



## **Etude de base sur la prise en charge du jeune nourrisson à travers l'enquête auprès des ménages et l'évaluation des formations sanitaires**

---



## Table des matières

Liste des sigles et abréviations .....	4
Liste des tableaux .....	5
Liste des figures .....	6
REMERCIEMENTS .....	8
<b>1. CONTEXTE ET JUSTIFICATIONS DE L'ENQUETE ou CADRE INSTITUTIONNEL .....</b>	<b>9</b>
<b>2. OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'ENQUETE.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1. Objectifs .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2. Méthodologie de l'enquête .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2.1. Limites géographiques de la zone d'enquête .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2.2. Définition des populations enquêtées .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2.3. Cible pour l'approche quantitative .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2.4. Cible pour l'approche qualitative .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2.5. Echantillonnage .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2.6. Nombre de structures sanitaires à inclure .....</b>	<b>12</b>
<b>2.2.7. Nombre d'enfants de 0 à 59 mois à inclure .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2.8. Cadre d'échantillonnage .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2.9. Méthodologie de l'échantillonnage .....</b>	<b>13</b>
<b>2.3. Recrutement et formation des agents .....</b>	<b>15</b>
<b>2.4. Collecte des données .....</b>	<b>15</b>
<b>2.5. DOCUMENTS DE COLLECTE DES DONNEES .....</b>	<b>16</b>
<b>2.6. Respect de la confidentialité et sécurité des données .....</b>	<b>16</b>
<b>2.7. Consentement éclairé .....</b>	<b>18</b>
<b>2.8. GESTION DES DONNEES .....</b>	<b>18</b>
<b>3. ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1.1. Caractéristiques Socio-démographiques des mères ou gardiennes enquêtées</b>	<b>19</b>
<b>3.1.2. Caractéristiques de l'habitat .....</b>	<b>20</b>
<b>3.1.3. Connaissance des maladies.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1.3.1. Signes de maladies qui pourraient amener les mères à chercher des soins</b>	<b>21</b>
<b>3.1.3.2. Causes des maladies chez la femme qui a accouché selon les mères</b>	<b>21</b>
<b>3.1.3.3. Signes de danger qui pourraient amener les mères à chercher des soins pour les enfants .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1.3.4. Causes des maladies chez le jeune nourrisson de 0 à 59 JOURS selon la mère .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1.4. Recours aux soins .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1.4.1. Décision pour le soin de l'enfant .....</b>	<b>23</b>

<b>3.1.4.2. Premiers recours pour les soins des jeunes nourrissons de 0 à 59 jours malades</b> .....	24
<b>3.1.4.3. Temps mis pour chercher de soins lorsque la mère reconnaît les signes de danger</b> .....	25
<b>3.1.4.4. Consultation de l'enfant par un agent de santé</b> .....	26
<b>3.1.4.5. Médicaments prescrits par l'agent pour les enfants malades</b> ....	26
<b>3.1.4.6. Référence des enfants de moins de 2 mois</b> .....	27
<b>3.1.4.7. Moyen de transport utilisé pour aller au lieu du soin</b> .....	27
<b>3.1.4.8. Perception des mères par rapport aux services de soins offerts aux nouveau-nés malades</b> .....	28
<b>3.1.4.9. Visite d'agent de santé pour recueillir des informations sur l'appréciation des services offerts</b> .....	29
<b>3.1.5. Consultations prénatales</b> .....	29
<b>3.1.5.1. Nombre moyen de consultations prénatales effectuées par les mères</b> 29	
<b>3.1.5.2. Types de personnel de santé consulté lors de la CPN</b> .....	30
<b>3.1.5.3. Types de service dont les mères ont bénéficié</b> .....	32
<b>3.1.5.4. Perception de la qualité des soins reçus par les mères</b> .....	32
<b>3.1.5.5. % des mères ayant fait des préparatifs pour leurs accouchements et Type de préparation pour l'accouchement</b> .....	33
<b>3.1.6. Accouchement et consultations post-natales</b> .....	33
<b>3.1.7. Sources d'informations</b> .....	35
<b>3.2. Dispositif d'offre de soins</b> .....	36
<b>3.3. Résultats Relais Communautaires</b> .....	56
<b>3.4. Résultats mères ou gardiennes ayant visité un centre de santé</b> .....	62
<b>3.5. Résultats des Focus groups</b> .....	68
<b>Annexes (tableaux/graphiques)</b> .....	77

## Liste des sigles et abréviations

ASC	Agent de Santé Communautaire
CHR	Centre Hospitalier Régional
CPN	Consultations Périnatales
CSI	Centre de Santé Intégré
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
HD	Hôpital de District
INS	Institut National de la Statistique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
MSP	Ministère de la Santé Publique
ODK	Open Data Kit
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCIME	Prise en Charge Intégrée de la maladie de l'enfant
PSBI	Potential Severe Bacterian Infections
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
UNICEF	Fond des Nations Unies pour L'enfance
ZD	Zone de dénombrement

