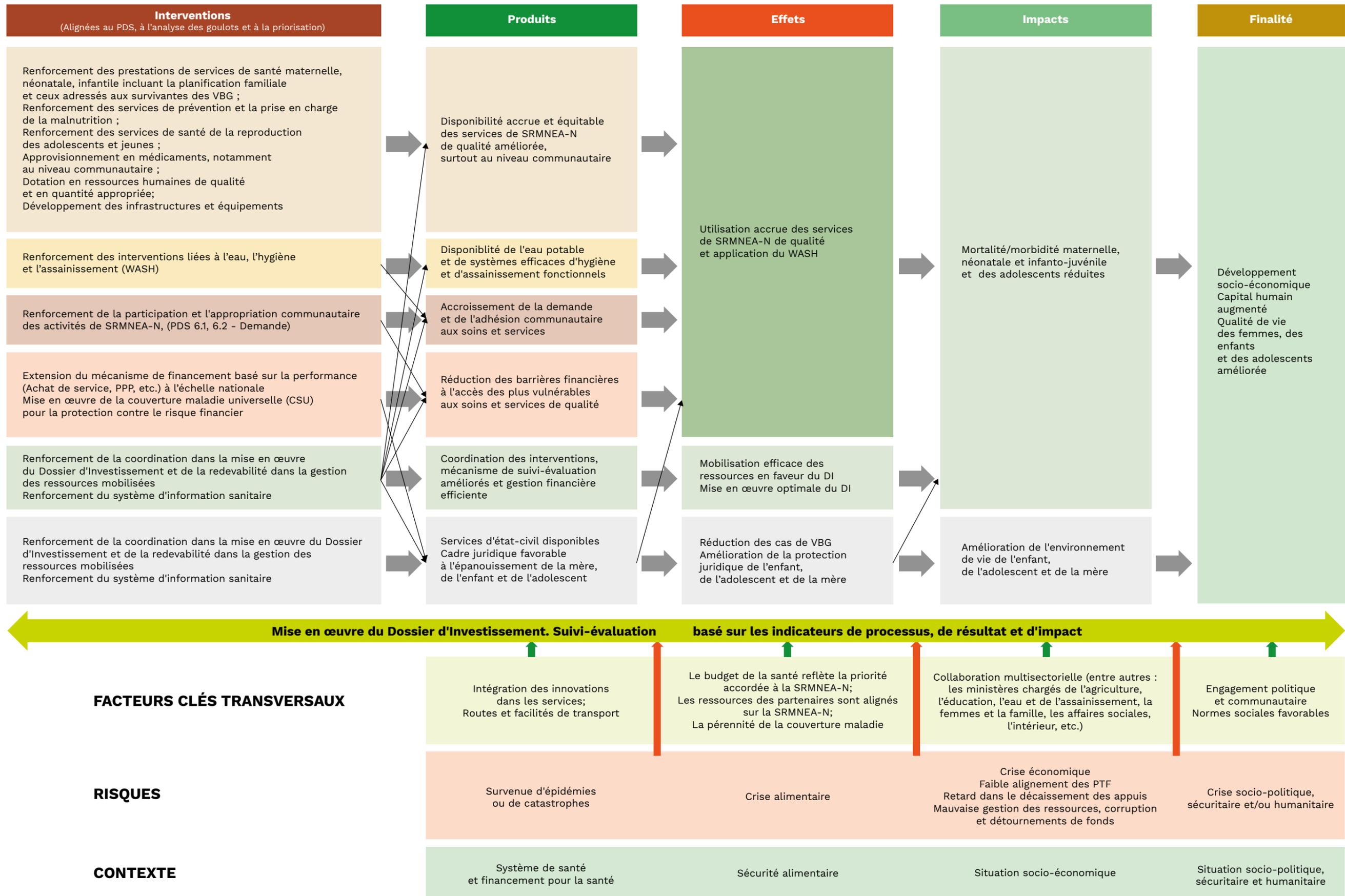
Cette TdC montre que les défis liés au développement sont complexes et résultent généralement de nombreux facteurs et éléments tributaires du mode de fonctionnement de la société. Elle constitue un cadre d'apprentissage au cours du cycle programmatique, permet de développer des partenariats, et constitue la base d'une communication plus cohérente et efficace sur le dossier d'investissement.

La théorie de changement étant une projection théorique, elle doit être régulièrement évaluée et éventuellement ajustée aux réalités changeantes du terrain et aux révisions du Dossier d'investissement.

Dans le schéma de la théorie de changement ci-dessous, les «interventions» incluent l'ensemble des activités nécessaires pour obtenir les produits, effets, impacts et la finalité recherchés. Dans le cadre de résultats, l'impact est décrit par les objectifs généraux, les effets par les objectifs spécifiques, et les produits se traduisent en résultats.

La mise en œuvre optimale de quatorze (14) interventions va générer les résultats de produit et d'effet qui seront mesurés par des indicateurs, notamment l'utilisation accrue des services de SRMNIA-Nut de qualité et application du WASH, la mobilisation efficace des ressources en faveur du DI et sa mise en œuvre optimale, la réduction des cAs de VBG et l'amélioration de la protection juridique de l'enfant, de l'adolescent et de la mère.





## 8. DOMAINES ET RÉGIONS PRIORITAIRES D'INTERVENTION

L'analyse des goulots d'étranglement a permis d'identifier les changements nécessaires dans le système de santé et les activités complémentaires à engager pour accélérer non seulement l'amélioration des indicateurs de santé mais également le progrès vers l'atteindre de la CSU avec équité et efficacité. Ces changements devraient contribuer à la mise en place d'un système solide et résilient, prêt à assurer la prestation de services de santé de qualité et équitables, y compris en temps de crise.

L'organisation de la réponse aux goulots susmentionnés, se fera à travers la détermination des principaux domaines prioritaires sur lesquels le MSP/P/AS, devrait orienter son action et chercher l'alignement des partenaires.

Ce sont entre autres, la mise en œuvre du paquet de services essentiels de la SRMNIA-Nut, à savoir :

1. Le renforcement des prestations de services de santé maternelle, néonatale, infantile incluant la planification familiale et la lutte contre les VBG ;
2. Le renforcement des services de prévention et la prise en charge de la malnutrition ;
3. Le renforcement des services de santé de la reproduction des adolescents et des jeunes ;
4. Le renforcement des interventions liées à l'eau, l'hygiène et l'assainissement (WASH)

En vue de l'atteinte des objectifs escomptés, les efforts du gouvernement et ses partenaires, se concentreront également sur le renforcement des composantes transversales du système de santé que sont :

1. L'achat et l'approvisionnement des médicaments en particulier vers le niveau communautaire ;
2. La disponibilité en quantité et en qualité des ressources humaines ;

3. Le développement des infrastructures et équipements ;

4. Le système d'information sanitaire

Pour les besoins d'amélioration de la demande et de l'accès équitable aux services de santé, l'État et ses partenaires pourront renforcer leurs actions en matière de :

1. La participation communautaire autour des services de la SRMNIA et de la Nutrition ;
2. L'Extension du mécanisme de financement basé sur la performance (Achat de service, PPP, etc.) à l'échelle nationale ;
3. La mise en œuvre de la couverture maladie universelle (CSU) pour la protection contre le risque financier ;
4. La gouvernance : La coordination des activités intégrées de la SRMNIA-Nut, l'opérationnalisation de la mise œuvre du plan SRMNIA-Nut et la redevabilité dans la gestion des ressources mobilisées

### 8.1. Stratégies prioritaires

Le dossier d'investissement du Niger va se focaliser sur les stratégies déclinées dans le tableau ci-contre.

### 8.2. Cibles et régions prioritaires

Des populations cibles ainsi que des régions prioritaires ont été proposées sur la base de l'analyse combinée d'indicateurs.

