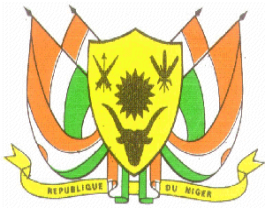
REPUBLIQUE DU NIGER



Fraternité – Travail – Progrès

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DOCUMENT DE STRATEGIE NATIONALE DE SURVIE DE L'ENFANT

OCTOBRE 2008

CARTE DU NIGER

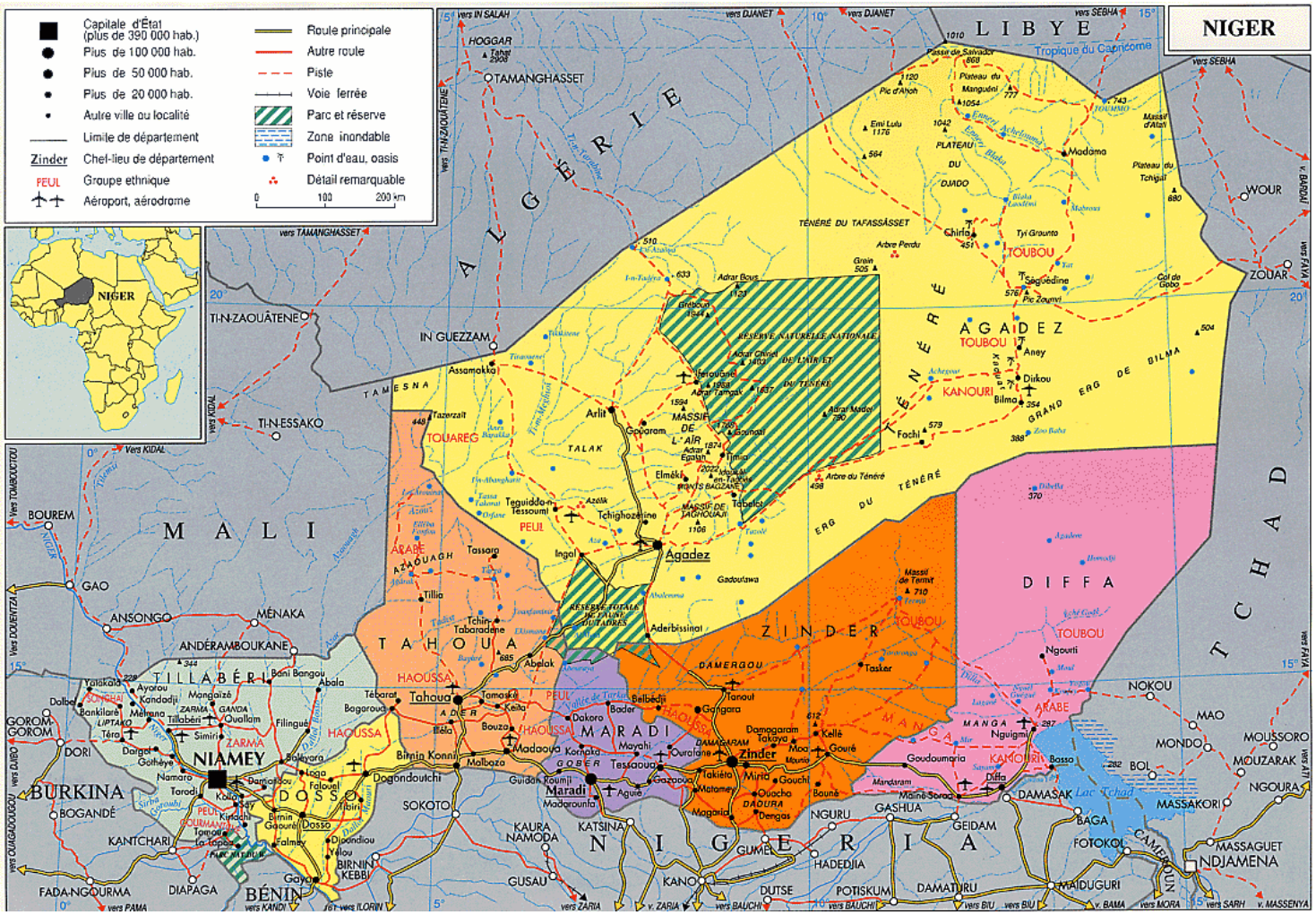

NIGER
Capitale d'État (plus de 300 000 hab.)
Plus de 100 000 hab.
Plus de 50 000 hab.
Plus de 20 000 hab.
Autre ville ou localité
Limite de département
Chef-lieu de département
Groupe ethnique
Aéroport, aérodrome
Route principale
Autre route
Piste
Voie ferrée
Parc et réserve
Zone inondable
Point d'eau, oasis
Détail remarquable
0 100 200 km
LIBYE
ALGERIE
MALI
BURKINA
BÉNIN
NIGERIA
TCHAD
TAMANGHASSET
TI-N-ZAOUÂTENE
IN GUEZZAM
TI-N-ESSAKO
AGADEZ
TOUBOU
KANOURI
TENERE
ERG DE BILMA
GRAND ERG DE BILMA
ERG DU TÉNÉRÉ
TÉNÉRÉ DU TAFASSÂSSET
PLATEAU DU DJADO
MASSIF DE L'AIR
TOUAREG
TALAK
ARABE AZAOUAGH
PEUL
Agadez
Arlit
Tchirozérine
Iférouâne
Timia
Assamakka
Fachi
Bilma
Dirkou
Chirfa
Madama
Aney
Séguédine
Zouar
WOUR
ZOUAR
DIFFA
ZINDER
TAHOUA
TILLABÉRI
NIAMEY
DOSSO
MARADI
HAOUSSA
DAMERGOU
MANGA
Tropique du Cancrome
Vers TOMBOUCTOU
Vers KIDAL
Vers IN SALAH
Vers DJANET
Vers SEBHA
Vers TAMANGHASSET
Vers TIN-ZAOUATENE
Vers DOUENTZA
Vers DJIBO
Vers OUAGADOUGOU
Vers PAMA
Vers KANDI
Vers ILORIN
Vers ZARIA
Vers BAUCHI
Vers BIU
Vers MORA
Vers SARH
Vers MASSENYA
Vers FAYA
Vers BARDAI
BOUREM
GAO
ANSONGO
MÉNAKA
ANDÉRAMBOUKANE
Tillia
Tassara
Ingal
Tchin-Tabaraden
Abalak
Tahoua
Tchintabaraden
Keita
Bouza
Illéla
Birnin Konni
Malbaza
Tessaoua
Guidan Roumji
Madaoua
Konkata
Mayahi
Ouraliane
Zinder
Tanout
Gangara
Belbédji
Dakoro
Bader
Tasker
Goudoumaria
Nguigmi
Kellé
Gouré
Mirriah
Gouchi
Takiéta
Agadez
Aderbissinat
Gadoutawa
Tchighozérine
Arlit
Goprarm
Timia
Iférouâne
Fachi
Bilma
Dirkou
Aney
Chirfa
Madama
Séguédine
Zouar
WOUR
Tazerzait
Assamakka
Tchirozérine
Tabelot
Elmékki
Ingal
Tassara
Tillia
Abalak
Tchin-Tabaraden
Tahoua
Tamaské
Keita
Bouza
Illéla
Birnin Konni
Malbaza
Madaoua
Konkata
Mayahi
Ouraliane
Zinder
Tanout
Gangara
Belbédji
Dakoro
Bader
Tasker
Goudoumaria
Nguigmi
Kellé
Gouré
Mirriah
Gouchi
Takiéta
Agadez
Aderbissinat
Gadoutawa
Massif de Tamat 710
Massif de Tchirozérine 1108
Massif de Tabelot 1022
Massif de Timia 1708
Massif de Iférouâne 1852
Massif de Bagzane 1594
Massif de Tamgak 1944
Massif de Greboun 2022
Massif de Bagzane 1874
Massif de Tahoua 685
Massif de Tahoua 1121
Massif de Tahoua 1037
Massif de Tahoua 1002
Massif de Tahoua 780
Massif de Tahoua 1874
Massif de Tahoua 1944

TABLE DES MATIERES

Avant propos 9

1- Contexte et Justification 11

2- Résumé de l'Analyse de Situation 14
2.1 Mortalité Néonatale, Infantile et Infanto juvénile 14
2.2 Mortalité Maternelle 17
2.3 Les interventions et la réponse 17

3- Rappel sur la Stratégie de survie de l'enfant (SSE) 20
3.1 Quelques évidences scientifiques 20
3.2 Interventions retenues 21
3.2.1 Interventions au niveau des communautés et ménages : 21
3.2.2 Paquet d'interventions en stratégie fixe (CSI et CASE DE SANTE) 22
3.2.3 Paquet d'interventions en stratégies avancée et mobile 23
3.2.4 Paquet d'interventions dans les structures de référence HD/CHR : 24

4 Principaux Objectifs et Axes Stratégiques 26
4.1 Objectifs 26
4.2 Principaux axes stratégiques 27

5- Comment assurer la réussite du passage à l'échelle 31
5.1 Détermination des paquets d'intervention 31
5.2 Principales étapes 32

6- Analyse des facteurs de succès et de risques 34

7- Planification de la mise en œuvre à l'échelle nationale 36

8- Impacts attendus en matière de réduction des mortalités néonatale et infanto juvénile et maternelle et coûts additionnels 38
8.1 Période 2009-2010 38
8.2 Période 2011 – 2012 39
8.3 Période 2013-2015 39
8.4 Besoin de financement additionnel en $US 000 39

9- Prochaines étapes 39

Annexe I : Indicateurs 40
1.1 Indicateurs de services 40
1.2 Indicateurs de processus 41
1.3 Indicateurs d'impact 42

Annexe II Principaux indicateurs : données de référence 37

Annexe III Objectifs par périodes des interventions à haut impact 45

ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AME : Allaitement Maternel Exclusif
ARV : Anti Rétro Viraux
AT : Accoucheuse Traditionnelle
BCG : Bacille de Calmette et Guérin
BM : Banque Mondiale
CCC : Communication pour e Changement de Comportement
CHR : Centre Hospitalier Régional
CPN : Consultation Pré Natale
CPON : Consultation Post Natale
CS : Case de Santé
CSI : Centre de Santé Intégré
CSLP : Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
DTC : Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche
DRSP : Directeur Régional de La Santé Publique
ECD : Equipe Cadre du District
EDSN/MICS : Enquête Démographique de Santé et de Nutrition couplée avec L'Enquête à Indicateurs Multiple
EVPC : Equipe villageoise pour la promotion de la croissance
GAVI : Global Alliance for Vaccination and Immunization
HD : Hôpital de District
Hep B : Vaccin contre l'Hépatite B
IRA : Infections Respiratoires Aigues
JNV Journées Nationales de Vaccination
MAS : Malnutrition Aigue Sévère
MBB : Marginal Budgeting for Bottlenecks (Logiciel informatique pour la programmation et la budgétisation stratégiques)
ME : Médicament Essentiel
MEF : Ministère de l'Economie et des Finances
MGF : Mutilations Génitales Féminines
MICS : Multi Indicators Cluster Survey
MII : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MSP : Ministère de la Santé Publique
NNé : Nouveau Né
OEV : Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD : Objectif du millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernemental
ONPPC : Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
ONU : Organisation des Nations Unies
PB : Paquet de Base
PC : Paquet Complémentaire

PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDS : Plan de Développement Sanitaire
PEC : Prise En Charge
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PFE : Pratiques Familiales Essentielles
PFA : Paralysie Flasque Aiguë
PHI : Pediatric Health Improvement
PTF : Partenaires Techniques et Financiers
PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant
SNIS : Système National d'Information Sanitaire
SONUB : Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence de Base
SONUC : Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence Complets
SRPD : Stratégie de Réduction de la Pauvreté et de Développement,
SRO : Sels de Réhydratation Orale
SSE : Stratégie de Survie de l'Enfant
SSP : Soins de Santé Primaires
TETU : Tri, Evaluation et Traitement en Urgence
TMI : Taux de mortalité Infantile
TMIJ : Taux de Mortalité Infanto Juvénile
TMM : Taux de Mortalité Maternelle
TMNN : Taux de Mortalité Néonatale
TMPN : taux de Mortalité Postnatale
TMN : Tétanos Maternel et Néonatal
TPI : Traitement Préventif Intermittent (du paludisme)
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAT Vaccin Antitétanique
VAR : Vaccin Anti-Rougeoleux
VIH/:SIDA : Virus Immunodéficitaire Humain et Syndrome Immuno Déficitaire Acquis

AVANT-PROPOS

L'élaboration de ce document de Stratégie Nationale de Survie de l'Enfant au Niger vient à point nommé pour nous permettre d'avoir une vision concertée et réaliste sur comment atteindre l'OMD 4 à l'horizon 2015.

Le processus a été participatif car, dès le début, le Ministère de la Santé Publique (MSP) a mis en place un comité technique chargé de travailler avec le consultant pendant toutes les phases de l'élaboration du document. Ce comité comprend les représentants:

- des directions nationales du MSP,
- des ministères connexes (Education Nationale, Communication, Hydraulique, Aménagement du Territoire et Développement Communautaire, Reformes Sociales et Population, Promotion de la Femme et Protection de l'Enfant)
- des principaux partenaires techniques et financiers,
- des ONG nationales et internationales...

Ce processus qui a duré deux mois s'est déroulé en trois phases : une phase de contact et de concertation avec tous les acteurs impliqués dans la survie de l'enfant (ministères, partenaires, ONG) suivie d'une visite de terrain, une deuxième phase de formulation du document qui a consisté en un travail itératif à l'intérieur du comité technique, et une dernière phase de validation du document qui s'est faite en deux temps (un atelier de prévalidation du 22 au 23 septembre 2008 regroupant tous les directeurs régionaux de la santé et les médecins chefs des districts ainsi que les représentants des PTF et des ONG, et finalement un atelier de validation du 14 au15 octobre regroupant plus de 170 participants provenant du terrain (directeurs régionaux, médecins chefs, autorités administratives) et du niveau central (Assemblée Nationale, Cabinet du Premier Ministre, Ministères, société civile, chefferie traditionnelle, élus locaux, PTF) .

Le document comprend plusieurs parties dont les plus importantes sont la détermination des paquets d'intervention, des objectifs et des axes stratégiques qui nous permettront d'atteindre l'OMD 4. Il propose aussi une planification du passage à l'échelle nationale de cette stratégie pendant la période allant de 2009 à 2012, et une liste d'indicateurs clés pour le suivi des interventions.