## Liste des tableaux

Tableau 1: formations sanitaires cibles par département .....	13
Tableau 2: Caractéristiques sociodémographiques des parents .....	19
Tableau 3:Caractéristiques de l’habitat du ménage.....	20
Tableau 4: Accouchement et prise en charge du nouveau-né .....	35
Tableau 5: Offre soins essentiels du nouveau-né par type .....	36
Tableau 6: Types de soins offerts au nouveau-né dans les structures sanitaires.....	37
Tableau 7: Effectifs du personnel par catégorie et par district.....	37
Tableau 8: Connaissance des signes de danger chez le nouveau-né par le responsable de structure.....	38
Tableau 9: Connaissance des principaux signes de danger chez la femme enceinte .....	39
Tableau 10: Connaissance des principaux signes de danger chez la femme qui à accouchée .	39
Tableau 11: Types d’antibiotiques utilisés pour le traitement de l’infection bactérienne potentiellement sévère chez le nourrisson de 0 à 59 JOURS .....	45
Tableau 12: Equipement et intrants des structures de santé.....	52
Tableau 13: Enregistrement des ruptures en produits dans la fiche de stock et communication .....	53
Tableau 14: Organisation de travail .....	55
Tableau 15: Matériels et équipements des relais communautaires .....	60

## Liste des figures

Figure 1: Connaissance (en%) des signes de danger chez la femme .....	21
Figure 2: Connaissance (%) des causes des maladies chez la femme après l'accouchement ..	22
Figure 3: : Connaissance des mères sur les signes de danger chez les enfants .....	23
Figure 4: Causes des maladies chez le jeune nourrisson de 0 à 59 JOURS selon la mère.....	23
Figure 5: Prise de décision pour la recherche de soin pour l'enfant .....	24
Figure 6: Lieux des premiers recours aux soins pour les jeunes nourrissons malades .....	24
Figure 7: Temps mis pour rechercher de soins après la reconnaissance des signes de danger	25
Figure 8:Barrières pour la recherche de soins pour les jeunes nourrissons.....	26
Figure 9: Santé et prise en charge des jeunes nourrissons après l'accouchement.....	26
Figure 10: Médicaments prescrits par l'agent pour les enfants malades.....	27
Figure 11: référence des enfants de moins de 2 mois .....	27
Figure 12: Moyen de transport utilisé pour aller au lieu du soin .....	28
Figure 13: Perception des mères par rapport aux services de soin offerts aux nouveaux nés malade .....	29
Figure 14: Visite d'agent de santé pour recueillir des informations sur l'appréciation des services offerts.....	29
Figure 15: Répartition (en %) des mères selon le nombre de consultations prénatales effectuées.....	30
Figure 16: Types de personnel de santé consulté lors de la CPN.....	31
Figure 17: Types de services reçus durant les CPN .....	32
Figure 18: Perception de la qualité des soins reçus par les mères.....	32
Figure 19: Répartition (en %) des mères selon le type de préparatifs faits avant l'accouchement.....	33
Figure 20: Sources d'information sur la santé des mères et des jeunes nourrissons selon les mères .....	36
Figure 21: Agents de santé éligible formés sur la PCIME .....	38
Figure 22: Barrières liées à la prise en charge de la maladie chez le jeune nourrisson de 0-59 JOURS selon les structures de santé .....	41
Figure 23: Barrières liées à la prise en charge d'une infection bactérienne chez les jeunes nourrissons de 0-59 JOURS .....	42
Figure 24: Services préventifs et curatifs offerts par les structures de santé au jeune nourrisson de 0-59 JOURS.....	43
Figure 25: % des structures de santé qui fournissent des services de prise en charge des infections bactériennes potentiellement sévères chez le nourrisson de 0 à 59 JOURS.....	44
Figure 26: Nombre de cas de sepsis (infection grave) chez les jeunes nourrissons de 0-59 JOURS traités avec des antibiotiques en 2017 .....	46
Figure 27: Responsables structures de santé formés sur la prise en charge des PSBI chez le jeune nourrisson .....	46
Figure 28: Dernière date de formation des responsables de structure sur la prise en charge du PSBI .....	47
Figure 29: Supervision couvrant la prise en charge PSBI.....	48
Figure 30: : Structures sanitaires disposant d'une équipe d'assurance qualité fonctionnelle ...	49
Figure 31: Possession de moyen de référence des cas .....	49
Figure 32: Type de moyen de transport pour la référence des cas .....	50
Figure 33: Nombre moyen de village que couvre le moyen de transport .....	51
Figure 34: Structure qui traite les enfants de moins de 5 ans utilisant l'approche PCIME.....	51
Figure 35: % ensemble d'établissement de santé cibles disposant de la gentamicine, amoxicilline, thermomètre, balance et minuterie trouvés pendant l'étude.....	53
Figure 36: Nombre moyen de jours de rupture de gentamicine et d'amoxicilline.....	54