#### 8.2.1. Les cibles prioritaires

Les cibles prioritaires en matière de SRMNIA-Nut sont (i) les Femmes en Age de Procréer (FAP de 15 à 49 ans), (ii) les Femmes enceintes et allaitantes, (iii) les nouveau-nés, (iv) les enfants de 0 à 5 ans

et (v) les adolescent(e)s et les jeunes. Ces groupes sont prioritairement visés dans le cadre de ce DI.

#### 8.2.2. Les régions prioritaires

Les cibles prioritaires en matière de SRMNIA-Nut sont (i) les Femmes en Age de Procréer (FAP de 15 à 49 ans), (ii) les Femmes enceintes et allaitantes, (iii) les nouveau-nés, (iv) les enfants de 0 à 5 ans et (v) les adolescent(e)s et les jeunes. Ces groupes sont prioritairement visés dans le cadre de ce DI.

En vue d'une efficacité dans la mise en œuvre des interventions retenues et selon la méthodologie d'EQUIST, le dossier d'investissement, procède par la priorisation des régions. Cette

sélection s'est faite par une combinaison d'indicateurs composites d'impacts, de processus, d'accès ainsi que le poids démographique ci-après :

- La proportion de population vivant dans un rayon de 5km d'un centre de santé ;
- Le poids démographique ;
- La proportion de structures SONUB par rapport à la population ;
- Le taux de besoins non satisfaits en planification familiale ;
- Le Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié ;
- Le ratio de mortalité maternelle ;
- Le taux de mortalité Infanto-juvénile ;
- Taux de mortalité néonatale ;
- Couverture Penta 3 ;
- Couverture de la Var 1, Var 2 et plus ;
- Prévalence de la Malnutrition Aigüe

#### Stratégie en rapport avec l'offre des services

Renforcement de la disponibilité des médicaments et autres intrants aux points de prestations des soins

Renforcement de la disponibilité en quantité et en qualité des ressources humaines et des relais communautaires ainsi que leur déploiement équitable au niveau des zones rurales et difficiles d'accès

Renforcement des infrastructures et équipements durables

Renforcement de l'extension de la couverture des interventions

#### Stratégie en rapport avec la demande des services

Renforcement de la participation communautaire au tour des services de la SRMNIA/Nut

Renforcement du système de protection sociale et contre le risque financier

Renforcement des stratégies de CCC en faveur de l'utilisation des services SRMNIA/Nut

Promotion de l'autonomisation des filles et des femmes

#### Stratégie en rapport avec l'environnement favorable

Renforcement de la coordination des activités intégrées de la SRMNIA/Nut, l'opérationnalisation de la mise en œuvre du plan SRMNIA/Nut

Renforcement du FBR

Renforcement du cadre législatif et réglementaire de la SRMNIA/Nut

Renforcement du plaidoyer auprès des collectivités et des entreprises privées pour une mobilisation des ressources pour la santé

Renforcement de la recherche opérationnelle en faveur de la SRMNIA/Nut

Renforcement du système d'information sanitaire autour de la SRMNIA/Nut

#### Stratégie en rapport avec la nutrition

Renforcement des services de prévention et de la prise en charge de la malnutrition

Renforcement de l'offre intégrée des prestations SRMNIA/Nut

#### Stratégie en rapport avec le Wash

Amélioration de l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement y compris l'approche ATPC

#### Stratégie en rapport avec l'amélioration de la qualité des soins

Renforcement de la fonction SONNE et des SONU dans tous les CSI, HD, MR et CSME

Renforcement du système de référence et contre référence

Mise en œuvre d'un paquet intégré d'intervention à haut impact sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile pour une meilleure efficacité et efficience.

Mise à l'échelle des bonnes pratiques et initiatives

**Tableau 11 :**  
**Stratégies prioritaires du dossier d'investissement**

- Sévère (MAS) ;
- Prévalence du Retard de Croissance (Stunting) ;
- Sécurité

En définitive, les régions prioritaires sélectionnées sont représentées dans le tableau ci-dessous qui donne les régions sélectionnées par ordre de priorités allant de I à III. Ainsi, la priorisation I, sont constitués de régions ayant de très faibles résultats de santé (Priorisation I). Ces régions sont considérées comme très prioritaires et représentent à elles seules près de 60% de la population. Les régions de la priorisation II, sont celles de la priorisation I, auxquelles s'ajoutent les régions de Tahoua (20% de la population)

et Dosso (12%). Ce deuxième groupe de régions représente près de 91%. La dernière priorisation (III) regroupe toutes les régions c'est-à-dire le deuxième groupe de région auxquelles s'ajoutent de Niamey (6%) et d'Agadez (3%) ayant des résultats de santé relativement acceptables.

Si les appuis systémiques méritent d'être déployés sur l'ensemble des régions pour permettre d'améliorer l'offre existante, le paquet d'activité additionnel devra se déployer en priorité sur les régions enregistrant les plus faibles performances/plus au niveau de besoin en fonction des moyens disponibles.

**Tableau 12 :**  
**Régions prioritaires**  
**du dossier**  
**d'investissement**

Priorisation I	Priorisation II	Priorisation III
Diffa	Diffa	Diffa
Tillabéri	Tillabéri	Tillabéri
Zinder	Zinder	Zinder
Maradi	Maradi	Maradi
	Tahoua	Tahoua
	Dosso	Dosso
		Niamey
		Agadez



## 9. IMPACTS

### 9.1. Évolution de la mortalité maternelle, infanto-juvénile et néonatale

Les impacts attendus de la SRMNEA+N, ont été mesurés par l'outil OneHealth se perçoivent tant au niveau de la mère, de l'enfant, du nouveau-né ainsi que de la nutrition.

La mise en œuvre des interventions de la SRMNEA+N, avec le scénario de la priorisation III, incluant l'ensemble de la population, permettrait d'enregistrer une baisse des taux de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile d'ici 2026, suivant les estimations de la figure 16.

- Une réduction annuelle moyen de la mortalité infanto-juvénile de 12% passant de 126 décès d'enfants de moins de 5 ans à 68,35 décès pour mille naissances vivantes ;
- Une réduction annuelle moyen de la mortalité néonatale de près de 15 % passant de 24 pour mille naissances vivantes à 10,96 décès pour mille naissance vivantes ;

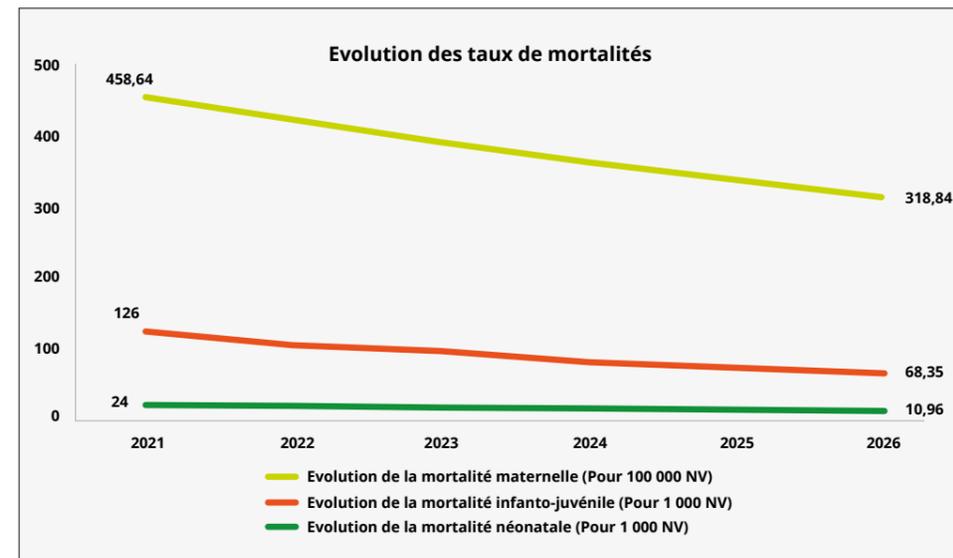
- Une réduction annuelle moyen de la mortalité maternelle de près 8% passant de 458,64 femmes enceintes ou en âge de procréer) à 318,84 décès pour cent mille naissances vivantes.