Le défi majeur reste celui de la mise en œuvre de cette stratégie qui requiert une appropriation de tous les acteurs et les prestataires mais aussi des ressources financières additionnelles. Le MSP ne ménagera aucun effort pour assurer la réussite de cette stratégie qui, j'en suis certain, permettra au Niger d'être parmi les pays qui auront atteint l'OMD 4 à l'horizon 2015.

Je ne voudrais pas finir sans remercier tous ceux qui ont contribué à l'élaboration et la validation de ce document, et en particulier l'UNICEF qui en a assuré la partie financière.

Issa Lamine,
Ministre de la Santé Publique

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le Niger, comme la plupart des pays du monde, a souscrit à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à l'horizon 2015. Parmi ces objectifs, l'OMD 4 vise à réduire le taux de mortalité infanto-juvénile des deux tiers (en prenant comme référence les chiffres de 1990). Le Niger a aussi ratifié la Convention de Droit des Enfants (CDE) et la Charte Africaine de Droit des Enfants qui font obligation aux Etats d'assurer la Survie, le Développement et la Protection des enfants.

Pour permettre l'atteinte de l'OMD 4, les pays africains ont unanimement adopté la Stratégie Régionale de Survie de l'Enfant lors de la 56ème session du comité régional de l'OMS, tenue à Addis Abéba en Septembre 2006 ; il a été demandé à chaque état d'adopter une stratégie nationale pour accélérer la mise en œuvre des interventions retenues.

Le Niger a déjà élaboré plusieurs documents de politique sectorielle dont notamment :

- La Déclaration de Politique Sanitaire reformulée en 2002,
- Les Orientations Stratégiques pour le Développement Sanitaire pour la première décennie du 21ème siècle, 2002-2011,
- Le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010, en cours d'évaluation à mi-parcours,
- La Politique Nationale en Alimentation et Nutrition,
- Le Plan National en Alimentation et Nutrition,
- La Déclaration Générale de la Politique de Population,
- La Déclaration de Politique Pharmaceutique Nationale,
- La Politique Nationale de Protection de l'Enfant,
- Le Cadre Stratégique National de Lutte contre le Sida,
- Le Programme Décennal de Développement de l'Education,
- La Politique et Stratégie Nationales pour l'eau et l'assainissement
- Le Plan d'Action National pour la Survie, le Développement et la Protection de l'Enfant, 2006-2012,
- La Politique Nationale de la Promotion de la Femme,
- La Politique de Développement Intégré du Jeune Enfant,
- La Politique Nationale de Communication pour le Développement (PNCD),
- La Politique Nationale de Développement Local et Communautaire,
- La Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme,
- Le Programme National de la Santé de la Reproduction,
- La Feuille de Route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle
- La Stratégie nationale IEC
- Le Plan national de sécurisation des produits SR

Ces documents sectoriels ont alimenté le document national de Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP), 2008-2012.

Dans tous ces documents, la volonté d'atteindre les OMD est clairement notifiée. Ainsi, le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010 a déterminé huit axes programmatiques pour atteindre l'objectif de réduction des mortalités infanto juvénile et maternelle :

- **Programme: 1 L'amélioration de la disponibilité, de la qualité et de l'accessibilité financière à des services de santé et le renforcement de la lutte contre les maladies** : Il vise à :
  - Augmenter l'accessibilité géographique aux services de santé,
  - Promouvoir la demande,
  - Améliorer la qualité globale des services,
  - Assurer l'accès équitable de l'ensemble de la population aux soins de santé
  - Renforcer l'offre et la qualité des soins de santé.

- **Programme 2 : La santé de la reproduction :** Elle comprend les volets suivants :
  - La surveillance de la grossesse et du postnatal
  - L'accouchement assisté par un personnel qualifié
  - La prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement
  - Le système de référence/ contre référence au niveau du district
  - Le plan national d'éradication de la fistule
  - Les activités en planification familiale
  - La lutte contre les MGF

- **Programme 3 : Le renforcement de la décentralisation :** Elle est axée sur :
  - La gestion décentralisée des ressources au niveau de la DRSP et du district sanitaire
  - Le renforcement des capacités gestionnaires des équipes cadre de district et des DRSP
  - La formation et le suivi de l'assurance qualité des districts de la région assurés par les maternités de référence et les CHR.

- **Programme 4 : La participation communautaire** : En outre et au delà de l'actuelle mission des Coges, elle se fera à travers :
  - L'adoption d'une politique nationale en matière de participation et de stratégie à assise communautaire
  - L'adoption d'un cadre stratégique national pour une harmonisation et une standardisation des activités à assise communautaire
  - La mise à échelle des interventions à assise communautaire

- **Programme 5 : Les capacités de gestion et les compétences institutionnelles :**
  Le renforcement de ces capacités se fera à travers :
  - Une micro planification des activités appliquée au niveau CSI par les comités de santé encadrée par les ECD
  - Une élaboration et une mise en application de la politique de santé urbaine
  - Les compétences institutionnelles du niveau district, région et central renforcées
  - La supervision, le suivi et l'évaluation
  - Un système performant d'information sanitaire et de gestion

- **Programme 6 : La gestion stratégique des ressources humaines :** Elle vise notamment à assurer :
  - L'adoption d'une politique nationale de Formation et de Gestion des Ressources Humaines (en particulier une politique de gestion des carrières)
  - La révision des statuts des Ecoles de Santé Publique et l'adéquation des programmes de formation avec les besoins des politiques nationales de santé publique

- **Programme 7: L'équipement :** Il sera renforcé à travers la mise en place de:
  - Un système de recensement et de suivi de l'équipement
  - Un plan de réhabilitation, de maintenance et de renouvellement de l'équipement
  - Une politique nationales de sécurisation des équipements et un plan de viabilisation financière (parc roulant, radio BLU, kits césariennes, chaîne de froid, équipement pour les soins du nouveau-né)

- **Programme 8 : La disponibilité des médicaments et consommables**
  - Adoption d'une politique nationale du médicament
  - Renforcement du système d'approvisionnement, stockage et distribution de l'ONPPC
  - Subvention des soins pour certains groupes à risque
  - Introduction de nouveaux produits et délégation de soins au niveau de la case de santé et au niveau communautaire.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'OMD 5 (réduction de 50 % du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015), une Feuille de Route pour la réduction de mortalité maternelle et néonatale a été adoptée et permettra certainement d'accélérer les interventions et d'améliorer le suivi pour l'atteinte de cet objectif.

Cependant, pour l'OMD 4, aucun document opérationnel spécifique n'a été élaboré pour accélérer l'atteinte de cet objectif. Il faut quand même noter qu'un Plan Stratégique de la PCIME est en cours d'élaboration et qu'un autre sur l'harmonisation des activités à base communautaire est prévu.

Malgré les progrès notables accomplis au cours des dernières années au Niger, il est devenu de plus en plus évident qu'avec les tendances actuelles de réduction du taux de mortalité infanto-juvénile (TMIJ), l'OMD 4 sera difficilement atteint à l'horizon 2015. En effet, les chiffres issus de la dernière enquête EDS/MICS 2006 montrent qu'entre la période 1991-1995 et la période 2001-2005, ce taux est passé de 273 p 1.000 à 198 p1.000, soit une réduction de 27 % sur une dizaine d'années. Si on prend comme chiffre de référence pour l'année 1990 celui de l'enquête EDS/MICS/2000 à savoir 320 p.1.000, l'objectif visé (réduction de 2/3) est d'atteindre un TMIJ de 103 p.1.000 en 2015. Il faudra donc obtenir une réduction de 48 % de ce taux d'ici 2015. Cet objectif est réalisable mais il ne pourra l'être que si on adopte une stratégie nationale de survie de l'enfant avec des objectifs ambitieux, et une mise en œuvre à l'échelle nationale d'interventions efficaces et bien ciblées.

2. RESUME DE L'ANALYSE DE LA SITUATION

Le Niger, pays sahélien et enclavé, occupe une superficie de 1.267.000 KM² et compte, en 2007, une population d'environ 13.120.000 habitants, si on se base sur les projections faites à partir des données du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), effectué en 2001, qui faisait état d'une population de 10.790.352 habitants.

La densité moyenne de population est de l'ordre de 10 habitants/KM2 mais il existe une disparité importante entre les différentes régions du pays : plus de 75 % de la population vit dans moins de 40 % du territoire national.

Le taux d'accroissement démographique (3,3% par an) est l'un des plus élevés du monde : l'augmentation annuelle de la population dépasse souvent le taux de la croissance économique, induisant ainsi des besoins sociaux non satisfaits et donc une plus grande paupérisation.

Selon l'EDSN/MICS 2006, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est de l'ordre de 7,1 enfants par femme (légèrement inferieur à celui de 1998 :7,5 enfants/femme) et reste préoccupant aussi bien pour la santé des femmes que celle des enfants. L'actuelle politique de population est, à juste titre, axée sur la PF et l'espacement des naissances.

Le Niger est considéré comme étant l'un des pays les plus pauvres du monde. En effet, selon le document de la SDRP, 63% de la population se situerait en dessous du seuil de pauvreté et 34% en dessous du seuil d'extrême pauvreté. L'incidence de la pauvreté est plus élevée en milieu rural (66%) qu'en milieu urbain (52%) ; elle atteindrait 75 % en milieu rural chez les ménages dirigés par les femmes ou les inactifs. Selon le nouveau profil de pauvreté basé sur le « Degré de Satisfaction des Besoins Essentiels » (DSBE) et les résultats de l'enquête QUIBB (Questionnaire Unifié des Indicateurs de Bien-être de base) réalisée en 2005, la pauvreté toucherait 62 % de la population nigérienne avec une disparité importante selon les régions ; à titre d'exemple, elle toucherait 79,7 % de la population à Maradi, 46 % à Agadès et 27 % à Niamey.

Dans le domaine sanitaire, selon l'aide mémoire de la revue mi parcours du PDS 2005-2010 de septembre 2008, le pays dispose de 970 CSI de type I et II, soit un ratio d'un CSI pour 14.432 habitants. Si, comme planifié dans le PDS 2005-2010, les 1.840 cases de santé (CS) seront érigées en CSI, le nombre de CSI atteindra plus de 2.600 unités et le ratio passera à un CSI pour moins de 5.000 habitants. Ceci améliorera sans aucun doute l'accessibilité géographique des populations aux services de santé, mais encore faut-il que les ressources humaines au niveau de ces nouveaux CSI soient substantiellement augmentées pour répondre aux attentes et besoins des populations, et à la qualité requise des services offerts. En effet, les ressources humaines disponibles sont insuffisantes et souvent mal reparties, au détriment du milieu rural.

2.1 MORTALITE NEONATALE, INFANTILE ET INFANTO JUVENILE

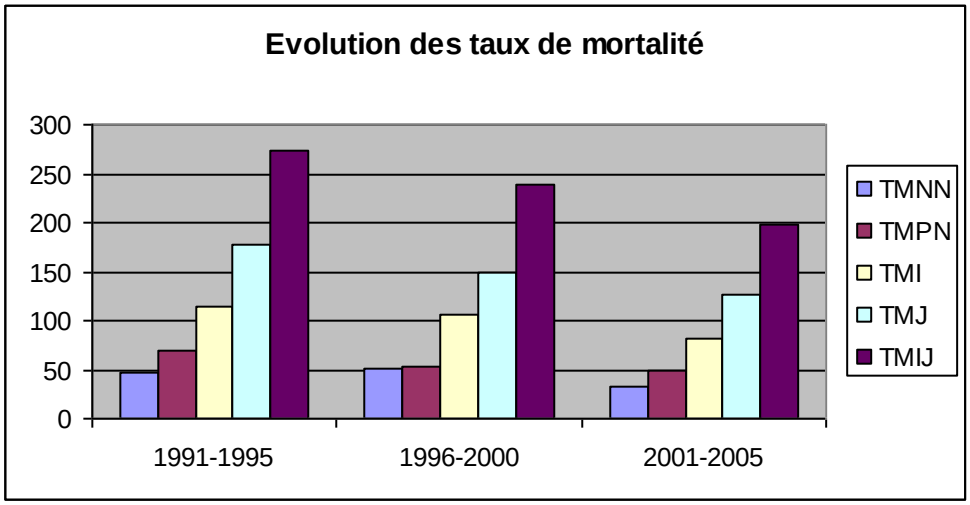
Les niveaux de mortalité néonatale, infantile et infanto juvénile demeurent encore élevés malgré les progrès réalisés dans le domaine sanitaire. Le tableau ci-dessous résume leur évolution selon l'EDSN/MICS 2006 :

Tableau I : Evolution des taux de mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile durant les 15 dernières années : les chiffres déterminent le risque de mortalité pour 1.000 naissances vivantes (source EDSN/MICS III, 2006).

Années	TMNN	TMPN	TMI	TMJ	TMIJ
2001-2005	33	48	81	126	198
1996-2000	51	54	106	148	239
1991-1995	46	70	115	178	273

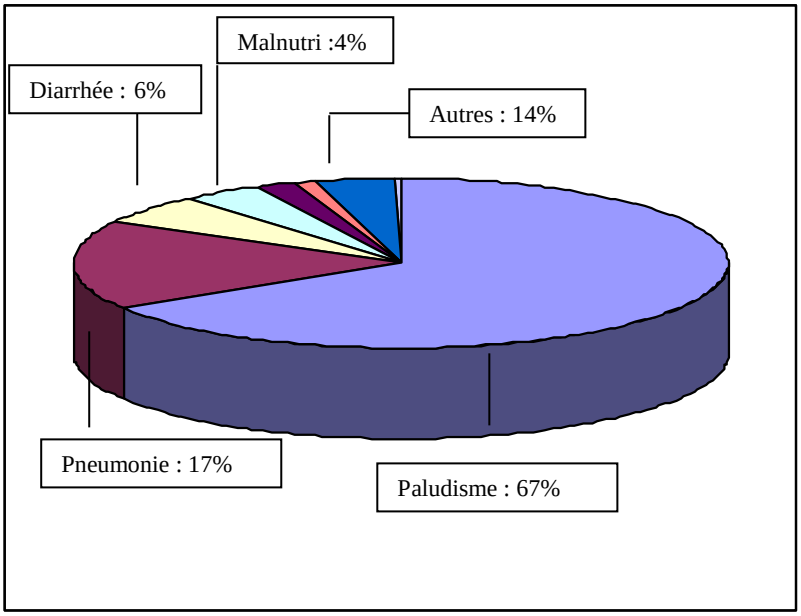
Graphique 1 : Evolution des taux de mortalité chez l'enfant entre la période 1991-1995 et la période 2001-2005 (source EDSN/MICS III, 2006) :

:



Selon ce tableau, le TMIJ n'a diminué que de 12,45 % entre la période 1991-1995 et la période 1996-2000 et de 17,15 % entre la période 1996-2000 et celle de 2001-2005. Le TMI quant à lui a respectivement baissé de 7,82% et de 23,58 pendant les mêmes périodes. Malgré cette évolution remarquable (surtout au cours des cinq dernières années), force est de constater que cette tendance de réduction de la mortalité ne permettra pas d'atteindre l'OMD4 à l'horizon 2015. Si cette tendance de réduction se maintient et reste constante (17,15 % de réduction tous les cinq ans), l'OMD ne serait atteint qu'en 2025/2026.