Figure 37: % d'établissements de santé sans stock d'amoxicilline ou de gentamycine avec trois mois de traitement .....	54
Figure 38: Paquet de formation de la PCIME-Communautaire .....	56
Figure 39: Pourcentage de Relais communautaire ayant reçu un recyclage .....	57
Figure 40: Principaux signes de danger chez le nouveau-né selon les relais communautaires .....	58
Figure 41: Couverture de la prestation des relais communautaires .....	58
Figure 42: Activités menées par les relais communautaires au cours du dernier mois.....	59
Figure 43: Existence de moyen pour la référence des cas dans les localités selon les relais ...	60
Figure 44: Décision pour le choix du premier recours dans les ménages selon les relais communautaires .....	61
Figure 45: Perception de l'accueil selon les mères au centre de santé ou à la maternité .....	62
Figure 46: Raisons de la visite dans le centre de santé ou à la maternité.....	63
Figure 47: Premiers recours pour les soins des nouveaux nés malades .....	63
Figure 48: Pourcentage des nouveau-nés ayant bénéficié de soins essentiels à la naissance ..	64
Figure 49: Soins essentiels bénéficiés par les nouveau-nés à la naissance.....	65
Figure 50: Connaissances des principaux signes de danger chez le nouveau-né selon les mères .....	65
Figure 51: Connaissance des principaux signes de danger chez la femme qui a accouché selon les mères.....	66
Figure 52: Connaissance des principaux signes de danger chez la femme enceinte selon les mères .....	67
Figure 53: Maladies dont souffrent les bébés de moins de 2 mois .....	68
Figure 54: Premier recours .....	69
Figure 55: Moyen de transport pour aller au lieu du premier recours.....	69
Figure 56: Collaboration avec les agents de santé .....	70
Figure 57: Raisons pour lesquels certaines femmes enceintes ne font pas toutes leurs CPN ..	71
Figure 58: Connaissance qu'une femme enceinte doit faire une consultation prénatale tous les 2 mois .....	72
Figure 59: Prise de décisions majeures relatives à la santé de la communauté .....	73
Figure 60: Existence de cadre de concertation pour décider des questions de santé dans la communauté .....	74
Figure 61: Acteurs intervenant dans la sensibilisation des communautés dans les villages ....	74
Figure 62: Solutions ou interventions porteuses pour agir sur les infections bactériennes chez le jeune nourrisson de 0-59 JOURS .....	78
Figure 63: Existence de relais communautaire qui prend en charge les enfants de 0 à 5 ans malades.....	81

## REMERCIEMENTS

La réalisation et la réussite de cette enquête sont la résultante d'une large collaboration entre toutes les personnes impliquées autant dans la conception de la démarche que dans l'analyse des résultats et la rédaction du rapport.

L'INS tient ainsi à adresser toute sa reconnaissance aux autorités administratives nationales, régionales, départementales et communales ainsi qu'aux autorités coutumières et traditionnelles des villages enquêtés pour le bon accueil et les facilités offertes aux équipes de collecte.

L'INS adresse ses remerciements aussi à tous les agents enquêteurs, superviseurs et chauffeurs qui ont effectué un travail de qualité sur le terrain.

L'INS tient également à remercier tous les agents du Ministère de la Santé Publique (MSP) qui ont facilité le travail de collecte dans toutes les régions et localités visitées.

Ces remerciements vont à l'endroit de tous les formateurs qui ont consacré leurs temps et leurs énergies pour former et suivre les enquêteurs pendant toute la durée de la formation.

La DSME et l'INS tiennent à remercier le partenaire technique et financier (Unicef), qui a apporté son appui technique et financier pour conduire cette importante opération. Qu'il trouve ici la reconnaissance de ses efforts et de sa disponibilité.

Enfin nos sincères remerciements aux ménages, aux leaders, aux relais communautaires, aux mères et enfants qui ont accepté de plein gré à se soumettre à l'interview, malgré leurs occupations.

## 1. CONTEXTE ET JUSTIFICATIONS DE L'ENQUETE ou CADRE INSTITUTIONNEL

L'UNICEF apporte un soutien aux pays dans la mise en œuvre du Plan d'action « Chaque nouveau-né » qui se fixe l'objectif de réduction de la mortalité néonatale évitable, en particulier celle liée à la prématurité, à l'asphyxie et à la septicémie. Pour accélérer les actions pour la survie du jeune nourrisson, une opportunité de financement est offerte par la Fondation Bill et Melinda Gates aux quatre (4) pays suivants : l'Indonésie, le Niger, le Pakistan et la Tanzanie afin de mettre en œuvre les directives révisées de l'OMS pour la prise en charge des infections bactériennes potentiellement sévères chez le jeune enfant de 0-59 jours (PSBI). En effet, près 10% des nouveau-nés développent une infection dans la région Africaine. En 2012, il y avait environ 3,4 millions de cas en Asie du Sud et 2,6 millions en Afrique subsaharienne, avec un taux de létalité de 9,8%. Ces infections ont été la cause de 560000 décès du jeune nourrisson soit environ un cinquième sur les 2,7 millions de décès néonataux survenant chaque année.

L'identification rapide et le traitement du PSBI chez les jeunes nourrissons malades sont essentiels pour réduire la mortalité et la morbidité. Selon l'algorithme de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, ces nourrissons devraient être traités dans les hôpitaux. Force est de constater cependant qu'en Asie du Sud et en Afrique jusqu'à deux tiers (2/3) ou plus des familles n'acceptent pas la référence pour l'hospitalisation d'un jeune enfant avec PSBI. Cela est particulièrement problématique compte tenu de la charge élevée de PSBI dans les deux (2) régions.

En 2016, après de longues années de recherches sur le PSBI, l'OMS et l'UNICEF ont fait une déclaration commune sur une nouvelle directive de prise en charge de l'infection bactérienne potentiellement grave chez le jeune nourrisson lorsqu'un transfert vers une structure hospitalière est impossible. Cette prise en charge pourrait être faite par tout agent de santé travaillant dans les établissements de soins primaires autorisés par leur gouvernement à administrer un traitement par injection.