### 9.2. Impacts estimés en terme de nombre de vies sauvées

#### 9.2.1 Nombre de vies sauvées par cible

Sur une période de 5 ans, la mise en œuvre des interventions du DI par le gouvernement, les différents acteurs et de ses partenaires, permettront d'éviter le décès cumulatif de 6 620 mères, de 26 181 nouveau-nés et de 98 751 enfants de moins de 5ans, soit un total cumulé de 131 552 vies additionnelles sauvées sur la période.

Figure 16 : Évolution des mortalités



Catégories/années	2 022	2 023	2 024	2 025	2 026
Néonatale	6 594	10 595	13 910	18 317	26 181
Post-néo & Infantiles	20 039	36 923	53 503	72 723	98 751
Maternelles	1 749	2 749	3 811	5 038	6 620
<b>Total de vies sauvées</b>	<b>28 382</b>	<b>50 267</b>	<b>71 224</b>	<b>96 078</b>	<b>131 552</b>

Tableau 13 : Nombre de vies sauvées par cible

#### 9.2.2 Nombre de vies maternelles sauvées par intervention

La désagrégation du nombre de vies maternelles sauvées par intervention dans le tableau ci-dessous, montre que près de 89% des vies maternelles seraient sauvées grâce en mise en œuvre des interventions à haut impacts. En définitive, ce sont près 69% des accouchements qui seront assistés par du personnel qualifié. Le DI, permettra de renforcer la qualité de cette assistance à l'accouchement avec (i) recours aux outils de surveillance (ex : partogramme), en particulier lors du 3e stade (GAPTA), (ii) suppléments en sulfate de magnésium, en fer et acide folique (en prévention, respectivement, de l'éclampsie ou de l'anémie) et (iii) prise en charge des pathologies associées à la grossesse en particulier, les infections,

l'hypertension artérielle (HTA) ainsi que le paludisme.

#### 9.2.3 Nombre de vies néonatales sauvées par intervention

Comme le tableau ci-dessous, nous le montre, la mise à l'échelle des cinq interventions à hauts impacts, près 95% des vies néonatales seraient sauvées. Et ce, grâce à un accouchement et une assistance efficace de l'accouchement, les morts néonatales peuvent être évitées grâce (i) à un suivi post-partum avec AME et soins propres, (ii) à une réanimation néonatale adaptée en cas de besoin, et (iii) à une prise en charge efficace des principales causes de cette mortalité que sont la prématurité et l'infection néonatale.

Interventions	Proportion de vies maternelles sauvées	Nombre de vies maternelles sauvées en 2026
1 - PEC du travail et accouchement assisté	20%	1 351
2 - Avortement sans risque et PEC post avortement	3%	217
3 - PEC de la prééclampsie avec Sulfate de Magnésium	14%	929
4 - Supplémentation en fer et micronutriments aux FE	6%	423
5 - PEC de l'infection maternelle	8%	551
6 - PEC de la 3e phase du travail	3%	231
7 - Prise en charge de l'HTA au cours de la grossesse	21%	1 407
8 - Antibiotiques pour RPM avant terme	3%	218
9 - PEC du Paludisme	8%	550
10 - Autres, y inclus la planification familiale	11%	743
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>6 620</b>

Tableau 14 : Nombre de vies maternelles sauvées par intervention

**Tableau 15 :**  
**Nombre de vies néonatales sauvées par intervention**

Interventions	Proportion de vies néonatales sauvées	Nombre de vies néonatales sauvées en 2026
1 - PEC du travail et accouchement assisté	43%	11 188
2 - Soins essentiels du NNé	13%	3 369
3 - Réanimation néonatale	6%	1 571
4 - PEC de la prématurité	6%	1 658
5 - PEC de l'infection et pneumonie néonatale	27%	6 995
Autres	5%	1 400
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>26 181</b>

### 9.2.4 Nombre de vies infantiles et juvéniles sauvées par interventions

Dans le tableau ci-dessous, plus de trois quart (77%) des vies infantiles et juvéniles seraient sauvées grâce à la mise à échelle des sept premières interventions à haut impact. La mise à échelle des quatre autres interventions ramènerait ce taux à 95%. Pour réduire efficacement la mortalité infanto-juvénile, il s'agira de mettre à échelle (i) la prise en charge

des cas simples de paludisme grâce à un accès adapté aux ACT, y compris au niveau communautaire, mais aussi (ii) la vaccination des moins d'un an contre les maladies évitables par le PEV, (iii) la prise en charge efficace des IRA, particulièrement chez les Nouveau-nés et les enfants en bas âge, (iv) la prise en charge des cas de diarrhée grâce au lavage des mains et à l'accès aux SRO et au zinc et (v) la prise en charge de la malnutrition en particulier la forme aigue sévère et les carences en micronutriments.

**Tableau 16 :**  
**Nombre de vies maternelles sauvées par intervention**

Interventions	Proportion de vies infanto-juvéniles sauvées	Nombre de vies infanto-juvéniles sauvées en 2026
1 - PEC des cas de paludisme	23%	22 604
2 - Vaccination	6%	5 883
3 - PEC de l'infection et de la pneumonie néonatale	18%	17 865
4 - PEC des IRA	4%	3 844
5 - SRO en cas de diarrhée	6%	5 574
6 - Zinc en préventif et curatif de la diarrhée	2%	2 378
7 - PEC de la malnutrition aigue	18%	18 046
8 - PEC de la prématurité	3%	3 045
9 - Soins essentiels du NNé	4%	3 721
10 - Lavage des mains	10%	9 726
11 - Vitamine A en supplémentation	1%	644
Autres	5%	5 421
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>98 751</b>

### 9.2.5 Impacts attendus en termes de cas de morbidité évités

Cas de malnutrition chronique évités chez les moins de 5 ans par an  
La mise à l'échelle des interventions du DI, permettrait d'éviter la malnutrition

chronique ou retard de croissance chez 204 905 enfants de moins de 5 ans si le paquet d'interventions à haut impact est mis en œuvre sur l'ensemble du territoire du Pays suivant les modalités du scénario adopté.

	2022	2023	2024	2025	2026
<b>Total retard de croissance évité (0-59ans)</b>	14 947	39 093	76 191	129 824	204 905

**Tableau 17 :**  
**Nombre de cas de malnutrition chronique (Retard de croissance) évité**

## 10. BUDGÉTISATION

### 10.1. Estimation des coûts

Trois scénarii de besoins de financement sont envisagés dans le cadre de ce dossier d'investissement de la SRMNI-Nut. Les scénarii utilisés dans ce dossier sont les scénarii géographiques, lesquels se fondent sur la priorisation des régions suivant les niveaux de leurs résultats sanitaires. Ainsi les scénarii I, II, III (National) sont constitués de régions prioritaires identifiées au chapitre VIII, présentés dans le tableau 18.