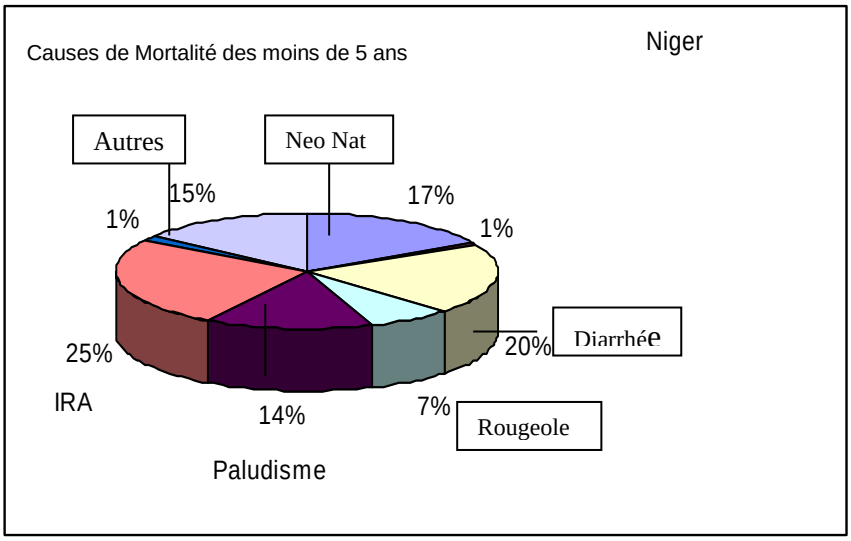
Selon l'annuaire statistique du SNIS, les affections suivantes ont été les principales causes des décès spécifiques (dans les services de santé) des enfants de moins de 05 ans en 2007 comme ci-dessous : Paludisme : 67%, Pneumonie : 7% Diarrhée & DHA : 6% Malnutrition : 4% Méningite : 2% Tétanos : 1% Autres : 4% Rougeole : 0.21%



Graphique 1 : Causes de Mortalité Hospitalière des enfants de moins de 5 ans –Annuaire statistique SNIS 2007

Graphique 2 : Causes de Mortalité des moins de 5 ans

Source : Child Health Epidemiolgic Research Group, 2005

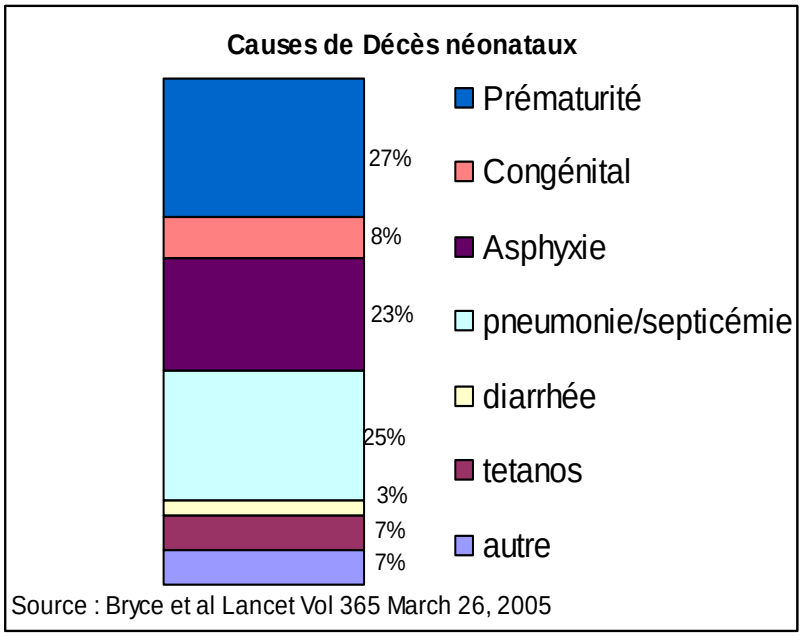


Le groupe de Recherche épidémiologique de l'OMS a étudié la mortalité du Niger en 2003 et a proposé la répartition de la mortalité des moins de 5 ans ci-après. La différence principale réside dans le poids du paludisme qui peut être surestimé par le système de santé car la plupart des décès par fièvre au niveau des CSI sont imputés au paludisme sur base clinique sans autre forme de diagnostique.

Les causes immédiates de la mortalité infanto juvénile sont connues : quatre maladies représentent à elles seules plus de 80 % des causes ; il s'agit des pneumonies (27 %), des diarrhées (21 %), des causes néonatales (18 %) et du paludisme (15 %). L'annuaire statistique de 2007, place le paludisme comme première cause de mortalité infanto-juvénile hospitalière avec 66% des décès, les IRA en seconde position avec 17%, et la diarrhée à 6%, soit un total de 89% par rapport à l'ensemble des causes de la mortalité en milieu hospitalier pour cette tranche d'âge Il faut noter que la malnutrition, le manque d'hygiène et d'accès à l'eau potable sont des causes sous-jacentes qui contribuent beaucoup à ces décès.

En ce qui concerne la mortalité néonatale, selon une estimation faite dans 146 pays, les principales causes de décès chez le nouveau-né sont les suivantes:

Graphique 3 : Causes de décès des nouveau-nés (source OMS)



Il faut noter que les risques de décès sont plus importants pendant les 7 premiers jours de vie du nouveau-né.
Ainsi, les causes des décès, aussi bien chez le nouveau-né que chez l'enfant, sont **bien connues et vulnérables** : Il faut donc adopter des interventions spécifiques ciblant ces causes et planifier leur mise en œuvre à l'échelle nationale, en vue de réduire les taux de mortalité.

2. 2 LA MORTALITE MATERNELLE

Concernant la mortalité maternelle, son taux semble n'avoir quasiment pas changé depuis 1992 : l'EDSN/MICS/2006 estime ce taux à 648 décès pour 100.000 naissances vivantes contre 652 selon l'EDSN de 1992. Comment peut-il en être autrement quand, selon les résultats de l'EDSN/MICS 2006, le taux d'accouchements assistés n'est que de 17 % (les accouchements faits par les matrones et les accoucheuses traditionnelles (AT) représentent 15% et ne sont pas comptabilisés dans les accouchements assistés), quand seulement 26 % des femmes ont suivi 2 à 3 CPN et quand l'ISF est 7,1 enfants par femme!

Les mêmes études ont montré que les décès maternels sont principalement causés par les hémorragies (29%), les avortements compliqués (16 %), les dystocies (14 %, les éclampsies (14%) et les infections puerpérales (14 %). D'autres causes diverses représentent environ 7 %. Les principales causes indirectes restent l'Indice Synthétique de Fécondité extrêmement élevé, une faible prévalence de la contraception (de l'ordre de 5 % pour les moyens modernes de contraception), les mariages précoces et une prévalence très élevée de l'anémie (45,6 % selon EDSN/MICS 2006).

Il s'agit là aussi de causes complexes mais vulnérables et donc en grande parties évitables grâce à des interventions spécifiques bien ciblées.

2.3 LES INTERVENTIONS & LA REPONSE

L'une des plus grandes avancées ces dernières années concerne la réduction de 99% de la morbidité de la rougeole et de 97 % de la mortalité liée à cette maladie. Cette réduction est survenue suite à la campagne de vaccination de masse, associée à une supplémentation de vitamine A menée en 2004-2005, puis son renforcement en janvier 2008. Le défi est de maintenir une couverture élevée avec la qualité requise grâce au PEV de routine.

Dans le domaine de la vaccination de routine, l'enquête survie - nutrition faite en juin 2008 par l'Institut National de Statistique donne le chiffre de 54,7 % d'enfants âgés de 12-24 mois qui ont reçu 3 doses de DTC contre 34,7 en 2006 soit une progression de plus du tiers.
La gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans, pour les CPN et pour les césariennes qui a été instituée depuis 2006 constitue indiscutablement un progrès énorme pour améliorer l'accessibilité des plus pauvres aux soins. Elle contribuera certainement à améliorer les indicateurs sanitaires mais en même temps elle risque d'entraîner deux problèmes majeurs liés à la sur-utilisation des services de santé de premier contact (CSI, Case de santé) :

- Une diminution de la qualité des soins surtout dans les structures de santé qui n'ont pas suffisamment de personnels pour faire face aux flux quotidiens de malades,
- Une plus grande consommation de médicaments qui risque d'entraîner des ruptures de stock, surtout pour les CSI qui n'ont pas une grande marge de manœuvre financière ou bien quand les remboursements de l'Etat ne sont pas faits à temps.

L'actuelle extension de la stratégie PCIME, et notamment son volet communautaire, à l'ensemble des cases de santé offre une opportunité d'harmoniser les interventions et d'améliorer la qualité. Le volet Communication pour le Changement du Comportement pour la promotion des Pratiques Familiales Essentielles reste encore faible à cause de l'absence d'une vision claire pour identifier quels sont les acteurs communautaires à impliquer, et comment assurer une durabilité des interventions, loin des vœux pieux du bénévolat.

Dans le domaine de la nutrition, des progrès importants ont été accomplis au cours des trois dernières années. On peut citer l'élaboration de documents de référence tels que la Politique et le Plan National en Alimentation et Nutrition, le Protocole National de Prise en Charge de la Malnutrition mais aussi la mise en place de prés de 900 unités chargées de la prise en charge des enfants malnutris ainsi que l'amélioration du système de suivi nutritionnel. Il faut aussi noter que l'élaboration des « PROFILES » améliorera certainement la compréhension de la problématique de la malnutrition en vue d'adopter des stratégies efficaces. De même, l'érection de la Division de Nutrition en Direction Nationale montre l'engagement et l'intérêt grandissant qu'ils accordent à la lutte contre la malnutrition. Malgré ces progrès, les chiffres concernant la malnutrition demeurent toujours inquiétants: selon l'enquête survie nutrition INS de 2008, les taux de sous nutrition aigue globale (P/T<-2DS) semblent se stabiliser avec 4 régions sur 08, qui se retrouvent en deçà du seuil d'alerte (10%) avec Niamey à 6.8%, Tahoua à 8.4%, Maradi à 9.9% et Agadez à 9.3%. Pour l'ensemble du pays ce taux est passé à plus de 15% en 2005 à 11.2% en 2007 et à 10.7% en 2008. Seule la région de Zinder observe encore un taux au-delà du seuil d'urgence avec 15.7%.

La sous nutrition aigue sévère (P/T < -3 DS) est passée en dessous du cap de 1% pour l'ensemble du pays. Ce taux, de 1.0% en juin 2007 est passé à 0.8% en juin 2008. Trois régions observent des taux supérieurs à 1% ; Zinder qui observe le taux le plus élevé avec 1.9%, et Agadez et Diffa à 1.3%.
En matière de sous nutrition chronique globale la prévalence est passée de 50% en 2006 avec des taux inquiétants de 62.2% à Maradi et 58.7% à Zinder, à 43.5% en juin 2007 avec Maradi et Zinder en tête avec 56.1% et 51.3% de prévalence, pour chuter en juin 2008 à 39.3%, avec Maradi et Zinder à 47%. Parmi les facteurs complexes qui entretiennent cette prévalence, il faut noter que seulement 13,5 % des enfants sont exclusivement allaités au sein jusqu'à 6 mois, et seuls 52 % reçoivent une alimentation de complément à 6-7 mois. Il est donc nécessaire de rester vigilant et surtout de mettre l'accent sur les actions préventives et d'éducation nutritionnelle tout en continuant à assurer l'intégration des unités de prise en charge des malnutris dans les structures sanitaires publiques.

Dans le domaine de la lutte contre le SIDA, même si le taux de séroprévalence est encore bas (0,7 %), il faut rester vigilant car selon l'EDSN/MICS 2006, les populations et notamment les jeunes n'ont qu'une connaissance faible sur les moyens de transmission et de prévention du VIH/SIDA. En effet, seulement 12,6 % des femmes et 18,6 % des hommes ont « une connaissance complète du VIH/SIDA » (connaissant les moyens de prévention et rejetant les idées erronées sur la maladie). Globalement, selon la même source, la séroprévalence est plus élevée en milieu urbain (1,4 %) qu'en milieu rural (0,5 %) même s'il existe des disparités selon les régions. Les chiffres montrent que la tranche d'âge la plus touchée est celle comprise entre 30-40 ans aussi bien chez les femmes que les hommes, mais il semble que la contamination se fait très tôt chez les jeunes femmes. Parmi les progrès accomplis, il faut noter la mise en place de la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME) dans plus de 132 formations sanitaires, l'existence d'un cadre national de communication pour les IST/VIH/SIDA, et l'adoption d'une loi protégeant les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH).De même, la création de nombreux sites de dépistage et la gratuité des ARV sont des avancées remarquables.

Dans le domaine de l'Eau, Hygiène et Assainissement, la situation se caractérise par un faible accès à l'eau potable et à l'assainissement (respectivement 42 % et 8% selon l'EDSN/MICS/2006 mais l'enquête QUIBB donne des chiffres différents : 68,7 % pour l'accès à l'eau potable et 21 % pour l'assainissement). Selon les données de la direction des statistiques du Ministère de l'Hydraulique, le taux de couverture en eau potable est de 62 %, avec des disparités régionales notables (allant de 50,13 % à Tahoua à 98,88 à Agadez). Le faible taux de couverture en eau potable implique la nécessité d'une intensification des activités de prévention et de Communication pour le Changement de Comportements. Dans ce contexte, les effets positifs de l'hygiène, comme le lavage des mains, sur la prévention des maladies hydriques n'est plus à démontrer.

Dans le domaine de la communication pour le changement de comportements, il existe encore beaucoup de tabous et de préjugés qui contribuent à la mauvaise santé des populations et notamment des enfants. Même si des efforts ont été fournis en terme d'élaboration de politique et d'implication des leaders d'opinions tels que les chefs traditionnels et les chefs religieux, il n'en demeure pas moins qu'il faille :

- harmoniser les interventions au niveau communautaire et au niveau des ménages,
- actualiser et vulgariser les messages à délivrer et
- adopter un système de motivation aux animateurs utilisés.