La nouvelle ligne directrice de l'OMS sur le PSBI a le potentiel de combler les lacunes de couverture de soins - en permettant l'utilisation de régimes

d'antibiotiques simplifiés efficaces et sûrs par des agents de santé dûment formés pour traiter en ambulatoire les jeunes enfants malades atteints de PSBI. Cependant, cela nécessite une introduction prudente et une mise en œuvre efficace avec des informations de base claires pour adapter la programmation au contexte de chaque pays. Le financement de la Fondation Bill et Melinda Gate permettra la mise en œuvre de ce nouveau protocole au Niger de 2017 à 2020.

C'est dans le cadre de ce projet que cette étude de base est proposée pour collecter des informations permettant d'apprécier les connaissances, aptitudes et attitudes des parents et gardiens d'enfants face à une infection et l'équité dans l'accès aux soins du jeune nourrisson.

## 2. OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

### 2.1. Objectifs

Les objectifs visés à travers la réalisation de cette enquête sont :

1. estimer la couverture et la qualité des paquets essentiels de soins maternels et néonataux (soins prénatals, accouchements assistés, accouchements institutionnels, soins postnataux, traitement des infections néonatales, etc.) dans les districts cibles ;
2. décrire les principales pratiques familiales liées aux infections néonatales et la recherche de soins ;
3. identifier les obstacles en matière d'accès aux soins de qualité pour le nouveau-né et le jeune nourrisson et leurs causes ;
4. évaluer la capacité des formations sanitaires à fournir des services de qualité en matière de prise en charge des infections néonatales au niveau primaire (Cases de santé, Centres de Santé Intégrés type I et II et hôpitaux de référence (CHR, Hôpitaux de district, Centre de santé de la mère et de l'enfant).
5. identifier les principaux facteurs facilitant et les obstacles à la recherche de soins appropriés en temps opportun pour les jeunes nourrissons malades.

### 2.2. Méthodologie de l'enquête

Il s'agit d'une étude mixte (qualitative et quantitative) menée dans une visée analytique. Les résultats sont catégorisés, qualifiés ou quantifiés, selon l'objectif poursuivi.

#### 2.2.1. Limites géographiques de la zone d'enquête

L'enquête s'est déroulée dans quatre (4) districts sanitaires de la région de Maradi à savoir Dakoro, Guidan Roumji, Madarounfa et Mayahi.

#### 2.2.2. Définition des populations enquêtées

Les populations cibles de cette enquête varient en fonction des questionnaires ou guide d'entretien :

### **2.2.3. Cible pour l'approche quantitative**

- Les mères/gardiennes de nourrissons de moins de 60 jours et les mères ou des gardiennes de nourrissons de moins de 60 jours qui ont visité une formation sanitaire ;
- Les parties prenantes au niveau politique (directions centrales, directions régionales et districts,) ;
- Les agents de santé au niveau des formations sanitaires publiques (les responsables des formations sanitaires, les chefs des services de santé maternelle et infantile et les chefs de la pharmacie ainsi que des agents de santé et agents de santé Communautaire (ASC) dans la formation sanitaire)

### **2.2.4. Cible pour l'approche qualitative**

- Les leaders religieux et communautaires ;
- Les accoucheuses traditionnelles (ou matrones) ;
- Les tradipraticiens ;
- Les relais communautaires dans les aires de santé ;
- Les responsables des médias (publiques, privés et communautaires).

### **2.2.5. Echantillonnage**

L'échantillon prend en compte deux (2) principales cibles à savoir le nombre de structures sanitaires à inclure et le nombre de mères/gardiennes d'enfants de 0 à 59 jours.

### **2.2.6. Nombre de structures sanitaires à inclure**

Pour un souci d'équité, il est souhaitable que dans chaque district au moins 1/5 des structures soient concernées par niveau

Tableau 1: formations sanitaires cibles par département

District sanitaire	CSI fonctionnel	Echantillon souhaitable	Case de santé fonctionnelle	Echantillon souhaitable
Dakoro	25	5	108	22
Guidan Roumji	20	4	103	20
Mayahi	35	7	67	13
Madarounfa	25	5	34	7
Total	105	21	312	62

### 2.2.7. Nombre d'enfants de 0 à 59 mois à inclure

Les paramètres suivants ont permis de calculer la taille de l'échantillon pour cibler les enfants de moins de deux (2) mois pour la zone d'enquête : le taux attendu, la précision souhaitée, l'effet de grappes et le taux de non réponses. Au total 150 enfants de 0 à 59 jours ont été enquêtés à travers leurs mères ou gardiennes pour l'ensemble de la zone d'enquête.

### 2.2.8. Cadre d'échantillonnage

La DSME a fourni à l'INS la liste actualisée des structures sanitaires fonctionnelles de la zone d'enquête avec des informations sur la typologie (CSI de type I ou de type II).

Pour l'enquête ménage, la base de sondage utilisée est issue du quatrième (4<sup>ème</sup>) Recensement Général de la Population et de l'Habitat réalisé en 2012 (RGPH-2012). La base de sondage a été classée par ordre croissant de numéro de code des villages (région, milieu de résidence, département et numéro d'ordre de la ZD).

### 2.2.9. Méthodologie de l'échantillonnage

Le tirage des structures a tenu compte de la typologie des formations sanitaires. Ainsi, il faut distinguer :

- Pour les cases de santé, il fallait tenir compte de la distance par rapport au CSI de rattachement d'où la distinction entre les cases de santé situées à moins de 15 km d'un CSI, de 16 à 30 km et au-delà de 30 km.