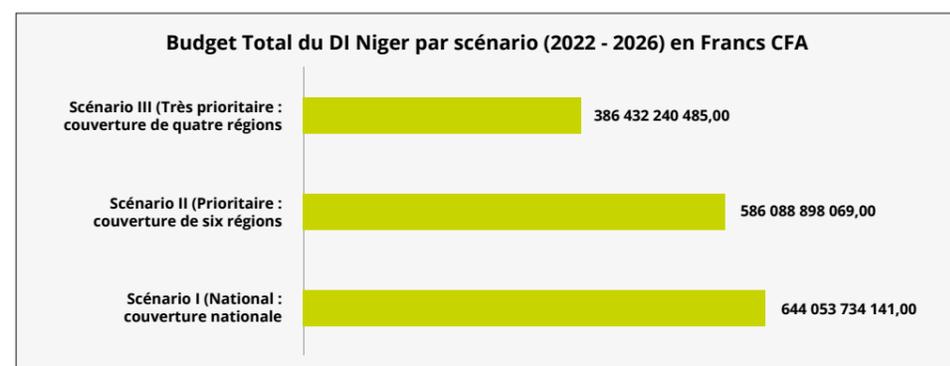
- **Le scénario national** qui prend en compte toutes les régions, soit 100% de la population, a un besoin de financement estimatif 644,054 milliards de F CFA sur 5 ans soit près de 128, 811 milliards par an en moyenne (environ 226 millions de dollars).

- **Le scénario très prioritaire** est composé de 4 régions ayant les résultats de santé plus bas, soit près 60% de la population, le besoin de financement s'établit à 386,432 milliards sur 5 ans. Soit près de 77, 287 milliards de F CFA par an (136 millions de dollars).

- **Le scénario prioritaire**, constitué de 6 régions dont les résultats sont relativement faibles par rapport au scénario national (91% de la population), a un besoin de 586,089 milliards de F CFA sur 5 ans, soit près de 117,218 milliards de F CFA par an (soit 205,645 millions de dollars). L'analyse des ressources disponibles permettra de dégager le gap à rechercher par scénario.

### 10.2. Budget par scénario

Figure 17 : Budget total du DI par scénario



### 10.3. Budget par année

La désagrégation du budget du DI par année, prenant en compte toutes les régions (couverture nationale), permet de mettre en exergue une forte allocation au déterminant de l'offre suivie de la demande et au déterminant de l'environnement favorable.

Tableau 18 : Budget total du DI par déterminant

	2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL (cinq ans)	MOYENNE ANNUELLE	%
Offre des services	130,424,020,061.00	84,837,348,591.00	83,547,147,913.00	87,461,434,485.00	95,720,894,393.00	481,990,845,443.00	96,398,169,088.60	75%
Demande des services	10,707,100,000.00	9,202,850,000.00	11,142,103,500.00	9,702,353,500.00	11,437,103,500.00	52,191,510,500.00	10,438,302,100.00	8%
Gouvernance et leadership	2,995,750,000.00	3,517,050,000.00	4,108,800,000.00	4,102,800,000.00	4,651,800,000.00	19,376,200,000.00	3,875,240,000.00	3%
Nutrition	2,921,696,000.00	2,921,696,000.00	2,911,064,000.00	2,911,064,000.00	2,911,064,000.00	14,576,584,000.00	2,915,316,800.00	2%
Wash	10,420,600,000.00	10,248,000,000.00	10,248,000,000.00	10,420,600,000.00	10,420,600,000.00	51,757,800,000.00	10,351,560,000.00	8%
Qualité	5,086,375,000.00	4,709,956,600.00	8,007,756,600.00	1,951,910,000.00	4,404,796,000.00	24,160,794,200.00	4,832,158,840.00	4%
<b>TOTAL</b>	<b>162,555,541,061.00</b>	<b>115,436,901,191.00</b>	<b>119,964,872,013.00</b>	<b>116,550,161,985.00</b>	<b>129,546,257,893.00</b>	<b>644,053,734,143.00</b>	<b>128,810,746,828.60</b>	<b>100%</b>

### 10.4. Budget par stratégie

Les détails des stratégies prioritaires montrent que 74,84% du DI est destiné au renforcement du système de l'offre des services de santé avec 31, 84% qui est réservé à la disponibilité des médicaments et autres intrants jusqu'au dernier kilomètre. Le renforcement de la demande, de l'environnement favorable, de la nutrition, du WASH et du système d'amélioration de la qualité de la mise en œuvre des services, ont respectivement une part de 8,10% ; 3,01% ; 2,26% ; 8,04 et 3,75%.

**Tableau 19 :**  
**Budget total du DI par stratégie**

	2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL	MOYENNE ANNUELLE	%
<b>Offre des services</b>	<b>130,424,020,061.00</b>	<b>84,837,348,591.00</b>	<b>83,547,147,913.00</b>	<b>87,461,434,485.00</b>	<b>95,720,894,393.00</b>	<b>481,990,845,443.00</b>	<b>96,398,169,088.60</b>	<b>75%</b>
Renforcement de la disponibilité des médicaments et autres intrants aux points de prestations des soins	66,996,071,956.00	32,409,223,751.00	34,299,427,647.00	34,929,916,577.00	36,419,376,627.00	205,054,016,558.00	41,010,803,311.60	32%
Renforcement de la disponibilité en quantité et en qualité des ressources humaines et des relais communautaires ainsi que leur déploiement équitable au niveau des zones rurales et difficiles d'accès	16,990,282,505.00	21,841,793,640.00	22,180,389,066.00	31,614,186,708.00	50,143,186,566.00	142,769,838,485.00	28,553,967,697.00	22%
Renforcement des infrastructures et équipements solaires	45,936,600,000.00	29,584,600,000.00	26,065,600,000.00	19,915,600,000.00	8,156,600,000.00	129,659,000,000.00	25,931,800,000.00	20%
Renforcement de l'extension de la couverture des interventions	501,065,600.00	1,001,731,200.00	1,001,731,200.00	1,001,731,200.00	1,001,731,200.00	4,507,990,400.00	901,598,080.00	1%
<b>Demande des services</b>	<b>10,707,100,000.00</b>	<b>9,202,850,000.00</b>	<b>11,142,103,500.00</b>	<b>9,702,353,500.00</b>	<b>11,437,103,500.00</b>	<b>52,191,510,500.00</b>	<b>10,438,302,100.00</b>	<b>8%</b>
Renforcement de la participation communautaire au tour des services de la SRMNIA-Nut	453,550,000.00	453,550,000.00	647,053,500.00	647,053,500.00	647,053,500.00	2,848,260,500.00	569,652,100.00	0%
Renforcement du système de protection sociale et contre le risque financier	5,383,500,000.00	5,489,250,000.00	5,640,000,000.00	5,795,250,000.00	5,955,000,000.00	28,263,000,000.00	5,652,600,000.00	4%
Renforcement des stratégies de CCC en faveur de l'utilisation des services SRMNIA-Nut	3,295,050,000.00	3,260,050,000.00	3,280,050,000.00	3,260,050,000.00	3,260,050,000.00	16,355,250,000.00	3,271,050,000.00	3%
Promotion de l'autonomisation des filles et des femmes	1,575,000,000.00	0.00	1,575,000,000.00	0.00	1,575,000,000.00	4,725,000,000.00	945,000,000.00	1%
<b>Gouvernance et leadership</b>	<b>2,995,750,000.00</b>	<b>3,517,050,000.00</b>	<b>4,108,800,000.00</b>	<b>4,102,800,000.00</b>	<b>4,651,800,000.00</b>	<b>19,376,200,000.00</b>	<b>3,875,240,000.00</b>	<b>3%</b>
Renforcement de la coordination des activités intégrées de la SRMNIA-Nut, l'opérationnalisation de la mise en œuvre du plan SRMNIA-Nut	200,000,000.00	200,000,000.00	200,000,000.00	200,000,000.00	200,000,000.00	1,000,000,000.00	200,000,000.00	0%
Renforcement du FBR	500,000,000.00	1,000,000,000.00	1,500,000,000.00	1,500,000,000.00	2,000,000,000.00	6,500,000,000.00	1,300,000,000.00	1%
Renforcement du cadre législatif et réglementaire de la SRMNIA-Nut	30,000,000.00	0.00	50,000,000.00	0.00	0.00	80,000,000.00	16,000,000.00	0%