3- RAPPEL SUR LA STRATEGIE DE SURVIE DE L'ENFANT (SSE) :

3.1 QUELQUES EVIDENCES SCIENTIFIQUES :

La Stratégie pour la Survie de l'Enfant (SSE) est une stratégie prônée par l'OMS, l'UNICEF et la Banque Mondiale depuis le début de ce millénaire. Elle se base sur des constatations et évidences scientifiques avérées. Les tableaux ci-dessous qui sont tirés de publications scientifiques tels que le Lancet, le British Medical Journal et les documents officiels de l'OMS résument ces évidences :

Tableau II: Effets des interventions de santé (PEV Plus, PCIME Plus et Soins Prénataux) sur la mortalité des moins de 5 ans (Source : Lancet 2006) :

Interventions	Preuve d'Efficacité	Efficacité	Contrôle mortalité moins de 5 ans
1. PEV PLUS			**20 %**
Vaccination	Confirmée	>80%	
Supplémentation Vitamine A	Confirmée	>80%	
Déparasitage	Bonne	>80%	
TPI	Etudes en cours		
2. PCIME PLUS			**50 %**
Antipaludéens	Bonne	>80 %	
MII	Bonne	50 %	
Traitement antibiotique IRA/pneumonie	Bonne	>80 %	
SRO	Confirmée	>80 %	
AME	Confirmée	25 %	
Sel Iodé	Confirmée	80 %	
3.SOINS PRENATAUX			**12%**
VAT	Confirmée	80 %	
TPI	Bonne	25 %?	
FAF	Confirmée	40 %	
PTME	Bonne	50 %	

Selon les données résumées dans le tableau ci-dessus qui sont corroborées par les résultats obtenus dans plusieurs pays qui ont mis en œuvre la SSE, on peut obtenir une réduction substantielle de la mortalité des enfants de moins de 5 ans en mettant en œuvre un paquet d'activités spécifiques et ciblées sur les principales maladies qui sont les causes directes de mortalité.

Tableau III : Effets des interventions de nutrition sur la réduction de la mortalité infanto-juvénile,(Source : Lancet 2007)

Niveau de couverture des Interventions	Réduction proportionnelle de décès avant l'âge de		
	12 mois	24 mois	36 mois
99% avec régime équilibré en énergie et protéines	3,6%	3,1%	2,9%
99% avec multiple micronutriments durant la grossesse	2,0%	1,7%	1,6%
99% avec promotion et soutien à allaitement maternel	11,6%	9,9%	9,1%
99% avec promotion de l'alimentation de complément et autres stratégies	0%	1,1	1,5%

99% de supplémentation en vitamine A	6,9%	7,1%	7,2%
99% avec supplémentation/fortification en zinc	1,3%	2,8%	3,6%

Ce tableau montre clairement que des interventions de nutrition simples et peu couteuses peuvent entraîner des réductions substantielles de la mortalité. Ainsi par exemple, l'allaitement maternel peut entraîner une réduction de presque 12 % de la mortalité chez l'enfant de moins 12 mois et la supplémentation en vitamine A une réduction quasi constante de 7 % de la mortalité jusqu'à l'âge de 36 mois.

Tableau IV : Proportion de réduction des maladies diarrhéiques par type d'intervention dans le domaine de l'Eau, Hygiène et l'Assainissement (Source/OMS)

Interventions	% de réduction de la morbidité de la diarrhée
Approvisionnement en eau potable	25 %
Assainissement	32 %
Traitement et bonne conservation de l'eau à domicile	39 %
Lavage des mains	45 %

La diarrhée qui est l'une des trois premières causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans peut être contrôlée par des mesures simples d'hygiène : ainsi une pratique comme le lavage des mains au savon avant de manger et après les selles, peut entraîner une diminution de 45 % de la morbidité de cette maladie. L'OMS pense que plus de 94 % des cas de diarrhées sont évitables grâce à des interventions simples comme l'hygiène du milieu et du corps et l'approvisionnement en eau potable.

3.2 INTERVENTIONS-CLES RETENUES:

Dans le but d'atteindre les OMD 4 et 5 et en se basant sur les données de l'analyse de situation et des évidences scientifiques présentées ci-haut, les interventions seront mises en œuvre par **paquet spécifique** en fonction du **niveau d'intervention** (ménage/communautés, services de santé de premier contact et services de santé de référence) et en fonction de **la cible** (Mère, Nouveau-né et Enfant de 1 à 59 mois):

3.2.1. Interventions au niveau des communautés et ménages :

CIBLES	CONTENUS
Nouveau-né	Accouchement propre/soins au nouveau-né
	Allaitement exclusif (jusqu'à 6 mois) et précoce (< une heure après l'accouchement)
	Reconnaissance des signes de danger chez le nouveau-né
	PCIME Communautaire pour le Nouveau-né
	Gestion des faibles poids à la naissance
Enfant	***Communication pour le Changement du Comportement*** *en faveur des Pratiques Familiales Essentielles (PFE)* : • Allaitement exclusif (0-6mois) • Alimentation complémentaire à partir de 6 mois • Allaitement prolongé jusqu'à 23 mois au moins • Utilisation de la MII par l'enfant de < 5 ans

CIBLES	CONTENUS
	Prise en charge de la diarrhée (SRO / + Zinc et alimentation plus que d'habitude) et référence
	Prise en charge communautaire du paludisme/IRA et référence
	Dépistage et conseils nutritionnels/Référence
Mère/femme enceinte	***Communication pour le Changement du Comportement*** *en faveur des Pratiques Familiales Essentielles (PFE)* : • Utilisation de la MII par les femmes enceintes • Alimentation femme enceinte • Prise de FAF et de SP pendant grossesse
	Détection et orientation des femmes enceintes à risque
	Préparation des plans d'accouchement
	Accouchement assisté à domicile
	Distribution à base communautaire des contraceptifs
Ménages	***Communication pour le Changement du Comportement*** *en faveur des Pratiques Familiales Essentielles (PFE)* : • Les ménages font vacciner complètement les enfants avant 1 an et leur font administrer la vitamine A tous les 6 mois jusqu'à 5 ans • Les enfants de 0–5 ans et les femmes enceintes dorment toutes les nuits sous moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) • Les femmes enceintes utilisent les services de CPN et de consultation post natale • Les ménages donnent les premiers soins à domicile en cas de fièvre et recourent aux services de santé immédiatement. • Les hommes et les femmes des ménages pratiquent au moins une mesure de prévention du virus de l'immunodéficience humaine/ syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/SIDA) • Les ménages pratiquent les mesures d'espacement des naissances • Les mères allaitantes pratiquent l'allaitement exclusif (AE) et donnent les aliments complémentaires aux enfants à partir de 6 mois • Les ménages consomment régulièrement le sel iodé • Les membres du ménage utilisent les latrines fonctionnelles • Les ménages consomment régulièrement de l'eau potable • Les membres du ménage se lavent les mains au savon après les toilettes, avant de manger et de donner à manger aux enfants • Les ménages font enregistrer les enfants à l'état civil dès la naissance • Les ménages inscrivent les enfants (G+F) d'âge scolaire à l'école.
	Contrôles périodiques des sels sur les marchés et dans les ménages

3.2.2. Paquet d'interventions en stratégie fixe (CSI et CASE DE SANTE) :

CIBLES	CONTENUS
Nouveau-né	***Communication pour Changement du Comportement***: • PEV • Allaitement exclusif • Reconnaissance des signes de danger et référence
	Soins au nouveau-né pendant et après l'accouchement
	Recherche de signes de danger chez le nouveau-né (ictère, saignement du cordon, septicémie néonatale, malformations, détresses respiratoires, convulsions, etc.) et référence
	Administration BCG et VPO 0 au nouveau-né
	Allaitement exclusif et précoce (< une heure après l'accouchement)
	Gestion des faibles poids à la naissance

CIBLES	CONTENUS
Enfant	***Communication pour Changement du Comportement*** en faveur de : • PEV • Allaitement & Alimentation de l'enfant • Utilisation MII • Consommation du sel iodé • Consommation eau potable • Lavage des mains
	Administration de nouveaux vaccins en fonction du calendrier vaccinal (enfant).
	Distribution de MII aux enfants de moins d'un an complètement vaccinés
	Supplémentation en Vit A des enfants de 6 à 59 mois
	Déparasitage des enfants de moins de 5 ans
	Dépistage et prise en charge de la malnutrition
	Démonstration nutritionnelle
	Soins curatifs à l'enfant (Normes de la PCIME communautaire) Traitement des enfants nés de Mères séropositives selon le protocole PTME
Mère/femme enceinte	***Communication pour Changement du Comportement*** en faveur de : • CPN/CPON • Accouchement assisté • PF/Espacement de naissance • Utilisation MII durant la grossesse • Alimentation de la mère • Consommation du sel iodé • Consommation eau potable • Lavage des mains
	CPN & Préparation du plan d'accouchement
	CPON
	Offre des services de PF aux mères et aux autres femmes en âge de procréer
	Traitement préventif intermittent à la SP
	Vaccination antitétanique
	Distribution de MII femmes enceintes premier contact
	Supplémentation en FAF
	Accouchement assisté
	Vitamine A post partum
	PTME
	Offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)
	Référence/évacuation

3.2.3 Paquet d'interventions en stratégies avancée et mobile :

CIBLES	CONTENUS
Nouveau-né	***Communication pour Changement du Comportement*** en faveur de : • PEV • Allaitement exclusif • Reconnaissance des signes de danger et référence
	Recherche de signes de danger chez le nouveau-né : ictère, saignement du cordon, septicémie néonatale, malformations, détresses respiratoires, convulsions, etc.)
	Administration BCG et VPO 0 au nouveau-né
Enfant	***Communication pour Changement du Comportement*** en faveur de: • PEV

CIBLES	CONTENUS
	• Allaitement maternel & Alimentation de l'enfant
	Administration autres antigènes PEV en fonction du Calendrier vaccinal (enfant)
	Distribution de MII aux enfants de moins d'un an complètement vaccinés
	Supplémentation en Vit A des enfants de 6 à 59 mois
	Déparasitage des enfants de moins de 5 ans
	Dépistage et prise en charge de la malnutrition
Mère/femme enceinte	***Communication pour Changement du Comportement*** en faveur de : • CPN • Utilisation MII • Alimentation femme enceinte • Accouchement assisté • Allaitement exclusif • Consommation du sel iodé • Consommation eau potable • Lavage des mains au savon • Reconnaissance des signes de danger chez le nouveau-né
	Offre des services de PF aux mères et aux autres femmes en âge de procréer
	VAT femme enceinte/âge de procréer
	Distribution de MII femmes enceintes premier contact
	CPN & Préparation du plan d'accouchement
	Traitement préventif intermittent (SP) à la mère
	Supplémentation en FAF
	Supplémentation en Vit A des femmes dans post-partum immédiat
	Déparasitage dans le post partum

3.2.4 Paquet d'interventions dans les structures de référence HD/CHR :

CIBLES	CONTENUS
Nouveau-né	***Communication pour Changement du Comportement*** en faveur de : • PEV • Allaitement exclusif • Reconnaissance des signes de danger et référence
	Soins au nouveau-né pendant et après l'accouchement
	Recherche de signes de danger chez le nouveau-né : • ictère, • saignement du cordon, • septicémie néonatale, • malformations, • détresses respiratoires, • convulsions,
	Administration BCG et VPO 0 au nouveau-né
	Traitement des enfants nés de mères séropositives selon le protocole PTME
	Allaitement précoce (moins d'une heure après l'accouchement)
	Gestion des faibles poids à la naissance
	Communication pour Changement du Comportement en faveur de : • PEV • Allaitement & Alimentation de l'enfant • Utilisation MII • Consommation du sel iodé

CIBLES	CONTENUS
Enfant	• Consommation eau potable • Lavage des mains au savon
	Soins curatifs à l'enfant (Normes de la PCIME : Prise en charge des cas graves : paludisme grave, malnutrition sévère aigue, pneumonie grave, maladie fébrile grave, déshydratation sévère, anémie sévère etc.
	Prise en charge pédiatrique aux ARV des enfants nés de mères positives
	PCIME REFERENCE :PHI/TETU
	Référence vers les hôpitaux nationaux en cas de besoin
Mère/Femme enceinte	***Communication pour Changement du Comportement*** en faveur de : • CPN/CPON • Accouchement assisté • PF/Espacement de naissance • Utilisation MII durant la grossesse • Alimentation de la mère • Consommation du sel iodé • Consommation eau potable • Lavage des mains au savon
	CPN et Préparation du plan d'accouchement
	Supplémentation en FAF
	Prévention Transmission Mère Enfant (PTME)
	CPON
	Vitamine A immédiatement après l'accouchement
	Offre des services de PF aux mères et aux autres femmes en âge de procréer
	Traitement préventif intermittent à la SP
	Vaccination antitétanique
	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB)
	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC)
	Référence vers le niveau national en cas de besoin

4. PRINCIPAUX OBJECTIFS ET AXES STRATEGIQUES :

4.1 OBJECTIFS :

L'objectif général est d'assurer l'atteinte de l'OMD 4 en 2015 : atteindre un taux de mortalité infanto juvénile de 103 pour 1.000 (correspondant à une réduction de 2/3 par rapport au taux de 1990).

Pour cela les objectifs spécifiques suivants sont visés à l'horizon 2015:

- **NUTRITION :**

1- Réduire à 33,3 % la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans;
2- Réduire à 7 % la prévalence de la malnutrition aigue chez les enfants de moins de 5 ans ;
3- Réduire à 8 % le taux des faibles poids à la naissance ;
4- Assurer un taux d'AME jusqu'à 6 mois 50 % ;

- **PEV PLUS :**

5- Assurer une couverture de 90% d'enfants complètement vaccinés avant 1 an dans tous les districts sanitaires ;
6- Éradiquer la poliomyélite ;
7- Atteindre et maintenir à plus de 90% la couverture anti rougeoleuse associée à une mortalité nulle;
8- Assurer une supplémentation annuelle en vitamine A (deux doses) chez 80 % des enfants de 6-59 mois.