***Cette considération est motivée par le fait que le besoin et la disponibilité des agents dans ces cases varient en fonction de leur localisation***

- Les formations sanitaires de référence de la zone d'étude et offrant les soins aux nouveau-nés seront toutes incluses dans l'échantillon. Celles-ci peuvent être l'hôpital de district, le Centre de santé mère-enfant ou l'hôpital régional (4 HD, 1 CHR et 1 CSME).

Pour l'enquête ménage, un sondage par grappe stratifiée à deux (2) degrés a été réalisé. Au premier degré les villages ont été tirés. Au deuxième degré, les ménages d'enfant (s) de 0 à 59 jours sont tirés par tirage aléatoire systématique après un dénombrement exhaustif du village, ce qui a permis d'identifier les ménages qui ont au moins un enfant de la tranche d'âge ciblée. Les cas suivants pouvaient se présenter :

1. lorsque le village a plus de 5 enfants, un tirage aléatoire systématique a été réalisé ;
2. lorsque le village a juste 5 enfants de moins de 2 mois, tous ces enfants ont été considérés sans tirage ;
3. lorsque le village a moins de cinq (5) enfants de moins de 2 mois, le gap d'enfants du même groupe d'âge a été pris dans le village voisins le plus proche

### **2.3. Recrutement et formation des agents**

IL a été procédé au recrutement et à la formation de 22 agents. Ce recrutement a été opéré après un test écrit. Ce sont donc les agents présélectionnés qui ont suivi une formation. La formation des enquêteurs est une des étapes primordiales dans le processus d'une enquête. En effet, la qualité des données est fortement liée à la façon dont le message est passé et aussi de l'intérêt qu'accordent les enquêteurs à la formation. C'est pour cela que ceux qui sont chargés de cette formation l'avaient rendu la rendre intéressante, participative et interactive tout en expliquant clairement les objectifs de l'enquête et par la suite montrer aux enquêteurs comment ils peuvent sauver des vies (notamment des enfants) en collectant des données de qualité permettant de prendre les bonnes décisions. Ainsi, la formation s'est faite d'abord à partir des questionnaires « papier » et après que les enquêteurs se soient familiarisés à ces questionnaires, il a été donné une formation à la collecte électronique des données sur le terrain à l'aide des téléphones mobiles afin de faciliter le processus de collecte des données sur le terrain, la vérification de la qualité de ces données, et de leur saisie. À la fin de la formation, un test pilote a été organisé pour tester le dispositif de l'enquête.

### **2.4. Collecte des données**

La collecte des données sur le terrain, d'une durée de quinze (15) jours s'est déroulée dans les localités (villes et villages) et auprès des structures de santé tirées. Ainsi, les agents retenus à l'issue de la formation ont été répartis en sept (7) équipes. Au total, 30 villages ont été visités en raison de cinq (5) cibles (enfants de moins de 2 mois) par village. Par ailleurs un (1) focus group a été animé pour chaque grappe/village. Trois types de focus groups ont eu lieu sur le terrain : un focus group avec les leaders communautaires, un focus group avec les mères d'enfants d'un an et un focus group avec les relais communautaire et les médias. Au total, 30 focus groups ont été animés par les 3 équipes d'enquête ménage, soient 10 par équipe.

Les 4 autres équipes ont fourni les données sur les formations sanitaires

## 2.5. DOCUMENTS DE COLLECTE DES DONNEES

Six (6) outils de collecte ont été utilisés dans le cadre de cette enquête :

Outils	Approche	Cible/objectif
Fiche de dénombrement	Quantitative	recenser de façon exhaustive (sans omissions, ni double compte) tous les <b>ménages</b>
questionnaire ménage	Quantitative	administrer au <b>chef de ménage</b> échantillon. Il permet d'identifier les mères/gardiennes des nourrissons de 0 à 59 jours éligibles à cette enquête.
questionnaire Mère d'enfant de 0 à 59 JOURS	Quantitative	mères/gardiennes des nourrissons de moins de deux (2) mois + mères ou des gardiennes de nourrissons de moins de 60 jours qui ont visité une formation sanitaire
Guide communautaire	Qualitative	leaders religieux et communautaires, les accoucheuses traditionnelles, les tradipraticiens
Questionnaire Rcom	Qualitative	Les relais communautaire qui sont dans le curatif
Questionnaire PSBI	Quantitative	Structures de santé (CS, CSI, HD, CHR)

## 2.6. Respect de la confidentialité et sécurité des données

Certains participants pourraient être mal à l'aise à discuter de certains sujets ou répondre à certaines questions, ou ne pas les comprendre. Pour minimiser ces risques, les questions émotionnellement dérangeantes et maximiser la compréhension et minimiser, il a été tiré profit des expériences des enquêtes

similaires. Ainsi, l'enquête auprès des ménages a été menée avec le maximum de confidentialité possible.

## **2.7. Consentement éclairé**

Un consentement verbal a été joint à chaque instrument.

## **2.8. GESTION DES DONNEES**

Les données quantitatives ont été saisies en temps réel sur le terrain par les équipes à l'aide de tablettes. Le logiciel ODK pour Android a été utilisé comme interface de saisie. Ceci a permis de minimiser les erreurs grâce aux contrôles qui ont été mis (champ obligatoire, choix des cibles, sauts...) Ainsi, une connexion internet a servi pour l'envoi des données collectées à un serveur qui est placé au niveau central. Quotidiennement le gestionnaire de données recevait de chaque équipe les questionnaires remplis et complétés qu'il analysait et faisait éventuellement de feedback aux équipes pour correction ou dispositions à prendre. Les données issues de l'enquête qualitative ont été collectées sur support audio et papier. Elles ont été par la suite centralisées et codifiées avant d'être analysées.