	2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL	MOYENNE ANNUELLE	%
Renforcement du plaidoyer auprès des collectivités et des entreprises privées pour une mobilisation des ressources pour la santé	135,000,000.00	135,000,000.00	135,000,000.00	135,000,000.00	135,000,000.00	675,000,000.00	135,000,000.00	0%
Renforcement de la recherche opérationnelle en faveur de la SRMNIA-Nut	67,500,000.00	101,500,000.00	120,500,000.00	139,500,000.00	163,500,000.00	592,500,000.00	118,500,000.00	0%
Renforcement du système d'information sanitaire autour de la SRMNIA-Nut	2,063,250,000.00	2,080,550,000.00	2,103,300,000.00	2,128,300,000.00	2,153,300,000.00	10,528,700,000.00	2,105,740,000.00	2%
<b>Nutrition</b>	<b>2,921,696,000.00</b>	<b>2,921,696,000.00</b>	<b>2,911,064,000.00</b>	<b>2,911,064,000.00</b>	<b>2,911,064,000.00</b>	<b>14,576,584,000.00</b>	<b>2,915,316,800.00</b>	<b>2%</b>
Renforcement des services de prévention et de la prise en charge de la malnutrition	2,277,296,000.00	2,277,296,000.00	2,267,164,000.00	2,267,164,000.00	2,267,164,000.00	11,356,084,000.00	2,271,216,800.00	2%
Renforcement de l'offre intégrée des prestations SRMNIA	644,400,000.00	644,400,000.00	643,900,000.00	643,900,000.00	643,900,000.00	3,220,500,000.00	644,100,000.00	1%
<b>Wash</b>	<b>10,420,600,000.00</b>	<b>10,248,000,000.00</b>	<b>10,248,000,000.00</b>	<b>10,420,600,000.00</b>	<b>10,420,600,000.00</b>	<b>51,757,800,000.00</b>	<b>10,351,560,000.00</b>	<b>8%</b>
Amélioration de l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement y compris l'approche ATPC	10,420,600,000.00	10,248,000,000.00	10,248,000,000.00	10,420,600,000.00	10,420,600,000.00	51,757,800,000.00	10,351,560,000.00	8%
<b>Qualité</b>	<b>5,086,375,000.00</b>	<b>4,709,956,600.00</b>	<b>8,007,756,600.00</b>	<b>1,951,910,000.00</b>	<b>4,404,796,000.00</b>	<b>24,160,794,200.00</b>	<b>4,832,158,840.00</b>	<b>4%</b>
Renforcement de la fonction SONNE et des SONU dans tous les CSI, HD, MR et CSME	210,676,800.00	1,052,341,800.00	1,052,341,800.00	49,800,000.00	93,588,000.00	2,458,748,400.00	491,749,680.00	0%
Renforcement du système de référence et contre référence	3,263,400,000.00	63,200,000.00	3,244,600,000.00	129,200,000.00	3,330,120,000.00	10,030,520,000.00	2,006,104,000.00	2%
Mise en œuvre d'un paquet intégré d'intervention à haut impact sur la mortalité maternelle, néonatale et infantile pour une meilleure efficacité et efficience.	590,617,200.00	2,191,175,400.00	2,307,575,400.00	363,405,000.00	168,252,000.00	5,621,025,000.00	1,124,205,000.00	1%
Mise à l'échelle des bonnes pratiques et initiatives	1,021,681,000.00	1,403,239,400.00	1,403,239,400.00	1,409,505,000.00	812,836,000.00	6,050,500,800.00	1,210,100,160.00	1%
<b>TOTAL</b>	<b>162,555,541,061.00</b>	<b>115,436,901,191.00</b>	<b>119,964,872,013.00</b>	<b>116,550,161,985.00</b>	<b>129,546,257,893.00</b>	<b>644,053,734,143.00</b>	<b>128,810,746,828.60</b>	<b>100%</b>

# 11. CARTOGRAPHIE DES RESSOURCES

## 11.1. Ressources potentiellement disponibles

La cartographie des ressources réalisée dans le contexte de la COVID-19, n'a pas permis de réunir la contribution de tous les partenaires, toutefois l'analyse des données collectées donne les résultats suivants : La Cartographie montre que le budget de l'État, y inclus l'aide budgétaire extérieur, est la principale source de financement de la santé et ce à hauteur à 64%, les ressources externes provenant partenaires représentent 36%.

Les bailleurs multilatéraux incluant la Banque Mondiale, le Fonds Mondial, le Programme Alimentaire Mondial (PAM) et l'Alliance Mondiale des Vaccins (GAVI), représentant les deux-tiers (75%) des intentions de financement, suivi du fonds commun (13%), les bailleurs bilatéraux composés de KfW, AFD, USAID, ENABEL qui représentent (12%) et les fondations et autres bailleurs privés (3%).

## 11.2. Analyse des écarts financiers

Le budget global du DI nécessaire pour le renforcement de la SRMNI-Nut au Niger avec le scénario national s'établit à 644,054 Milliards sur période de 5 ans (2022-2026), soit une moyenne annuelle 128,811 milliards de F CFA (environ 226 millions de dollars US par an) en prenant le scénario national. L'analyse de la cartographie des ressources fait état de la disponibilité potentielle des ressources de près de 251,2 milliards de F CFA. L'analyse des déficits de financement du DI par rapport aux besoins de financement se présente comme dans le tableau 20.

Deux scénarii sont proposés pour combler ces écarts.

**Scénario national :** En considérant le choix du scénario national (644,054 milliards de F CFA) couvrant toute la population et les régions ci-dessus, nous émettons les hypothèses suivantes :

• **L'hypothèse constante :** L'État maintient la croissance du budget à au moins 5,4% (hypothèse de base ou de référence) chaque année et que la contribution des PTF est maintenue constante. Dans ce cas, l'écart de financement s'établira à 383,4 milliards additionnel de F CFA sur 5 ans soit 76,685 milliards de F CFA par an (134,89 millions de dollars US), soit près de 3 378 F CFA (6\$US) additionnels par habitant et par an.

• **L'hypothèse moyenne :** L'État accroît le budget de la santé à 8%, l'écart de financement annuel sera de l'ordre de 75,704 milliards de F CFA (soit 112,772 millions de dollars US), soit près de 3335 de F CFA (5,87\$ US) par tête d'habitant par an.

• **L'hypothèse optimiste :** L'État accroît le budget de la santé à 12%, l'écart de financement annuel sera de l'ordre de 65,092 milliards de F CFA (soit 109,943 millions de dollars US), soit près de 2 868 de F CFA (5,04\$ US) par tête d'habitant par an.

**Scénario très prioritaire :** En adoptant le scénario très prioritaire (avec les 4 régions à faible résultat de santé) avec un besoin de financement, combiné aux mêmes hypothèses de croissance du budget alloué à la santé, allant de 5,4% ; 8% et 12% et en maintenant constant l'apport des PTF à 260,627 milliards de F CFA, en moyenne par an. Dans cette perspective, l'écart de financement s'établira :

• **Avec 5,4% alloué au budget de la santé,** l'écart de financement s'établira à 125,805 milliards additionnel de F CFA sur 5 ans, soit 25,162 milliards de F CFA (environ 44 millions de dollars US) par an, soit près de 1 108 F CFA (1,95\$US) additionnels par tête d'habitant par an.

• **Avec 8% alloué au budget de la santé,** l'écart sera de 120,899 milliards de F CFA additionnel sur 5 ans, soit près de 24,180 milliards par an (environ 42,54 millions de dollar US) par an soit près 1 065 de F CFA (1,87 \$US) additionnels par tête d'habitant par an.