- **PCIME PLUS :**

9- Assurer la prise en charge de cas de paludisme, IRA/pneumonie et diarrhée à 80% aussi bien au niveau communautaire qu'au niveau des formations sanitaires ;
10- Assurer une prise en charge de qualité à 95% des enfants qui consultent pour paludisme, IRA/pneumonie et diarrhée;
11- Augmenter le taux d'utilisation de la thérapie de réhydratation orale au niveau des ménages à au moins 80%;
12- Augmenter le taux de prise en charge communautaire des IRA / pneumonie à 50 % au niveau communautaire ;
13- Augmenter le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides à 80% ;
14- Augmenter le taux d'utilisation du traitement préventif intermittent à 75% chez la femme enceinte.

- **PTME**

15- Accroître à 80% l'utilisation des ARV chez les femmes enceintes séropositives et 50 % chez les enfants séropositifs,
16- Réduire de 50% la proportion de nourrissons infectés par le VIH nés de mères séropositives;
17- Accroître l'accès aux services PTME en couvrant les 42 districts avec un minimum d'un centre par chef lieu de commune.

- **MATERNITÉ ET NÉONATALOGIE**

18- Augmenter la prévalence contraceptive pour l'ensemble des méthodes à 20 %
19- Augmenter le taux d'utilisation de la Consultation Pré Natale 3 CPN à 80% ;
20- Diminuer l'incidence de l'anémie ferriprive de la femme enceinte à 20% ;
21- Augmenter le taux d'utilisation des Stéroïdes Anténataux à 35% dans les menaces d'accouchement prématuré ;
22- Augmenter le taux d'utilisation des antibiotiques dans les cas de Rupture Prématurée des Membranes (RPM) à 100%;
23- Améliorer la prise en charge des cas d'éclampsie à 100%;
24- Augmenter le taux d'accouchement assisté par personnel qualifié à 30%
25- Assurer une couverture de soins intensifs néonataux à 30%;
26- Augmenter le taux de consultation post natale à 80% ;
27- Augmenter de 50% le nombre de formations sanitaires qui offrent des SONUB ;
28- Augmenter de 50% le nombre de formations sanitaires qui offrent des SONUC.

- **EAU, HYGIENE, ASSAINISSEMENT & ENVIRONNEMENT**

29- Contribuer à augmenter la proportion de ménages disposant d'installations sanitaires à 30 %.

4.2 PRINCIPAUX AXES STRATEGIQUES :

Pour l'atteinte des objectifs susmentionnés, les principaux axes stratégiques retenus sont :

- **Le Droit de l'enfant :**

Conformément à la Convention des Droits des Enfants (CDE), la planification basée sur les droits sera intégrée aux interventions de santé de l'enfant, afin de garantir la protection des enfants vulnérables. Cette approche rend l'Etat obligataire vis-à-vis de la protection de l'enfant et place la survie et le développement de l'enfant au centre des préoccupations de l'ensemble des intervenants et en premier lieu le Gouvernement.

- **L'équité et le rapprochement des services de santé à la population**

L'accès financier et géographique aux services de santé sera amélioré notamment dans le milieu rural où la pauvreté et l'enclavement constituent les principaux obstacles à l'utilisation des services. Il s'agira, outre les facilités financières pour l'accès déjà amélioré par la gratuité des soins pour les enfants de 0-5ans, la CPN et la césarienne, de réduire l'énorme écart entre le monde rural et **urbain e**n matière de ratios de ressources humaines et de structures d'offres de soins.

- **Le continuum des soins** :

Il s'agit de considérer que les cibles des interventions sont la mère, le nouveau-né et l'enfant de 1 mois à 5 ans : en d'autres termes, il faut mener les interventions qui améliorent la santé de la mère depuis la grossesse jusqu'au post partum, en passant par l'accouchement, et cibler les interventions qui prennent en compte les besoins de l'enfant depuis sa naissance jusqu'à l'âge de cinq ans. Dans le passé, les interventions ciblant le nouveau-né étaient souvent négligées et celle dispensées aux enfants et aux mères dispersées et mal coordonnées. Il s'agit maintenant de regrouper les interventions et de les fournir de façon intégrée aux trois cibles : la mère, le nouveau- né et l'enfant. Ces interventions seront menées à tous les niveaux de contact : le ménage, les formations sanitaires de premier contact et les structures de santé de référence.

- **L'intégration des interventions** :

  Chaque niveau d'offre de services devra mener le paquet d'interventions sélectionnées de façon intégrée en fonction de la cible (femme, nouveau-né et enfant), **indépendamment de la demande de service**. Cela va demander une formation des prestataires et une nouvelle mentalité des prestataires et des utilisateurs; tout comme il sera nécessaire de mettre en place une réorganisation spatiale des structures qui offrent les services et une répartition judicieuse des ressources humaines disponibles. La mise en œuvre du paquet doit veiller à renforcer le système de santé et à assurer la durabilité et pérennité des interventions. Dans un premier temps, pour pallier à l'insuffisance de l'accessibilité géographique et en attendant la généralisation de la stratégie, l'organisation de Journées Nationales de Santé sont des opportunités pour mener à l'échelle nationale des interventions ciblées qui ont un impact sur la mortalité.

- **La Communication pour le Changement des Comportements (CCC)** :

  C'est une stratégie essentielle qui devra être appliquée non seulement au niveau des communautés et des ménages mais aussi dans toutes les structures d'offre de services.

  Au niveau communautaires et ménages, le Niger dispose d'une pléthore d'agents communautaires formés par les programmes verticaux (Paludisme, Ver de Guinée, Maladies Diarrhéiques etc.) plus ou moins opérationnels mais souvent livrés à eux-mêmes. Avec la mise en œuvre en cours de la PCIME Communautaire et suite aux ateliers sur l'harmonisation des activités à base communautaire, il est maintenant temps d'envisager une approche qui permette d'utiliser cet immense potentiel. Pour cela, il faudra accélérer le processus d'harmonisation en cours et notamment:

  - définir le profil de ces « relais communautaires »,
  - clarifier leur rôle et les moyens de travail,
  - envisager un système de motivation
  - et assurer un suivi et une supervision formative régulière.

  Leur formation ou le recyclage devront être faits avec la mise à disposition d'outils de communication comme les pagivolts ou les boites à images, qui doivent être simples et explicites, et qui ciblent les PFE retenues par consensus. Par exemple, dans certains pays de la région, un quota de 100 familles par relais a été retenu , à charge pour le relais de faire des visites à domicile et de suivre les progrès accomplis selon des indicateurs préalablement établis.

  La CCC concerne aussi les structures d'offre de services qui doivent mener les activités de sensibilisation, de mobilisation sociale et d'information en stratégies fixe, avancée et mobile. Pour cela, les prestataires doivent être formés, outillés et motivés.

  De même, tous les canaux de communication tels que la presse écrite, les radios de proximité ou radios rurales, les troupes artistiques etc… doivent être mis à contribution ; tout comme les leaders d'opinion, les chefs traditionnels et les chefs religieux.

- **La participation des communautés :**

  Depuis la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako au Niger, cette stratégie a été mise en place à travers les comités de santé et de gestion. Mais force est de constater que leur rôle se limite souvent à la gestion financière et rarement à la mobilisation sociale lors de campagnes nationales tels que les JNV. C'est l'occasion de redynamiser ces comités pour qu'ils puissent jouer pleinement leurs rôles en participant activement à la gestion des services (analyse de l'offre, de la couverture et de la qualité lors des microplanifications et des monitorages) et aux activités de CCC.

- **Le partenariat et la collaboration intersectorielle:**

Ce partenariat concerne d'abord le niveau national : pour assurer une appropriation de la SSE, il faut que, sous le leadership du MSP, les autres départements ministériels concernés (notamment l'éducation, le développement communautaire, la communication, l'hydraulique, la protection de l'enfant et la promotion de la femme) ainsi que tous les PTF adhèrent à l'approbation du présent document et s'engagent dans sa mise en œuvre. Ainsi, chaque département ministériel concerné s'engage à participer activement aux travaux du comité de pilotage qui sera mis en place pour suivre la mise en œuvre de cette stratégie. D'autre part, au niveau local, tous les acteurs (ONG locales, nationales et internationales, association des jeunes et des femmes, chefs traditionnels, leaders religieux, relais communautaires ainsi que le secteur privé etc..) et les prestataires seront impliqués dans les processus de planification, de suivi et d'évaluation, notamment en ce qui concerne les activités de CCC, de microplanification et de monitorage. L'Equipe Cadre du District devra assurer le leadership pour pouvoir canaliser et intégrer l'ensemble des interventions des partenaires locaux dans son plan d'action. Aucune intervention de partenaires ne peut se justifier en dehors du plan d'action du district qui doit être au préalable discuté et enrichi par l'ensemble des intervenants locaux.

- **Renforcement du système de santé :**

Le développement des interventions clés nécessite un renforcement du système de santé dans son ensemble. Ce renforcement concerne :

- La décentralisation en cours avec l'amélioration des PDSD et des PDSR par la maîtrise au niveau des districts et régions des processus de programmation et de budgétisation
- Le renforcement des mécanismes de collecte et de gestion des données pour une planification plus efficace et une meilleure connaissance de la situation de la femme et de l'enfant
- La disponibilité des médicaments essentiels et consommables médicaux à tous les niveaux du système de santé par une meilleure gestion des stocks et la mise en oeuvre d'une stratégie nationale d'approvisionnement et de distribution des MEG.
- La mise en œuvre d'une politique de développement des ressources humaines et d'une gestion axée sur les résultats avec l'instauration d'un système de prime de performance
- L'enseignement de la PCIME et de la néonatalogie dans la formation initiale ;
- La formation continue du personnel de santé sur les thèmes ayant trait à la survie de l'enfant ;
- L'amélioration de l'accès aux services de santé par le renforcement des mécanismes assurant la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans ;
- Le renforcement du leadership national et la mise en place d'un système de coordination des intervenants autour de la politique nationale et des plans stratégiques ;
- La promotion de la recherche opérationnelle sur les mécanismes de mise à l'échelle des interventions existantes pour la santé néonatale et des enfants de moins de 5 ans.

- **Financement et mobilisation des ressources**

Il s'agira de donner les moyens des ambitions de cette politique, en terme aussi bien de volume des ressources financières, en terme de cohérence et d'efficacité de la dépense, de maîtrise des coûts, qu'en terme d'accès financier aux populations défavorisées et aux groupes à haut risque. Pour cela, la décision de 2006 de la gratuité des soins ciblée pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 05 ans reste une réponse appropriée aux difficultés d'accès d'une large frange de la population.

En droite ligne de la Déclaration de Paris, l'assurance du financement des interventions retenues pour la période 2009-2015, passera d'abord par une estimation rigoureuse des coûts nécessaires à l'atteinte des objectifs retenus, puis de l'engagement formel de l'Etat et de ses Partenaires quant au financement de ces interventions.

5. COMMENT ASSURER LA REUSSITE DU PASSAGE A L'ECHELLE NATIONALE :

5.1 DETERMINATION DES PAQUETS D'INTERVENTION :

Avant de décrire les différentes étapes du passage à l'échelle, il est judicieux de scinder le paquet complet d'interventions en deux composantes pour faciliter une mise en œuvre progressive et facilement maîtrisable de cette stratégie nationale. Ces deux composantes sont ainsi déterminées :

- Le paquet de base : Il s'agit d'interventions faciles à mettre en œuvre et faisant déjà partie des interventions du paquet actuel d'offre de services dans les structures de santé, dans leur grande majorité ;
- Le paquet complémentaire : il est plus complexe et nécessite une meilleure préparation en terme de formation, d'élaboration de nouveaux outils et de suivi. Il ne sera mis en œuvre que dans les structures qui ont déjà suffisamment maîtrisé le paquet de base. Un délai minimum d'un an est requis entre la mise en œuvre des deux paquets.

Les deux tableaux suivants résument ces deux types de paquet :

Paquet de base :

NIVEAUX	PAQUET DE BASE
Ménages / Communautés	Allaitement Maternel Exclusif
	Lavage des mains avec du savon aux moments critiques
	Traitement à domicile de l'eau de boisson et sa conservation sure
	Utilisation d'installations sanitaires (latrines) et élimination hygiénique des excréments humains
	SRO en cas de diarrhée
	Consommation sel iodé
	Conseils diététiques et éducation nutritionnelle
	Information/sensibilisation sur les CPN et l'accouchement assisté, la CPoN et la PF
	Information/sensibilisation sur le VIH-SIDA, le PEV (y compris les perdus de vue) et la prévention du Paludisme
	Utilisation des MII
	Dépistage de la malnutrition et référence
	PEC de la MA modérée (CRENAM)
Structures de premier contact : CSI /CS	PEV Plus (vaccination, Vitamine A, déparasitage, distribution MII)
	CPN recentrée (Préparation à l'accouchement, VAT, Fer acide folique, TPI, MII, conseils nutritionnels, conseils/dépistage VIH)
	PCIME Clinique (Fièvre, IRA, diarrhée, etc.)
	PEC Malnutrition aigue sévère non compliquée
	Soins au nouveau-né (désobstruction nasale, sécher, soins yeux, soins cordon ombilical, réchauffer, AME précoce, pesée)
	Accouchement eutocique
	Espacement des naissances
	CPON (conseils nutritionnels, espacement des naissances, etc)
	Vit A en post partum

Référence: HD / CHR / HN / MR :	SONUC (SONUB+ césarienne, transfusion, soins du Nné)
	PCIME de référence : PHI/TETU
	PEC MAS compliquée

Paquet complémentaire :

NIVEAUX	PAQUET COMPLEMENTAIRE
Ménages / Communautés	Alimentation complémentaire
	Consommation des aliments fortifiés en micronutriments (Fer, Vitamine A et Zinc)
	Suivi CPN et CPoN
	Suivi de la vaccination
	Soins du cordon ombilical
	Réchauffer le Nné
	Compresses tièdes sur le corps chaud et référence
	Information sur les signes de danger de la grossesse, de l'accouchement et du post partum
	Reconnaissance des signes de danger des IRA et du paludisme
	Dépistage des signes de danger de l'accouchement et référence
	Abandon des MGF et des pratiques néfastes
	Soutien socio économique aux OEV
Structures de premier contact : CSI / CS	Dépistage du VIH-SIDA chez les femmes enceintes (PTME)
	Traitement des parturientes séropositives selon le protocole PTME
	Traitement des enfants nés de mères séropositives selon le protocole PTME
	Conseils nutritionnels aux mères séropositives et appui dans le choix du mode d'alimentation des enfants exposés
	Contraception pour les femmes séropositives
	Dépistage du VIH/SIDA chez les enfants exposés
	Dépistage du VIH-SIDA chez les enfants malnutris
	Cotrimoxazole pour les enfants infectés par le VIH/SIDA ou nés de mères séropositives
	PEC des enfants tuberculeux
	SONUB
Référence: HD / CHR / HN / MR :	SONUC (SONUB+ césarienne + transfusion + réanimation du nouveau né)
	Traitement des mères séropositives selon le protocole PTME
	PEC Pédiatrique du VIH-SIDA

5.2 PRINCIPALES ETAPES :

Le passage à l'échelle nationale se fera selon les étapes suivantes :

- **L'analyse de situation et la microplanification par district** :

Après l'adoption de la stratégie nationale, il faut commencer alors la mise en œuvre des interventions au niveau des districts. Cette étape permettra de faire le point pour savoir, au

niveau de chaque district sanitaire, les structures de santé qui peuvent être considérées comme ayant déjà commencé les interventions du paquet de base ou nécessitant de légers ajustements. Elle permettra aussi de planifier la mise en œuvre des deux paquets (paquet de base et paquet complémentaire) au niveau de chaque structure de santé du district. Cette étape permet également d'identifier les besoins en formation nécessaires pour le développement des deux paquets. Cette microplanification devra se faire avec tous les acteurs et partenaires présents dans chaque district.