Le logiciel SPSS a été utilisé pour le traitement final des données.

## **LIMITES DE L'ENQUETE ET DIFFICULTES RENCONTREE**

L'une des limites de cette enquête est qu'elle ne concerne qu'une région (Maradi) et- à l'intérieur de cette région seulement quatre (4) départements (Dakoro, Guidan Roudji, Mayahi et Madarounfa). Une autre difficulté réside au niveau d'une des cibles de l'enquête à savoir les formations sanitaires dont la disponibilité des responsables n'est pas toujours acquise. Enfin, le masque de saisie élaboré à l'occasion de cette enquête n'a pas prévu prendre en compte quelques variables, notamment les variables qualitatives, au niveau du questionnaire relais communautaire.

### 3. ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE

#### 3.1. Mères ou gardiennes dans les ménages

##### 3.1.1. Caractéristiques Sociodémographiques des mères ou gardiennes enquêtées

Quasiment toutes les femmes enquêtées sont mariées. Environ 9 femmes sur 10 n'ont jamais fréquenté une école formelle.

Les travaux ménagers constituent la principale occupation (40%) des mères, suivie de l'agriculture (35%).

Pour ce qui est des caractéristiques des maris, il ressort de l'analyse des données du tableau N°2 ci-dessous que 67% travaillent dans l'agriculture et que 18% pratiquent le petit commerce. A ce niveau, également, la majorité (75%) n'a jamais fréquenté l'école.

Par ailleurs, près de neuf (9) sur dix (10) de ces mères aucun niveau d'instruction. Seulement 9% ont un niveau primaire et environ 3% un niveau secondaire

Tableau 2: Caractéristiques sociodémographiques des parents

<b>Occupation de la mère</b>	<b>%</b>
Agriculture	35,3
Sans occupation	11,3
Elevage	7,3
Petit commerce	4,7
Artisanat	1,4
Travaux ménagers et domestiques	40,0
<b>Statut matrimonial de la mère</b>	
Célibataire	1,3
Mariée	98,7
<b>Niveau d'instruction de la mère</b>	
Aucun	88,0
Primaire	9,3
Secondaire	2,7
<b>Occupation du père</b>	
Agriculture	66,7
Travail journalier	1,3
Sans occupation	1,3
Elevage	2,0
Petit commerce	18,0
Artisanat	1,3
Administration publique/privée	1,3
Autre	8,0
<b>Niveau d'instruction du père</b>	
Aucun	75,3
Primaire	18,7
Secondaire	5,3
Supérieur	,7

### 3.1.2. Caractéristiques de l'habitat

Les données sur les caractéristiques de l'habitat font ressortir que 71% des ménages concernés sont propriétaires de leur logement et aussi 27% vivent dans une maison familiale.

Quant à l'eau de boisson, les puits cimentés (47%) représentent la principale source. Il est à remarquer que 27% des ménages ont accès à un robinet hors de la concession et 3% dans leur concession.

Pour ce qui est du mode d'éclairage, la lampe à pile est utilisée par 89% des ménages.

Concernant les équipements dont dispose le ménage, on peut citer principalement les moyens de transport à traction animale (54%), les téléphones portables (49%), la radio (47%) et les moyens de transport à deux roues (17%). Les ménages ont donc accès aux moyens de transport et de communication.

Tableau 3:Caractéristiques de l'habitat du ménage

<b>Habitat</b>	
Propriétaire	71,3
Location-vente	,7
Familial	26,7
Logé gratuitement	1,3
<b>source d'approvisionnement en eau de boisson</b>	
Robinet dans la concession	3,3
Robinet hors de la concession	27,3
Puits traditionnel	16,0
Puits cimenté	46,7
Forage	6,0
Station de pompage pastorale	,7
<b>source d'éclairage du ménage</b>	
Electricité	7,3
Energie solaire	3,3
Lampe à pile	89,3
<b>Equipement</b>	
Radio	46,7
Télévision	6,7
Cellulaire/tablette	48,7
Ordinateur	2,0
Abonnement à internet (fixe, mobile)	3,3
Moyen de transport à traction animale	54,0
Moyen de transport cycle	16,7
Véhicule	2,0

### 3.1.3. Connaissance des maladies

#### 3.1.3.1. Signes de maladies qui pourraient amener les mères à chercher des soins

Les résultats sur la connaissance des signes de danger chez la mère font ressortir que la fièvre (69%), les saignements abondants (66%), ainsi que les douleurs abdominales (54%) sont les principaux motifs de recherche de soins pour les mères. Environ un quart des femmes ont cité les écoulements vaginaux comme étant un signe de danger.