• **Avec 12% alloué au budget de la santé,** l'écart sera de 112,858 milliards de F CFA additionnels sur 5 ans, soit près de 22,572 milliards par an (environ 39,71 millions de dollar US) par an soit près 994 de F CFA (1,75 \$US) additionnel par tête d'habitant par an.

Tableau 20 : Analyse des écarts financiers par scénario

Proportion de la population	Scénarii	Budget Total par scénario (2021-2026)	Ressource disponible	Gap à rechercher par scénario sur 5 ans	Gap moyen annuel par scénario (F CFA)	Gap moyen annuel par scénario (en \$ US)
60%	Scénario très prioritaire_Diffa, Tillabéri, Zender, Marad	386 432 240 485	251 200 000 000	135 232 240 485	77 285 448 097	135 590 260
91%	Scénario prioritaire_Diffa, Tillabéri, Zender, Marad, Tahoua, Dosso	586 088 898 069		334 888 898 069	117 217 779 617	205 645 227
100%	Scénario National	644 053 734 141		392 853 734 141	128 810 746 828	225 983 766

## 12. CONCLUSION

L'analyse du Dossier d'investissement propose un cadre au gouvernement, aux partenaires de développement, au secteur privé de la santé et au développement pour faire des choix stratégiques sur les priorités d'intervention et la manière d'investir leurs ressources.

Le dossier d'investissement dresse un plan pour des investissements supplémentaires qui amélioreront l'accès à des services de premières lignes tout en luttant contre les inégalités qui marquent le système de santé et en utilisant plus rentablement les ressources.

Comme le montre l'analyse des scénarii de financement, le dossier d'investissement constitue un document de plaidoyer qui viserait à soutenir les argumentaires évidents pour influencer les stratégies de mobilisation de ressources et demandera une concentration et un alignement équitable des financements vers les priorités identifiées afin d'obtenir plus de résultats pour la SRMNIA-Nut au Niger.

# ANNEXES

## Annexe 1

### Références bibliographiques

- ↘ Institut National de la Statistique : Comptes Rapides 2020
- ↘ Institut National de la Statistique : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS IV) 2012
- ↘ Institut National de la Statistique : Enquêtes SMART Nutrition 2019, 2020
- ↘ Institut National de la Statistique : Etude Nationale d'Evaluation d'Indicateurs Sociaux Economique et Démographique (ENISED), 2015
- ↘ Institut National de la Statistique : Rapport Enquête harmonisée sur les conditions de vie des Ménages et l'agriculture (EHCVMA) 2014
- ↘ Institut National de la Statistique : Rapport enquête PROSEHA 2020
- ↘ Institut National de la Statistique : Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2012
- ↘ Institut National de la Statistique : Tableau de Bord Social 2020
- ↘ Ministère de la Santé Publique : Annuaire des statistiques sanitaires Niger, 2020
- ↘ Ministère de la Santé Publique : Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2017-2021
- ↘ Ministère de la Santé Publique : Plan Stratégique Intégré de la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, Adolescent et Jeune/ Nutrition (SRMNIAJ/Nut), 2018-2021
- ↘ Ministère de la Santé Publique : Rapport de la deuxième Evaluation Rapide Des Besoins en Soins Obstétricaux Néonataux D'urgence (SONU) Au Niger, 2017
- ↘ Ministère de la Santé Publique : Rapport enquête SARA, 2019
- ↘ Ministère de la Santé Publique : Rapports Enquête Couverture Vaccinale 2017, 2018
- ↘ Ministère de la Santé Publique : Comptes Nationaux de la Santé, 2020
- ↘ Programme des Nations Unies pour le Développement : Rapport sur le Développement Humain, 2020
- ↘ République de la Côte-d'Ivoire : Dossier d'investissement 2020-2023;
- ↘ République Démocratique du Congo : Dossier d'Investissement 2019-2022;
- ↘ République du Mali : Dossier d'Investissement SRMNEA+N 2019 -2023;
- ↘ République du Sénégal : Dossier d'investissement 2018-2022;

## Annexe 2

### Organisation du système de santé au Niger

Le Système National de Santé est organisé de façon pyramidale. Il comprend un niveau périphérique, un niveau intermédiaire et un central. L'organisation administrative du système de santé est calquée sur le découpage administratif du pays et comprend trois (3) niveaux :

- ↘ L'administration centrale (niveau stratégique chargé de la définition des politiques et stratégies) constituée par le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, l'Inspection Générale des Services, les Directions Générales et les Directions Nationales ;
- ↘ Les Directions Régionales de la Santé Publique (niveau technique chargé d'appuyer les districts sanitaires) ;
- ↘ Les Districts Sanitaires (niveau opérationnel chargé de la mise en œuvre de la politique sanitaire).

L'organisation technique comprend trois niveaux qui constituent la pyramide sanitaire incluant les structures publiques et privées :

- ↘ Le niveau Central garant de l'appui stratégique constitué d'hôpitaux, maternités et centres nationaux de référence ;
- ↘ Le niveau Régional ou niveau intermédiaire représenté par les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), les Centres de Santé Mères Enfants (CSME) ;
- ↘ Le niveau Opérationnel (District) avec les Hôpitaux de District (HD) et leurs réseaux de Centres de Santé Intégrés (CSI), de Cases de Santé (CS), les cabinets et les salles de soins privés ainsi que le niveau communautaire.

Outre les structures publiques ci-dessus indiquées, gérées par le Ministère en charge de la santé publique en 2016, le système de santé comprend :

- ↘ Les établissements publics de soins relevant d'autres administrations publiques (services de santé des armées, centres médico-sociaux de la CNSS) ;
- ↘ Les établissements privés principalement orientés vers les activités curatives et concentrées dans les centres urbains. On dénombre 479 établissements privés en 2020 dont :
  - 9 hôpitaux et polycliniques ;
  - 67 cliniques ;
  - 76 cabinets médicaux ;
  - 307 cabinets et salles de soins;
  - 20 salles d'accouchement

## Annexe 3

Interventions à haut Impacts
<b>1-Pratiques sanitaires familiales</b>
<b>1-1-Eau Hygiène et Assainissement (WASH)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Source d'eau amélioré</li> <li>• Raccordement d'eau</li> <li>• Assainissement amélioré</li> <li>• Évacuation hygiénique des selles de l'enfant</li> <li>• Lavage des mains au savon</li> </ul>
<b>1-2-Prévention du Paludisme</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation des MILDA</li> <li>• Pulvérisation intra-domiciliaire d'insecticides</li> <li>• CPS</li> </ul>
<b>1-3-Alimentation et soins des nouveau-nés et des nourrissons</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allaitement maternel précoce et exclusif jusqu'à 6 mois</li> <li>• Allaitement maternel continu jusqu'à 23 mois</li> <li>• Alimentation complémentaire, éducation nutritionnelle des mères</li> <li>• Supplémentation en micronutriments des moins de 5 ans</li> <li>• Soins de protection thermique y compris la méthode kangourou</li> </ul>
<b>2-Services de prévention</b>
<b>2-1-Planification familiale</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation de contraceptifs</li> </ul>
<b>2-2-Soins prénatals CPN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaccin antitétanique (anatoxine tétanique)</li> <li>• TPI - femmes enceintes protégées par un traitement préventif intermittent du paludisme ou dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MI)</li> <li>• Dépistage et traitement de la syphilis</li> <li>• Supplémentation en fer et en acide folique</li> <li>• Prise en charge des cas d'hypertension</li> <li>• Prise en charge des cas de diabète</li> <li>• Prise en charge des cas de paludisme</li> <li>• MgSO4- prise en charge de la prééclampsie</li> <li>• PTME – Prévention de la transmission mère-enfant du VIH</li> <li>• Vaccin BCG;</li> <li>• Vaccin antipoliomyélitique</li> <li>• Vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, hépatite et Haemophilus B (Pentavalent),</li> <li>• Vaccin contre l'hépatite B</li> <li>• Vaccin antipneumococcique</li> <li>• Vaccin contre les rotavirus</li> <li>• Vaccin contre la rougeole</li> <li>• Vaccin contre la fièvre jaune</li> <li>• Supplémentation en vitamine A</li> <li>• VPI</li> <li>• Vaccin contre la méningite à méningocoque (Men A)</li> <li>• Déparasitage des enfants</li> </ul>