- **La formation des prestataires :**

La révision et la mise en commun des modules destinés aux prestataires (agents de santé, relais communautaires, comités de santé etc.) est une étape importante précédant la formation des formateurs et celle proprement dite des prestataires.

- **La disponibilité du personnel, des médicaments, des intrants et de la logistique :**

Avant le début de la mise en œuvre des interventions, il est indispensable de s'assurer au niveau de chaque structure de santé concernée de :

- l'existence d'un personnel suffisant et qualifié au niveau de chaque structure sanitaire,
- la disponibilité des médicaments et intrants (tels que les MII, les intrants nutritionnels etc ..) avec un système d'approvisionnement et de réapprovisionnement opérationnel,
- l'existence d'une logistique appropriée aux différentes stratégies,
- l'équipement des structures de santé conformément aux standards nationaux selon le type de la structure concernée.

- **L'organisation de sessions d'orientation et de lancement :**

C'est une occasion supplémentaire d'assurer la mobilisation des prestataires et surtout des utilisateurs pour l'atteinte des objectifs fixés. Ces sessions constituent aussi une opportunité de mener des activités de sensibilisation auprès des ménages et des communautés.

- **La supervision et le monitorage** :

L'organisation de supervisons formatives trimestrielles et de sessions de monitorages semestriels permettront de suivre les performances et d'apporter les actions correctrices si nécessaire. La mise en place du Tableau de Bord de Santé (TBS) est une excellente opportunité pour améliorer la qualité du suivi. Cet outil doit être révisé pour comporter tous les indicateurs retenus dans ce document (voir annexe I) ainsi que les objectifs visés en 2015 (voir annexe II). D'autre part, la systématisation et la généralisation des contrats de performances à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et entre les différents acteurs renforceront l'engagement des parties prenantes en vue d'atteindre les objectifs fixés.

- **Le suivi et l'évaluation :**

Sur la base des outils existants du SNIS et des nouveaux outils qui seront élaborées pour intégrer les nouveaux indicateurs, le système de suivi sera renforcé. Il est essentiel que pendant les premières étapes de la mise en œuvre de la SSE, ce suivi soit plus rapproché et systématique. Il faut déjà envisager une évaluation à mi- parcours vers juin 2010 et une évaluation finale vers la fin de l'année 2012.

6. ANALYSE DES FACTEURS DE SUCCES ET DE RISQUES :

Avant de développer ces facteurs de succès et de risques par niveau d'intervention, il faut d'abord faire ressortir ceux qu'on peut considérer comme étant **les facteurs critiques de succès :**

- La disponibilité de ressources humaines compétentes au niveau de chaque CSI et de chaque CS ainsi qu'au niveau des ECD et DRSP
- La disponibilité des intrants essentiels (vaccins, ME, MII, Aliments thérapeutiques, ARV, réactifs,…) et des équipements médicaux avec un système de réapprovisionnement opérationnel
- L'existence d'une logistique appropriée avec un plan de maintenance et de renouvellement
- La mise en place d'un système de supervision et de monitorage performant.

Pour mieux appréhender l'ampleur des défis, le tableau suivant résume les facteurs de succès et de risque selon les niveaux d'intervention :

Niveaux	*facteurs de succès*	*Facteurs de risques*
Ménages et Communautés	1. Harmonisation des PFE avec élaboration des modules de formation des ASC/relais communautaire 2. Mise en place d'une forme pérenne de motivation des ASC/Relais 3. Information, sensibilisation, adhésion, participation responsable et active des communautés (y compris les associations locales) 4. Participation active des ONG nationales et internationales travaillant à ce niveau	Résistance à l'application des PFE Absence de motivation des ASC/relais
CSI et case de santé	1- Organisation de sessions périodiques de suivi /Micro planification des interventions 2- Formation et mise à niveau des prestataires de services 3- Gestion rationnelle des ressources (ME, Logistique…) 4- Implication effective des comités de gestion et de santé 5- Application effective des normes et protocoles	Personnel de santé peu motivé ou insuffisant Faible qualité des prestations Difficulté de planification des activités (manque de données fiables) Absence d'obligation de résultats
ECD/HD	1. Formation et mise à niveau de l'ECD 2. Disponibilité de ressources et de logistique pour les stratégies d'appui (supervision, formation, monitorage etc…) Organisation du système de référence et de contre référence au niveau des HD avec une application des normes et protocoles standard	Difficulté de PEC des urgences obstétricales, néonatales et pédiatriques Personnel de santé peu motivé Faible qualité des prestations
DRSP/HR	1. Formation et mise à niveau des équipes régionales 2. disponibilité de RH et de logistique pour assurer la supervision, la formation et le suivi des structures de santé 3- Mise en place d'un comité régional de suivi, évaluation et de coordination et de suivi de la SSE	Insuffisances de ressources humaines et financières Personnel de santé peu motivé Faible qualité des prestations Difficulté de planification des activités (manque de données fiables)

National	1. Mise en place et animation d'un comité national de pilotage de la stratégie de survie de l'enfant au Niger 2. Etablissement de la carte sanitaire conformément aux normes concernant les districts sanitaires (OMS) 3. Supervision formative des régions 4. Mobilisation de ressources additionnelles nationales et auprès des partenaires extérieurs 5. Coordination des actions des partenaires (leadership) 6- Application rigoureuse du plan de développement des ressources humaines (carrière, motivation, redéploiement)	Contingences politiques détournant le MSP du suivi et de la coordination

7. PLANIFICATION DE LA MISE EN ŒUVRE A L'ECHELLE NATIONALE :

L'approche retenue prévoit de mettre en œuvre la SSE dans tous les CSI , CS et HD/CHR d'ici 2012. Cette mise en œuvre se fera de façon progressive mais débutera dans tous les districts sanitaires du pays en même temps et selon le scénario suivant :

- 30 % des CSI et CS de chaque district sanitaire commencent la mise en œuvre du paquet de base de la stratégie en 2009,

- 35 % des CSI et CS mettront en œuvre le paquet de base en 2010 et le paquet complémentaire dans les CSI et CS qui ont mis en œuvre le paquet de base en 2010 : au total, on aura ainsi en 2010, 65% des CSI qui auront mis en œuvre le paquet de base et 30 % le paquet complémentaire,

- 35 % des CSI et CS mettront en œuvre le paquet de base en 2011 et le paquet complémentaire dans les CSI et CS qui ont mis en œuvre le paquet de base en 2010 ainsi que tous les HD: au total 100 % des CSI et CS auront mis en œuvre le paquet de base, 65 % le paquet complémentaire et 100 % des HD le paquet de ce niveau de référence,

- Les CSI et CS qui ont mis en œuvre le paquet de base en 2011 mettront en œuvre le paquet complémentaire en 2012 ainsi que tous les HR: au total 100 % des CSI et CS auront mis en œuvre le paquet complémentaire et 100 % des HR le paquet de ce niveau de référence.

Le tableau suivant résume ce passage à l'échelle par région, par département et par an :

SYNTHESE: PASSAGE A L'ECHELLE NATIONALE										
			2009		2010		2011		2012	
REGIONS ET DISTRICTS	Population totale couverte	Nbre total CSI	Nombre de CSI par Paquet		Nombre de CSI par Paquet		Nombre de CSI par Paquet		Nombre de CSI par Paquet	
			PB	PC	PB	PC	PB	PC	PB	PC
AGADEZ COM.		6								
ARLIT		11								
BILMA		7								
TCHIROZERINE	-	19								
Total AGADEZ	-	43	0	0	0	0	0	0	0	0
BOBOYE	329 187	19	6	0	12	6	19	12	19	19
DOUTCHI	628 956	23	7	0	16	7	23	16	23	23
DOSSO	429 426	30	9	0	19	9	30	19	30	30
GAYA	319 286	18	5	0	11	5	18	11	18	18
LOGA	168 558	15	4	0	10	4	15	10	15	15
Total DOSSO	1 875 413	102	30	0	65	30	102	65	102	102
DIFFA	190 717	17	6	0	12	6	17	12	17	17
MAINE SOROA	182 053	19	8	0	15	8	19	15	19	19
NGUIGMI	77 976	10	3	0	7	3	10	7	10	10
Total DIFFA	450 746	46	17	0	34	17	46	34	46	46
ABALACK	-	17	0	0	0	0	0	0	0	0
KONNI	-	24	0	0	0	1	0	1	1	0
BOUZA		17	0	0	0	1	0	0	1	0
ILLELA	-	25	0	1	1	1	1	0	1	0
KEITA	272 398	0	0	1	0	1	1	0	1	0
MADOUA		15	0	0	0	1	0	0	1	0
TAHOUA ARR		42	0	0	0	0	0	0	0	0
TCHINTA	-	17	0	0	0	0	0	0	0	0
Total TAHOUA	273 589	157	0	2	1	5	2	1	5	0
FILINGUE		32	11	0	21	11	32	21	32	32

KOLLO		21	7	0	14	7	21	14	21	21
OUALLAM		23	7	0	14	7	23	14	23	23
SAY		22	7	0	14	7	22	14	22	22
TERA		32	11	0	21	11	32	21	32	32
TILLABERY		33	11		21	11	33	21	33	33
Total TILLABERI		163	54	0	105	54	163	105	163	163
AGUIE		14	4	0	9	4	14	9	14	14
DAKORO		21	7	0	14	7	21	14	21	21
GUIDAN ROUMJI		16	6	0	11	6	16	11	16	16
MADAROUFA	-	16	6	0	11	6	16	11	16	16
MARADI COMMUNE		8	3	0	6	3	8	6	8	8
MAYAHI		26	8	0	16	8	26	16	26	26
TESSAOUA		20	7	0	14	7	20	14	20	20
Total MARADI	-	121	41	0	81	41	121	81	121	121
GOURE	-	20	6	0	13	6	20	13	20	20
MAGARIAH	-	21	6	0	13	6	21	13	21	21
MATAMEYE		11	6	0	9	6	11	9	11	11
MIRRIAH	-	36	12	0	24	12	36	24	36	36
TANOUT	-	31	10	0	21	10	31	21	31	31
ZINDER COM.	-	13	4	0	9	4	13	9	13	13
Total ZINDER	-	132	44	0	89	44	132	89	132	132
NIAMEY COM. 1		24								
NIAMEY COM 2	374 137	22								
NIAMEY COM 3		8								
Total NIAMEY		54	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL NIGER		637	0	0	0	0	0	0	637	637

8. IMPACTS ATTENDUS EN MATIERE DE REDUCTION DES MORTALITES NEONATALE, INFANTO JUVENILE ET MATERNELLE ET COUTS ADDITIONNELS :

Selon le logiciel informatique pour la programmation et la budgétisation stratégiques, plus connu sous l'acronyme anglais MBB (Marginal Budgeting for Bottlenecks)[1], si les objectifs retenus sont atteints, on obtiendra une réduction de la mortalité infanto-juvénile de 48,3 % en 2015 et ainsi l'OMD 4 serait pratiquement atteint. Selon les mêmes estimations, la réduction de la mortalité maternelle ne sera que de 24 %.

Les tableaux ci-dessous sont tirés du document ci-dessus mentionné et résument les réductions obtenues au cours de la mise en œuvre de la SSE au Niger:

- **8.1 PERIODE 2009-2010 :**

Modes de prestation de services	Impact sur la réduction de la mortalité		
	Néonatale	Infanto-juvénile	Maternelle
1. Soins familiaux/communautaires	5.1%	12.9%	0.7%
2. Services orientés populations	10.2%	6.7%	1.7%
3. Soins cliniques Individuels	6.8%	7.2%	9.8%
Total Services	**20.3%**	**24.3%**	**12.1%**

Pendant cette première phase de mise en oeuvre, on obtiendra une réduction assez significative du taux de mortalité infanto juvénile de l'ordre de 24.3%, dont 12.9% grâce au paquet d'intervention au niveau communautaire. La mortalité néonatale sera réduite vraisemblablement de 20.3%, dont plus de 10% pour les services orientées vers les groupes cibles (femmes enceintes et allaitantes, enfants de moins de 5 ans). Enfin, la mortalité maternelle ne connaîtra qu'une baisse de 12.1% avec un maximum d'impact grâce aux services cliniques.

- **8.2 PERIODE 2011-2012** :

Modes de prestation de services	Impact sur la réduction de la mortalité		
	Néonatale	Infanto-juvénile	Maternelle
1. Soins familiaux	6.5%	22.9%	0.6%
2. Services orientés populations	17.4%	9.5%	3.2%
3. Soins cliniques Individuels	13.9%	14.5%	16.5%
Total Services	**33.2%**	**39.1%**	**19.8%**

La période de 2011-2012 enregistrera des réductions plus importantes de l'ensemble des mortalités. En effet, la mise en oeuvre des interventions retenues pour cette période et l'atteinte des objectifs proposés permettra de réduire la mortalité des moins de 05 ans de plus de 39.1%, avec un gain le plus important de 22.9% grâce aux soins familiaux et communautaires, et un gain de 14.5% grâce aux interventions du niveau clinique. La mortalité néonatale observera une baisse de près du tiers avec 33.2% dont la plus grande part sera le résultat des interventions préventives (17.4%). La mortalité maternelle sera réduite de 19.8% dont 16.5% du niveau clinique.