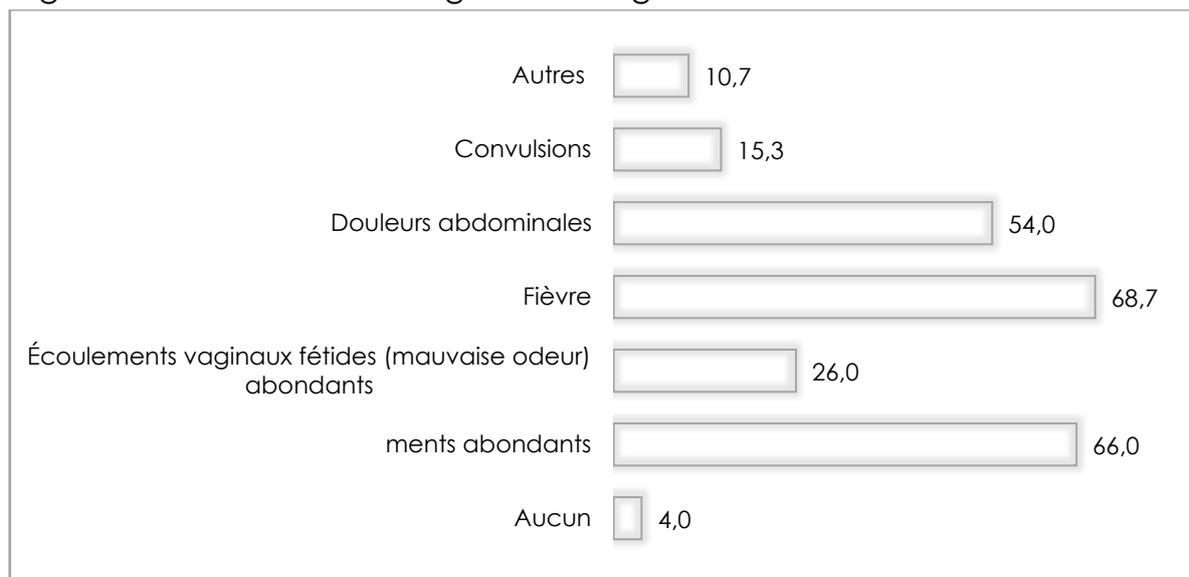


Figure 1: Connaissance (en%) des signes de danger chez la femme

#### 3.1.3.2. Causes des maladies chez la femme qui a accouché selon les mères

L'alimentation insuffisante (57%), l'anémie (42%), le manque d'hygiène (33%), le manque de suivi durant les consultations prénatales constituent les principales causes de maladies chez les femmes après l'accouchement. L'accouchement à domicile ou l'accouchement non assisté par un personnel qualifié ne sont cités que, par respectivement 13% et 10% des femmes comme étant une source de maladie ou de complications pour les femmes après l'accouchement. Le nombre de grossesses antérieures ou l'âge de la femme au moment de l'accouchement n'ont été cités que par 10 et 7% des femmes.

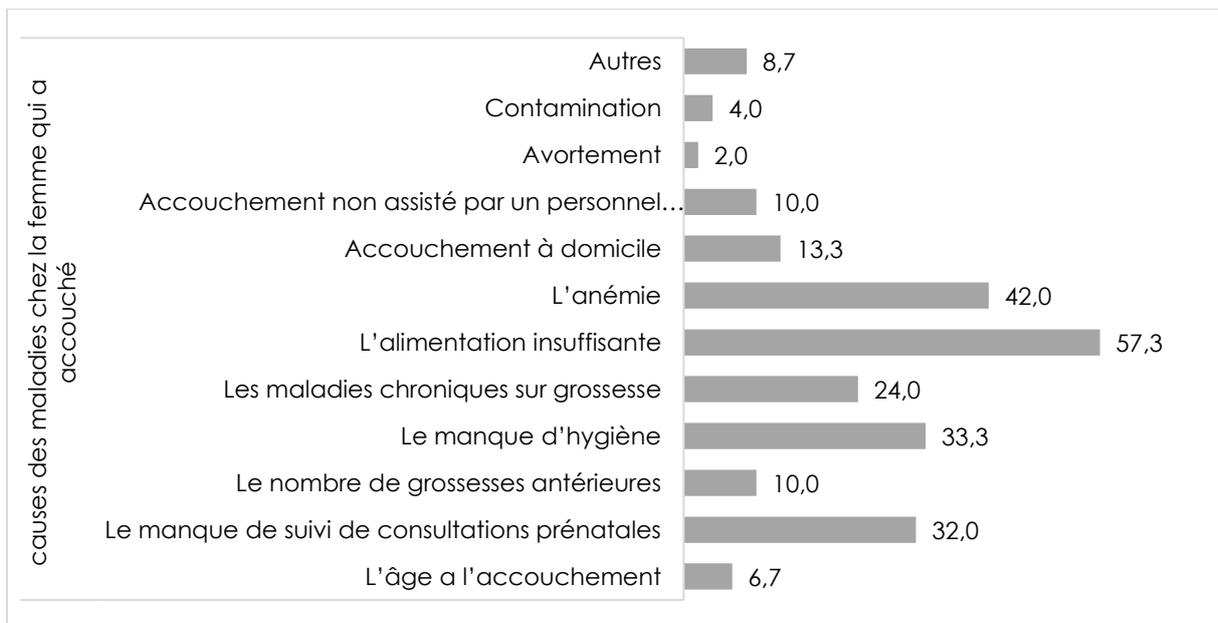


Figure 2: Connaissance (%) des causes des maladies chez la femme après l'accouchement

### 3.1.3.3. Signes de danger qui pourraient amener les mères à chercher des soins pour les enfants

S'agissant de la reconnaissance des signes de danger chez l'enfant, il ressort des résultats de l'enquête que lorsque l'enfant a le corps chaud (69%), ou lorsqu'il a difficultés à téter (63%) plus de 6 femmes sur 10 reconnaissent que l'enfant doit être consulté par un prestataire de santé. Aussi, les difficultés respiratoires (38%), lorsque l'enfant ne bouge pas ou bouge très peu (33%), ou que l'enfant pleure beaucoup (26%) sont autant des signes de danger pour lesquels il faudra rechercher les soins pour les enfants.