3-Services curatifs
<b>3-1-Prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles (PCIMIN)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation des SRO+ZINC en cas de diarrhée</li> <li>• Utilisation des antibiotiques oraux en cas d'infection du nouveau-né</li> <li>• Utilisation des antibiotiques injectables en cas de septicémie néonatale</li> <li>• Utilisation du zinc en cas de diarrhée</li> <li>• Utilisation des antibiotiques oraux en cas de pneumonie aiguë chez l'enfant</li> <li>• Utilisation de la vitamine A dans le traitement de la rougeole</li> <li>• Traitement du paludisme par des ACT</li> <li>• Alimentation thérapeutique en cas MAS</li> <li>• Traitement de la malnutrition aiguë modérée (MAM)</li> <li>• Traitement par les ARV des enfants séropositifs au VIH</li> </ul>
<b>3-2-Accouchement assisté par un professionnel qualifié</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonnes pratiques d'hygiène lors de l'accouchement</li> <li>• Soins essentiels au nouveau-né</li> <li>• Gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA)</li> <li>• Soin post natal</li> <li>• Chlorhexidine</li> </ul>
<b>3-3-Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès à un établissement offrant des services SONUB lors du travail et de l'accouchement</li> <li>• Accès à un établissement offrant des services SONUC lors du travail et de l'accouchement</li> <li>• Réanimation néonatale en cas de besoin</li> <li>• Soin après avortement (SAA)</li> <li>• Prise en charge des cas de grossesse extra-utérine</li> <li>• Administration de corticostéroïdes prénatals lors d'un travail prématuré</li> <li>• Administration d'antibiotiques en cas de RPM</li> <li>• Prise en charge de l'éclampsie avec utilisation du Sulfate de Magnésium</li> <li>• Déclenchement du travail pour les grossesses de plus de 41 semaines</li> <li>• Prise en charge des cas de septicémie maternelle</li> <li>• Prise en charge de la prématurité</li> <li>• Prise en charge de la pneumonie et de la septicémie du nouveau-né</li> </ul>
<b>4-Santé des adolescents et jeunes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supplémentation en fer acide folique</li> <li>• Education à la santé de la reproduction des adolescents et jeunes</li> <li>• Disponibilité et utilisation des méthodes modernes de contraception y compris le préservatif</li> <li>• Planification familiale chez les adolescentes</li> <li>• Dépistage des IST/VIH chez les adolescents</li> <li>• Traitement des IST/VIH chez les adolescents</li> <li>• Violence basée sur le genre (physique et sexuelle)</li> </ul>

## Annexe 4

Rubriques	Intervention à haut impact	Couverture de base (%)	Sources	Objectif de couverture (%)	Sources
<b>Groupe Santé de la mère et des Nouveaux Nés</b>	<b>Santé maternelle, du nouveau-né et de la reproduction</b>				
	<b>Gestion des complications d'avortement</b>				
	Prise en charge des cas post-avortement	0,06	E SONU 2017	0,1	
	<b>Gestion des soins de grossesse extra-utérine</b>				
	Prise en charge de cas extra-utérine	0,12	E SONU 2017	40	
	<b>Soins prénatals</b>				
	Détection et traitement de la syphilis (femmes enceintes)	2,27	E SARA 2019	25,00	
	Soins prénatals de base (CPNR1)	76,20	ENISED 2015	90,00	
	Soins prénatals de base (CPNR4)	34,00	E SARA 2019	60,00	PSI SRMNIA
	<b>Soins prénatals - Traitement des complications de grossesse</b>				
	Prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse	88,00	E SARA 2019	95,00	
	Gestion des prééclampsies (sulfate de magnésium)	14,70	E SONU 2017	30,00	
	Traitement vermifuge (femmes enceintes)	51,50	EDSN 2012	80,00	
	<b>Soins à l'accouchement - accouchements dans un établissement de santé</b>				
	Prise en charge de travail et l'accouchement à l'aide du parto	64,00	E SARA 2020	91,00	
	Prise en charge de la troisième étape de travail	89,00	E SONU2017	95,00	
	Réanimation néonatale (dans un établissement de santé)	65,73	E SARA 2019	80,00	
	Prise en charge de la dystocie	0,04	E SON 2017	25,00	
	Incidence de la septicémie néonatale	0,38	AVAS Niger 2012	80,00	
	Traitement des infections locales (nouveau-né)	12,90	EDSN 2012	70,00	
Méthode mère kangourou	78,00	E SARA 2019	90,00		
Petit poids de naissance (<2,5 kg)	4,6	EDSN 2012	1,00		

	Conseil pour l'alimentation et soutien pour nourrissons de faible poids de naissance	54,00	Annuaire.S 2019	70,00	
	<b>Soins à l'accouchement - accouchements à domicile</b>				
	Pratiques propres et immédiates de soins néonataux essentiels (à domicile)	0,00		15,00	
	<b>Soins à l'accouchement - Autres</b>				
	Couverture en structure offrant les 7 fonctions SONUB	0,20	Évaluation du PNS 2014		
	0,52				
	E SONU 2017	0,80			
	Couverture en structure offrant les 7 fonctions SONUC	0,95	Évaluation du PNS 2014	100,00	
	Corticostéroïdes prénatals pour travail avant terme	0,21	E SARA 2015	50,00	
	Antibiotiques pour RPM avant terme	39,00	E SARA 2019	70,00	
	Déclenchement du travail (après 41 semaines)	0,00		2,98	
	<b>Soins post-accouchement - Traitement de la septicémie</b>				
	Prise en charge des cas septicémie maternelle	0,04	E SONU 2017	25,00	
	Soins post-accouchement - Traitement de la septicémie néonatale				
	Septicémie néonatale - Soins de soutien intégraux	0,00		20,00	
	Septicémie néonatale - antibiotiques injectables	53,00	E SARA 2015	80,00	
	<b>Soins post-accouchement - Autres</b>				
	Pratiques post-natal propre	37,00	ENQUETE SONU 2017	80,00	PSI SRMNIA
	Traitement de l'hémorragie post-partum	69,00	E SARA 2019	90,00	
	Chlorhexidine	78,00	E SARA 2019	85,00	
	<b>Autres maladies sexuellement transmissibles et santé reproductive</b>				
	Traitement de la syphilis	2,27	E SARA 2019	20,00	
	Traitement des SIP (syndrome inflammatoire pelvien)	0,00		10,00	
	Traitement des infections des voies urinaires (IVU)	0,00		10,00	
	Dépistage du cancer du col de l'utérus	13,84	CNSR	25,00	PSI SRMNIA