- **8.3 LA PERIODE 2013-2015 :**

[1] Cadre Stratégique et Plan d'Investissement pour l'atteinte des OMD 4 et 5 au Niger, UNICEF, Juin 2008

Modes de prestation de services	Impact sur la réduction de la mortalité			
	Néonatale	Inf.-juvénile	Maternelle	Malnutrition
1. Soins familiaux/communautaires	8.0%	30.6%	0.5%	4.0%
2. Services orientés populations	21.6%	10.8%	3.9%	0.4%
3. Soins cliniques Individuels	17.3%	20.6%	20.2%	
Total Services	**39.9%**	**48.3%**	**24.0%**	**4.4%**

La troisième période qui sera une phase de consolidation devra connaître une accélération finale pour assurer l'atteinte de l'OMD 4. En effet, si on considère le taux de mortalité des moins de 05 ans en 1990 (année de référence) à 320 pour 1.000 (selon l'enquête EDSN/ MICS II, 2000), la réduction de 2/3 donne comme objectif 107 décès pour 1.000 naissances en 2015. Selon l'EDSN/MICS 2006, ce taux est de 198‰ en 2005 et la réduction de 48.3% donnera donc un résultat final de 102‰. Un résultat légèrement en dessous de l'ODM 4.

En ce qui concerne les couts additionnels (en prenant 2005 comme année de référence) pour atteindre ces objectifs, l'exercice de programmation et de budgétisation donne une estimation d'un budget additionnel de 49.481 millions de $ US pour 2009, de 70.748 pour 2010, de 90.184 millions pour 2011 pour se stabiliser vers 143.380 durant la période de 2013-2015

- **8.4 BESOIN DE FINANCEMENT ADDITIONNEL EN $US 000**

Titres	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dépenses de personnel	1 594	3 958	5 919	9 122	10 046	11 386	13 175
Fonctionnement	30 715	52 431	61 467	73 656	89 201	89 927	92 424
Subvention et Transferts	3 842	5 827	5 221	7 979	8 129	11 634	15 229
Investissement	13 330	8 533	17 577	20 078	41 056	30 434	26 812
Total	49 481	70 748	90 184	110 835	148 432	143 380	147 640

9. PROCHAINES ETAPES :

L'opérationnalisation de ce document de stratégie de survie de l'enfant se fera à travers l'élaboration d'un plan d'action national pluriannuel qui couvre la période 2009-2012. Ce plan comprendra d'une part la synthèse des plans d'actions des différentes régions (qui sont eux-mêmes basés sur les microplans des districts sanitaires) et d'autre part un budget détaillé comportant si possible les contributions de toutes les parties prenantes (gouvernement, PTF, ONG, communautés). Il est entendu que les activités planifiées par les différents districts sanitaires dans le cadre la mise en œuvre de cette stratégie seront introduites non seulement dans les plans d'actions annuels de ces districts (conformément au canevas élaboré par la direction des Etudes et de la planification du MSP), mais aussi dans les Plans de Développement Sanitaire des Districts (PDSD). La mise en place au niveau national du Comité de Pilotage de la SSE au Niger est la première étape de mise en œuvre de cette stratégie. Le rôle de ce comité est d'assurer la coordination des interventions depuis la planification jusqu'à l'évaluation, en passant par un suivi régulier à travers une réunion semestrielle. Ce comité, sous la présidence de la secrétaire générale du MSP devra être composé des principales directions centrales du MSP, les responsables des programmes nationaux, les représentants des PTF, les représentants des principaux départements ministériels concernés, les gouverneurs des 8 régions et les DRSP.

Annexe I : INDICATEURS:

1.1 INDICATEURS DE SERVICES : En fonction des interventions retenues, les indicateurs de service suivants sont retenus pour assurer le suivi des performances :

INTERVENTION	INDICATEURS
Allaitement Maternel Exclusif (AME)	% des enfants 0-6 mois exclusivement allaités
Lavage des mains au savon	% des ménages (personnes en charge des enfants) qui se lavent les mains au savon aux moments critiques
SRO en cas de diarrhée	% d'enfants ayant reçu la SRO et Zinc pendant les épisodes de diarrhée
Consommation régulière de l'eau potable	- % de ménages utilisant une source améliorée d'approvisionnement en eau de boisson - % de ménages qui traitent l'eau de boisson à domicile
Consommation sel iodé	% de ménages consommant le sel iodé
utilisation d'installation sanitaires (latrines) et élimination hygiénique des excréments humains	- % de ménages utilisant des installations sanitaires (latrines) - % des ménages éliminant de manière hygiénique les excrétas humains (y compris des nouveaux nés)
Alimentation complémentaire 6 – 9 mois	% de nourrissons 6-9 mois recevant une alimentation adéquate (au moins 2 repas en plus du lait maternel)
Suivi CPN et CPON	Couverture en CPN des femmes enceintes Couverture en CPON des femmes ayant accouché
Suivi de la Vaccination	- % enfants 0-11 mois ayant reçu le VAR/pentavalent 3 - % enfants 9-11 mois ayant reçu le VAR
Soins du cordon ombilical	% de nouveaux-nés bénéficiant de soins du cordon selon les normes
Réchauffer NNE (méthode Kangourou)	% de nouveaux-nés bénéficiant de mesures de protection contre l'hypothermie (méthode kangourou)
Utilisation des MII	- % d'enfants 0-5 ans qui dorment sous des MII - % de femmes enceintes qui dorment sous MII
PEC de la fièvre chez l'enfant	% d'enfants bénéficiant de mesures de prise en charge précoces et appropriées de la fièvre (enveloppement humide, antipyrétique, antipaludique)
PEC des difficultés respiratoires (IRA) de l'enfant	% d'enfants souffrant de pneumonie bénéficiant de PEC selon les normes
PEC malnutrition aiguë sévère	% d'enfants atteints de malnutrition aigue sévère pris en charge selon le protocole national
PEC de la MA modérée (CRENAM)	% d'enfants atteints de malnutrition aigue modérée pris en charge selon le protocole national
Dépistage de femmes présentant des signes de danger de la grossesse, de l'accouchement et du post partum	% de grossesses à risque dépistées % de grossesses à risque référées
PEV Plus (vaccination, Vit A, déparasitage, distribution MII)	- % enfants 0-11 mois ayant reçu le pentavalent 3 - % enfants 9-11 mois ayant reçu le VAR - % d'enfants de 6-59 mois supplémentés en Vit A - % d'enfants de 12-59 mois déparasités au mebendazole - % d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu des MII
CPN recentrée (préparation à l'accouchement, VAT, fer acide folique, TPI, MII, conseils nutritionnels)	- Couverture en CPN recentrée des femmes enceintes (VAT2+ chez les FE) - % de femmes enceintes supplémentées en fer acide folique - % de femmes enceintes bénéficiant d'une chimio prophylaxie anti palustre / TPI - % de femmes enceintes bénéficiant de MII

	- % de femmes enceintes bénéficiant de conseils pour le dépistage VIH - % de femmes enceintes ayant bénéficié de conseils pour la préparation à l'accouchement)
PCIME clinique (Fièvre, IRA, diarrhée, etc.)	- % d'enfants de moins de 5 souffrant de paludisme, d'IRA et de diarrhée pris en charge selon l'approche PCIME
Soins au nouveau-né (désobstruction nasale, sécher, soins yeux, soins cordon ombilical, réchauffer, AME précoce, pesée, administration de Vitamine K1)	- % de Nnés ayant bénéficié d'une PEC de qualité (désobstruction nasale, séchage, soins des yeux, soins du cordon ombilical, réchauffage, AME précoce, administration de Vitamine K1) - % de NNE présentant des signes de danger référés dans les délais recommandés
Assistance de l'accouchement par un personnel qualifié	Taux d'accouchement assistés
SONUB	Proportion de structures de santé offrant des SONUB
Vitamine A en post partum	% de femmes allaitantes supplémentés en Vitamine A
Information/sensibilisation sur le VIH-SIDA	% de populations qui connaissent les trois moyens de prévention
Dépistage du VIH-SIDA chez les femmes enceintes (PTME)	% de femmes enceintes ayant bénéficié d'un test de dépistage du VIH
ARV (PTME)	% de femmes enceintes ayant reçu les ARV
ARV pour les parturientes séropositives	% de parturientes séropositives recevant des ARV
ARV pour les Nnés de mère séropositive	% de Nnés de mères séropositives recevant des ARV
Dépistage du VIH/SIDA chez les enfants exposes	% d'enfants exposés ayant bénéficie d'un test de dépistage à l'âge de 18 mois % d'enfants dépistés séropositifs et bénéficiant
SONUC (SONUB+ césarienne + transfusion + réanimation du Nné)	- Proportion de structures de santé offrant des SONUC - Taux de césarienne - Taux de létalité - Proportion de femmes ayant bénéficié de la transfusion sanguine - proportion de Nnés ayant bénéficié de la réanimation néonatale

1.2 INDICATEURS DE PROCESSUS

- % de districts mettant en œuvre l'ensemble des paquets d'interventions
- Nombre de districts disposant de la chaîne de froid,
- Nombre de districts disposant de logistiques roulantes fonctionnelles,
- % de structures disposant du personnel requis
- % d'agents formés,
- % de relais communautaires formés et équipés,
- Taux de disponibilité des intrants essentiels (MII, ME, antipaludiques, ARV, vitamine A, SP, déparasitant, réactifs labo, réactifs PTME, vaccins, aliments thérapeutiques, FAF, kits CPN et des kits de césarienne …)
- Taux de mobilisation des ressources financières
- Taux d'exécution financière
- Taux de justification des ressources financières
- Pourcentage de réunions de monitorage/micro planification réalisées
- Taux de réalisation des supervisions
- Taux de réalisations des stratégies avancées, mobiles.

1.3 INDICATEURS D'IMPACT

- les taux de morbidité : paludisme, maladies diarrhéiques, tétanos materno-néonatal, infections respiratoires aiguës, rougeole, malnutrition
- Taux de mortalité néo natale
- Taux de mortalité infantile
- Taux de mortalité infanto juvénile
- Prévalence de l'insuffisance pondérale (P/A)
- Prévalence de la malnutrition chronique (T/A)
- Prévalence de l'émaciation (P/T)
- Taux de mortalité maternelle
- Prévalence VIH au sein des femmes enceintes
- Taux d'enfants séronégatifs nés de mères séropositives.

Annexe II : PRINCIPAUX INDICATEURS : Données de référence

Indicateurs	Valeur de référence	Année de référence	Source
Taux de mortalité infanto juvénile	198 p.1.000	2006	EDSN/MICS
Taux de mortalité maternelle	648 p.1000	2006	EDSN/MICS
Proportion de faible poids à la naissance	20,50%	2006	EDSN/MICS
Taux d'insuffisance pondérale (P/A)	44,40%	2006	EDSN/MICS
Taux de retard de croissance (T/A)	50%	2006	EDSN/MICS
Taux d'émaciation (P/T))	10,30%	2006	EDSN/MICS
Taux d'allaitement exclusif au sein (0-6 mois)	13,50%	2006	EDSN/MICS
Taux de supplémentation en Vitamine A (2 doses par an)	70%	2006	EDSN/MICS
Taux d'accouchements assistés	17,20%	2006	EDSN/MICS
Taux de CPN (4 visites ou plus)	17 %	2006	EDSN/MICS
Taux de prévalence de la contraception	11,20 %	2006	EDSN/MICS
Taux de CPoN (2 jours après l'accouchement)	12.30 %	2006	EDSN/MICS
Proportion d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde (mères ou enceintes entre 15 et 19 ans)	21 %	2006	EDSN/MICS
Taux de couverture en VAT2 (deux doses chez les femmes enceintes)	23%	2006	EDSN/MICS
Taux de recherche de soins pour les IRA chez les enfants 0-5 ans	47,10%	2006	EDSN/MICS
Utilisation d'antibiotiques pour les IRA chez les enfants 0-5 ans	ND		
TRO (SRO, solution maison et plus d'apport liquides) chez les enfants 0-5 ans	52.90 %	2006	EDSN/MICS
Proportion d'enfants de 0-5 ans dormant sous MII	15,1	2006	EDSN/MICS
Proportion d'enfants de 0-5 ans ayant pris un traitement anti paludéen	33%	2006	EDSN/MICS
Taux de séroprévalence chez les femmes (15-49 ans)	0,70%	2006	EDSN/MICS
Taux de séroprévalence chez les hommes (15-59 ans)	0,70%	2006	EDSN/MICS
Taux de séroprévalence chez les jeunes filles (15-24ans)	0,50%	2006	EDSN/MICS
Taux de séroprévalence chez les jeunes hommes (15-24ans)	0,10%	2006	EDSN/MICS
Taux de séroprévalence globale	0,70%	2006	EDSN/MICS
Proportion d'enfants séropositifs bénéficiant d'ARV	6.31 %	2006	Rapport ONUSIDA 2007

Proportion de femmes enceintes séropositives bénéficiant d'ARV à travers la PTME	7,50%	2006	Rapport ONUSIDA 2007
Couverture en VAR	38,30%	2006	EDSN/MICS
Couverture en Penta 3	ND		
Taux d'utilisation de l'eau potable	42%	2006	EDSN/MICS
Taux d'assainissement (proportion de ménages disposant d'infrastructures d'assainissement)	8%	2006	EDSN/MICS

ANNEXE III : OBJECTIFS PAR PERIODE DES INTERVENTIIONS A HAUT IMPACT

Répartition de l'accès et de la prise en charge **Pour la PCIME** : Pour un objectif de 80% d'accès aux soins en 2015 entre les 03 niveaux "communautaire avec la case de santé" le "Centre de Santé Intégré" et le niveau "hospitalier" et de 20% de la population sans aucun accès.

- S'agissant du niveau communautaire "Case de santé", dans la mesure où il s'agit d'une formation sanitaire avec une personne formée et régulièrement supervisée, d'un réseau qui compte en décembre 2008 plus de 2000 unités soit une couverture de prés de 35% de la population, les objectifs du **Paquet Minimum Case de Santé** sont maximisés pour l'horizon 2013-2015 de 25% en 2010 à 35% en 2015 soit 78% d'accessibilité der sa population de couverture.

- Le niveau hospitalier n'étant concerné que par les formes compliquées qui ont pu être référencieés (un maximum de 10%),

- Les 35% autres seront couvert par le niveau Centre de Santé Intégré en passant de 25% 2010 à 35% en 2015.

La couverture pour la prise en charge de la PCIME par niveau sera donc comme suit.