**Groupe Santé de la mère et des Nouveaux Nés**

## Annexe 4 Suite

	Identification et prise en charge de l'infertilité	0,03	EDSN 2012	20,00		
	<b>Gestion de la diarrhée</b>					
	SRO	40,80	EniSed 2015	44,28		
	Zinc (traitement de la diarrhée)	20,20	EniSed 2015	10,25		
	Antibiotiques pour traitement de la dysenterie	0,41	EniSed 2015	16,79		
	<b>Pneumonie</b>					
	Traitement de la pneumonie (enfants)	53,20		80,00		
	<b>Paludisme</b>					
	Traitement pour le paludisme (enfants 0-4)	34,7	EniSed 2015	80,00		
	<b>Vaccination</b>					
Santé Infantile	Anatoxine tétanique (femmes enceintes)	91,90	ECV 2017	95,00	PPAC	
	Vaccin contre le rotavirus	83,40	ECV 2017	95,00	PPAC	
	Vaccin contre la rougeole	76,10	ECV 2017	95,00	PPAC	
	Vaccin pentavalent	80,20	ECV 2017	95,00	PPAC	
	Vaccin Hib	81,00		95,00		
	Vaccin contre l'Hépatite B pour prévenir le cancer du foie	81,00		95,00		
	Vaccin contre la polio	82,30	ECV 2017	95,00	PPAC	
	Vaccin BCG	91,40	ECV 2017	95,00	PPAC	
	Vaccin contre le pneumocoque	76,00	ECV 2017	95,00	PPAC	
	Vaccin contre le VPH	0,00		50,00	PPAC	
	VPI	60,80	ECV 2017	95,00	PPAC	
	MenA	76,00		95,00	PPAC	
		<b>Paludisme</b>				
		<b>Prévention</b>				
Paludisme	Matériaux traités aux insecticides	61,49		61,49		
	Femmes enceintes dormant sous une MII	51,00	PSN PALU	80,00		
	Aspersion résiduelle intérieure	0,00		0,00		
	TPI (femmes enceintes)	63,00	PSN PALU	80,00		
	<b>Prise en charge du Paludisme</b>					
VIH/SIDA	Malaria diagnosis (malaria fevers)	25,00		80,00		
	PTME	27,38	Rapport 2020 PNLSH	<5	PSN	
	<b>Soins et traitement</b>					
	Proportion des adultes sous ART utilisant un ART de deuxième ligne	3,68	Rapport 2020 PNLSH	5,00		
	TAR hommes	58,51	Rapport 2020 PNLSH	90,00		
	TAR femmes	80,55	Rapport 2020 PNLSH	90,00		
	Cotrimoxazole pour enfants	21,97	Rapport 2020 PNLSH	80,00		

	TAR pédiatrique	35,33	Rapport 2020 PNLSH	80,00	
VIH/SIDA	Interventions collaboratives contre VIH/SIDA et TB				
	Screen VIH+ cas pour la TB	62,00	PNS TB	74,00	
	TAR (+CPT) pour patients TB VIH+	78,00	PNS TB	100,00	
	Prévention du VIH pour patients avec TB	83,00	PNS TB	94,00	
	<b>Nutrition</b>				
	<b>Femmes et adolescentes en âge de procréer</b>				
	Supplémentation intermittente en fer et acide folique des adolescentes	0,00		30%	
	<b>Femmes enceintes et allaitantes</b>				
	Supplémentation quotidienne en fer et acide folique (femmes enceintes)	0,58	Annuaire statistique 2019	80%	DN
	Prise en charge des femmes enceintes malnutries	0,50	Revue après action des réponses du Plan de soutien 2019/DN/DNPGCA	80%	DN
	Soutien nutritionnel aux femmes enceintes en période de soudure	0,00		30%	
	<b>Enfants</b>				
Nutrition	Mise au sein immédiate	0,60	SMART 2019	80%	PDS
	Allaitement exclusif	0,21	SMART 2019	50%	
	Introduction des aliments de complément	0,73	SMART 2019	85%	
	Diversification alimentaire minimale	0,06	SMART 2019	21%	
	Fréquence minimum acceptable	0,73	SMART 2019	85%	
	Minimum alimentaire acceptable	0,06	SMART 2019	20%	
	Renforcement à domicile des aliments avec des poudres enrichies en micronutriments multiples (enfants de 6-23 mois)	0,00		50%	
	Supplémentation en vitamine A pour nourrissons et enfants 6-59 mois (enquête de couverture)	0,86	PCS 2019	95%	DN
	Prise en charge de la malnutrition sévère (enfants)	0,73	Annuaire statistique 2019	100%	DN
	Prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (enfants)	0,62	Annuaire statistique 2019	85%	DN

**Annexe 4** Suite

<b>Nutrition</b>	Prévalence de la malnutrition chronique (retard de croissance)	0,46	SMART 2019	20%	
	Prévalence de la malnutrition aigüe sévère (MAS)	0,03	SMART 2019	1%	
	Prévalence de la malnutrition aigüe modérée (MAM)	0,08	SMART 2019	4%	
	Soutien nutritionnel pour enfants en période de soudure	0,55	Revue après action des réponses du Plan de soutien 2019/ DN/DNPGCA	75%	
<b>WASH</b>					
<b>WASH</b>	Utilisation de source d'eau améliorée dans les 30 minutes/service basique	49,60	Rap Proseha 2020	50,00	Guide S § E PROSEHA Cible 2020 Non-atteinte du service basique en milieu rural
	Utilisation du raccordement à l'eau à domicile/ service optimal	9,20	Rap Proseha 2020	25,00	Guide S § E PROSEHA Cible 2020 Non atteinte
	Élimination améliorée des excréments (latrines / toilettes) / utilisant les installations améliorées d'assainissement	20,80	Rap Proseha 2020	35,60	Guide S § E PROSEHA Cible 2020 Non-atteinte du service basique
	Lavage des mains avec du savon	26,20	Rap Proseha 2020	50,00	Guide S§E PROSEHA Cible 2020 Non atteinte
	Évacuation hygiénique des selles des enfants	21,64	EDSN 2012	50,00	ND au MHA
<b>Planification familiale</b>					
<b>Planification familiale</b>	Prévalence Contraceptive Moderne	21,80	Estimation Track20	0,50	
	Pill - Standard daily regimen	0,40	PMA 2020, 2017	0,19	
	Pill - Progestin only	0,40		0,19	
	Condom - Male	0,01	PMA 2020, 2017	0,01	
	Injectable - 3 month (Depo Provera)	0,34	PMA 2020, 2017	0,32	
	Injectable - Uniject (SAYANA)	0,06	PMA 2020, 2017	0,06	
	IUD - Copper-T 380-A IUD (10 years)	0,01	PMA 2020, 2017	0,03	
	Implant - Implanon (3 years)	0,18	PMA 2020, 2017	0,29	
	Implant - Jadelle (5 years)	0,18		0,29	
	Stérilisation féminine	0,01	PMA 2020, 2017	0,01	
	Stérilisation masculine	0,00	PMA 2020, 2017		

<b>Planification familiale</b>	MAMA	0.00	PMA 2020, 2017		
	MJF	0.00	PMA 2020, 2017		
	Méthode de barrière vaginale	0.00	PMA 2020, 2017		
	Tablettes vaginales	0.00	PMA 2020, 2017		
	Autres contraceptifs	0.2			
<b>VBG</b>	Prévalence VBG	0,27	Enquête VBG 2015	14,80	Stratégie Nationale de Prévalence et réponse aux VBG
	Td vaccine co-delivery	0,74	Annuaire Statistique Sanitaire 2019	0,90	
	Injury care due to intimate partner violence : physical assault	0,35	EDSN 2012	0,19	
	Injury care due to intimate partner violence : sexual assault	0,50	EDSN 2012	0,27	



## RÉPUBLIQUE DU NIGER



Fraternité - Travail - Progrès  
**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE,  
DE LA POPULATION  
ET DES AFFAIRES SOCIALES**



**Note de synthèse  
du dossier d'investissement  
du Niger pour la santé reproductive,  
maternelle, néonatale, infantile,  
adolescent et la nutrition (SRMNIA-Nut) 2022-2026**