Niveau	**2010**	**2012**	**2015**
Sans accès	40%	30%	20%
Couverture Case de santé	25%	30%	35%
Couverture Centre de santé	25%	30%	35%
Référ. Hôpital District:	5%	5%	5%
Référ. Hôpital Régional	2%	2%	2%
Référ. Hôpital, National	3%	3%	3%
Total	100%	100%	100%

Evolution de la prise en charge des accouchements et Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base 2009-2015

Niveau	Baseline (2005)	2009-2010	2011-2012	2013-2015
Sans aucune assistance + matrones non formées	66[2]%***	40%	28%	20%
Assistés par des matrones recyclées (Cases de santé + domiciles)	15.2% ****	30%	30%	30%
Au niveau des CSI	10.8%	18%	25%	30%
Hôpitaux de districts	08%	8%	10%	12%
HR et Nationaux		4%	07%	08%
Total accouchement.	100%	100%	100%	100%

2

Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complémentaire 2009-2015

Hôpitaux de districts	4.2%	12%	24%	37%
HR et Nationaux	10%	13%	13%	13%
Total Sonuc	14.2%	25%	37%	50%

INTERVENTIONS AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE / FAMILLE : OBJECTIFS POUR 2009-2015

Donnée de base, objectifs et impact Niger	**Données de base**	**Objectifs de couverture**		
Interventions efficaces		**2009-10**	**2011-12**	**2013-15**
1. Soins à base communautaire et familiale				
1.1 Services de santé préventive familiale et WASH				
Moustiquaire imprégnée pour enfants de moins de 5 ans	55.5%*[3]	60.%	74.%	80.2%
Moustiquaire imprégnée d'insecticide pour femmes enceintes	48.2%*	60.%	74.%	80.2%
Qualité de l'eau potable / Approvisionnement en eau potable sécurisée	48.6.%*	45.%	50.%	55.%
Utilisation de latrines	8.4%[4]**	15.%	25.%	35.%
Lavage des mains par les mères avec du savon	6.%**	30.%	40.%	50.%
Aspersion résiduelle à l'intérieur des foyers	ND	0.0%	0.0%	0.0%
1.2 Soins familiaux néonataux				
Accouchement propre et soins du cordon	15.2%	30.%	30.%	30.%
Initiation précoce de l'allaitement maternel & prise en charge de la température	25.%**	35.%	45.%	55.%
Soins extra communautaires universel pour les enfants malnutris (petit poids de naissance)	ND	10.%	20.%	30.%
1.3 Alimentation de l'enfant et du jeune enfant				
Allaitement maternel exclusif (0-6 mois)	4.4%*	20.%	35.1%	50.%
Allaitement maternel prolongé (6-11 mois)	95.6%	95.6%	95.6%	95.6%
Alimentation complémentaire	66%*	80.%	85.%	90.%
Alimentation thérapeutique pour enfant sévèrement malnutri	22.%	30.%	50.%	70.%
Soins des orphelins	ND	0.0%	0.%	0.0%
1.4 Prise en charge communautaire des maladies				
Prise en charge de la diarrhée avec les Sels de Réhydratation Orale	10%*	25%	30%	35%
Prise en charge de la diarrhée par le zinc	0.0%	25%	30%	35%
Traitement de la rougeole par la supplémentation en vitamine A	0.0%	25%	30%	35%
Prise en charge communautaire du paludisme par ACT chez les enfants	ND	25%	30%	35%
Traitement communautaire antibiotique ARI	0.5%	25%	30%	35%
Traitem. communautaire antibio.pour la diarrhée sanglante et dysenterie	2.%	25%	30%	35%
Prise en charge communautaire de la pneumonie du nouveau né	2.%	25%	30%	35%

[3] * Enquête Institut National des Statistiques – Niamey – Juin 2008
[4] ** EDSN 2006

INTERVENTIONS ORIENTEES VERS DES GROUPES DE POPULATION CIBLES (ENFANTS DE MOINS DE 05 ANS, FEMMES ENCEINTES , FEMMES ALLAITANTES, FEMME EN AGE DE PROCREER EN FIXE, STRATEGIE AVANCEE/MOBILE :OBJECTIFS POUR 2009-2015

Donnée de base, objectifs et impact Niger Interventions efficaces	Données de base	Objectifs de couverture		
		2009-10	2011-12	2013-15
2. Service orientés vers les populations				
2.1 soins préventifs pour adolescents et adultes				
Planification familiale	8.6%**	12.6%	20.%	30.5%
Supplémentation en fer & acide folique pré conceptuelle	0.0%[5]	0.0%	0.0%	0.0%
2.2 Soins préventifs pendant la grossesse				
Consultation prénatale de qualité (CPN 2 et +)	48.1%*	25.3%	50.3%	70.0%
Vaccination antitétanique	38.0%	60.0%	75.0%	80.0%
Déparasitage de la femme enceinte	0.0%	60.0%	75.0%	80.0%
Détection et traitement de l'infection urinaire asymptomatique	ND	10.0%	20.0%	30.0%
Détection et traitement de la syphilis pendant la grossesse	5.5%	10.0%	20.0%	30.0%
Prévention et traitement de l'anémie ferriprive pendant grossesse	45.3%	60.0%	75.0%	80.0%
Traitement préventif intermittent pour la femme enceinte (TPI)	15.4%	60.0%	75.0%	80.0%
Supplémentation protéinée équilibrée pour la femme enceinte	ND	0.0%	0.0%	0.0%
2.3 Prévention et Traitement du VIH/ SIDA				
PTME enfant (test, conseil, ARVs conseil aliment et appui nutritionnel pour le sevrage)	16%	32.0%	40%	50%
Utilisation du préservatif	20.3%	20.3%	34.5%	40.5%
Prophylaxie au cotrimoxazole pour mères séropositives	16%	32.0%	40%	50%
Prophylaxie au cotrimoxazole pour adultes séropositifs	ND%	32.0%	40%	50%
Prophylaxie au cotrimoxazole pour enfants de mères séro +	16%	32.0%	40%	50%
2.4 Soins préventifs et curatifs de l'enfant				
Vaccination contre la rougeole	65.6%*	75.1%	85.%	90.5%
Vaccination BCG	63.6%	75.1%	85.%	90.5%
Supplémentation vitamine A post natale (pour les mères)	10.%	30.%	40.%	50.%
Vaccin polio oral OPV	54.6%	75.1%	85.%	85.%
Vaccination DTC3 (pentavalent)	54.7%*	75.1%	85.%	85.%
Vaccin contre l'Hib (pentavalent)	0.0%	75.1%	85.%	85.%
Vaccination contre hépatite B (pentavalent)	0.0%	75.1%	85.%	85.%
Vaccin anti- amarile (contre la fièvre jaune)	36.9%	75.1%	85.%	85.%
Vaccin contre la méningite	29.%	75.1%	85.%	85.%
Supplémentation en Vitamine A	70.0%	75.1%	85.0%	90.5%
zinc préventif	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Traitement préventif intermittent pour l'enfant (TPIe)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

[5] Fera l'objet d'un projet pilote

INTERVENTIONS CLINIQUES :OBJECTIFS POUR 2009-2015

Donnée de base et objectifs de couverture

Interventions efficaces	Données de base	Objectif de couverture 2009-10	2011-12	2013-15
3. Soins cliniques Individuels (devant être constamment disponibles)				
3.1 Soins cliniques maternels et néonataux de premier niveau				
Accouchement assisté par professionnel	10.8%	18.%	25.%	30.%
SOUB (Soins obstétricaux d'urgence de base)	1.2%	18.%	25.%	30.%
Réanimation des nouveau-nés souffrant d'asphyxie à la naissance[6]	1.2%	2.%	5.%	10.%
Corticoïdes prénataux pour les menaces d'accouchement prématuré	1.4%	18.%	25.%	30.%
Antibiotiques pour Rupture Prématurée des Membranes	1.4%	18.%	25.%	30.%
Détection et traitement de la (pré) éclampsie	1.5%	18.%	25.%	30.%
Prise en charge des infections néonatales au centre de santé de base	1.4%	18.%	25.%	30.%
3.2 Soins curatifs au centre de santé de base				
Antibiotiques pour la pneumonie des enfants de moins de 5 ans	16.4%	25%	30%	35%
Traitement antibiotique pour la diarrhée sanglante et dysenterie	20.1%	25%	30%	35%
Traitement de la rougeole par la supplémentation en vit A	36. %	36	36%	36%
Prise en charge de la diarrhée par le zinc	17.%	25%	30%	35%
Combinaison thérapeutique à base artémisinine pédiatrique	17.%	25%	30%	35%
Combinaison thérapeutique à base artémisinine pour femme enceinte	16.4%	30.%	35.1%	40.%
Combinaison thérapeutique à base artémisinine pour adulte	17.%	17.%	35.1%	40.%
Prise en charge de paludisme compliqué (anti-paludéens de 2nde intention)	3.9%	30.%	35.1%	40.%
Antibiotiques pour infections opportunistes	5.%	30.%	35.1%	40.%
ARV pour enfant atteint du SIDA	1.%	1.%	10.%	10.%
ARV pour femme enceinte atteinte du SIDA	1.%	1.%	10%	10.%
ARV pour adulte atteint du SIDA	1.%	1.%	10.%	10.%
DOTS pour Tuberculose	40.%	40.%	40.%	40.%
3.3 Soins cliniques de premier niveau de référence				
3.3.1 Soins maternels et néonataux au 1er niveau de référence				
SOUB (Soins obstétricaux d'urgence de base)	4.2%	8.%	10.%	12.%
Accouchement assisté par professionnel	4.2%	8.%	10.%	12.%
Réanimation des nouveau-nés souffrant asphyxie à la naissance	4.2%	8.%	10.%	12.%
Corticoïdes prénataux pour les menaces d'accouchement prématuré	4.2%	8.%	10.%	12.%
Antibiotiques pour Rupture Prématurée des Membranes	4.2%	8.%	10.%	12.%
Détection et traitement de la (pré) éclampsie (Sulfate de magnésium)	4.2%	8.%	10.%	12.%
Prise en charge des infections néonatales au centre de 1er niveau de référence	4.2%	8.%	10.%	12.%
SOUC (Soins Obstétricaux d'Urgence Complets)	4.2%	12.%	24.%	37.%
Prise en charge clinique de l'ictère du nouveau né	4.2%	8.%	10.%	12.%
Soins néonataux universels d'urgence	1.8%	8.%	10.%	12.%
3.3.2. Prise en charge des maladies de l'enfant et de l'adulte au 1er niveau de référence				
Antibiotiques pour la pneumonie des enfants de moins de 5 ans	1.5%	2%	2%	2%
Traitement antibiotique pour la diarrhée sanglante et dysenterie	1.5%	2%	2%	2%
Prise en charge de la diarrhée par le zinc	1.5%	2%	2%	2%
Combinaison thérapeutique à base artémisinine pédiatrique	1.5%	2%	2%	2%
Traitement de la rougeole par la vitamine A	1.5%	4%	5%	7%

[6] Prévisions d'équipements

Combinaison thérapeutique à base artémisinine (CTA) pour femme enceinte	1.5%	4%	5%	7%
Combinaison thérapeutique à base artémisinine pour adulte	2.6%	4%	5%	7%
Antibiotiques pour infections opportunistes	2.4%	3%	5.%	5.%
ARV pour enfant atteint du SIDA	1.%	3.%	5.%	5.%
ARV pour femme enceinte atteinte du SIDA	1.1%	3.%	5.%	5.%
ARV pour adulte atteint du SIDA	1.%	3.%	5.%	5.%
Prise en charge de l'enfant sévèrement malade (soins de référence PCIME)	ND	7%	7%	7%
Prise en charge des résistances aux ARV de 1ere intention	ND			
Prise en charge des tuberculoses multi-résistantes	ND			
Prise en charge de paludisme compliqué (anti-paludéens de 2nde intention)	1.1%	3.%	14.%	18.%
3.4 Prise en charge clinique de Deuxième niveau de référence				
3.4.1. Soins maternels et néonataux au 2ème niveau de référence				
Soins Obstétricaux d'Urgence Complets	10.1%	13.%	13%	13.%
SOUB (Soins obstétricaux d'urgence de base)	10.1%	13.%	13.%	13.%
Accouchement assisté par professionnel	10.1%	13.%	13.%	13.%
Réanimation des nouveau-nés souffrant asphyxie à la naissance	10.1%	13.%	13.%	13.%
Corticoïdes prénataux pour les menaces d'accouchement prématuré	10.1%	13.%	13.%	13.%
Antibiotiques pour Rupture Prématurée des Membranes	10.1%	13.%	13.%	13.%
Détection et traitement de la (pré) éclampsie (Sulfate de magnésium)	10.1%	13.%	13.%	13.%
Prise en charge des infections néonatales au centre de 2ème niveau de référence	10.1%	13.%	13.%	13.%
Prise en charge clinique de l'ictère du nouveau né	10.1%	13.%	13.%	13.%
Soins universels néonataux	10.1%	13.%	13.%	13.%
3.4.2. Prise en charge des maladies de l'enfant et de l'adulte au 2ème niveau de référence				
Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine pédiatrique	1.%	1.%	2.%	3.%
Combinaison thérapeutique à base artémisinine (CTA) pour femme enceinte	1.%	1.%	2.%	5.%
Combinaison thérapeutique à base artémisinine pour adulte	1.%	1.%	2.%	3.%
Prise en charge de paludisme compliqué (anti-paludéens de 2nde intention)	1.%	1.%	2.%	3.%
Antibiotiques pour infections opportunistes	1.%	1.%	2.%	3.%
ARV pour enfant atteint du SIDA	4.7%	4.7%	4.7%	4.7%
ARV pour femme enceinte atteinte du SIDA	4.7%	4.7%	4.7%	4.7%
ARV pour adulte atteint du SIDA	4.7%	4.7%	4.7%	4.7%
DOTS pour Tuberculose	4.7%	5.0%	6.0%	7.0%
Prise en charge des résistances aux ARV de 1ere intention	4.7%	4.7%	4.7%	4.7%
Prise en charge des résistances aux ARV de 1ere intention	0.4%	0.4%	6.%	7.%
Prise en charge de l'enfant sévèrement malade (soins de référence PCIME)[7]	ND%	3%	3%	3%
Autres urgences aiguës	ND	10%	15%	18%
Prise en charge des échecs aux traitements ARV de 2nde intention	ND	0.0%	0.0%	0.0%
Prise en charge des tuberculoses multi-résistantes	ND	0.0%	0.0%	0.0%

*** Données EDS/MICS : 48.7% accouchements avec matrones non formées + 17.3% sans aucune assistance = 66%

****Données EDS MICS 2006 = 15.2%

[7] La population des chefs lieux de régions représente 18% de l'ensemble de la population du pays. Avec ces objectifs retenus cela suppose un accès à 100% des enfants habitants les chefs lieux de régions du fait de la proximité et de la gratuité. Il en est de même pour les enfants habitants les chefs lieux de département.