Cependant il faut remarquer que certains signes de danger tels que les convulsions, ou la couleur jaune des yeux ou de la paume des mains ont été cité par moins de 20% des mères. Au total 27,6% des mères sont capable de distinguer trois signes de danger chez le nouveau-né de 0 à 59 jours.

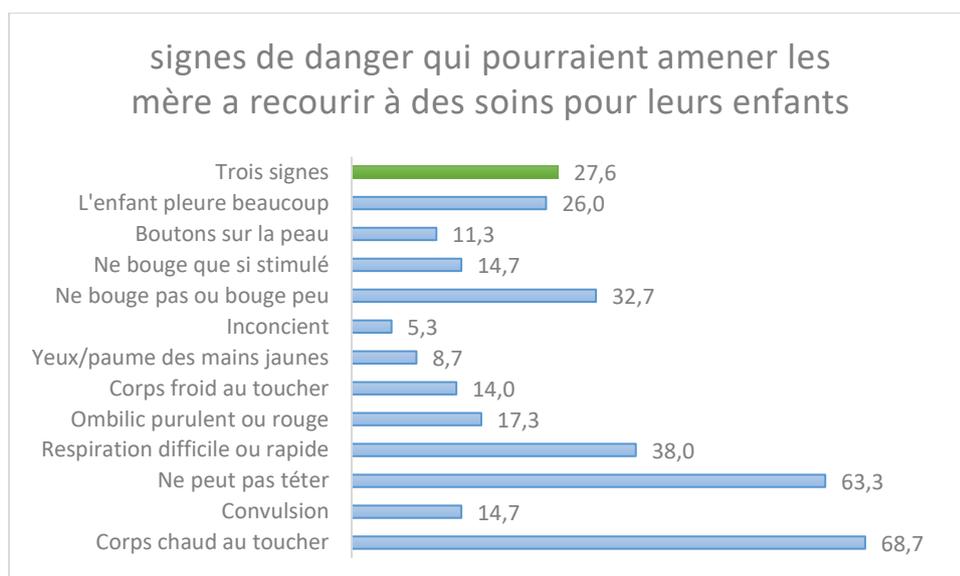


Figure 3: : Connaissance des mères sur les signes de danger chez les enfants

### 3.1.3.4. Causes des maladies chez le jeune nourrisson de 0 à 59 JOURS selon la mère

Selon les mères enquêtées, l'introduction aux aliments autres que le lait maternel (45%), l'exposition de l'enfant au froid (44%) sont les premières sources de maladies chez le nourrisson.

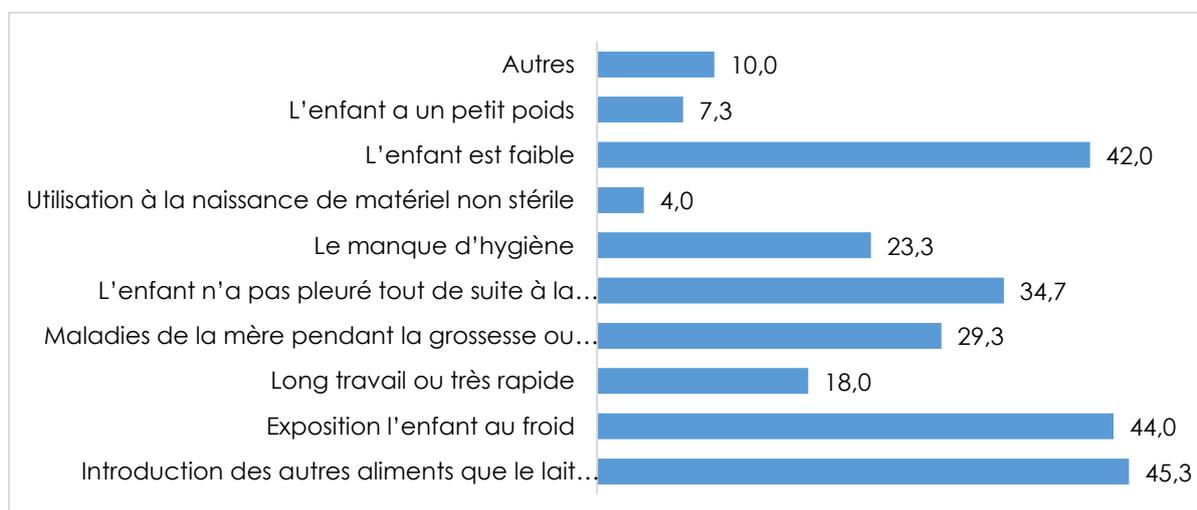


Figure 4: Causes des maladies chez le jeune nourrisson de 0 à 59 JOURS selon la mère

### 3.1.4. Recours aux soins

#### 3.1.4.1. Décision pour le soin de l'enfant

La décision de recourir à des soins pour les enfants relève exclusivement du père de l'enfant selon 64% des répondantes et de la maman selon 27% des mères.

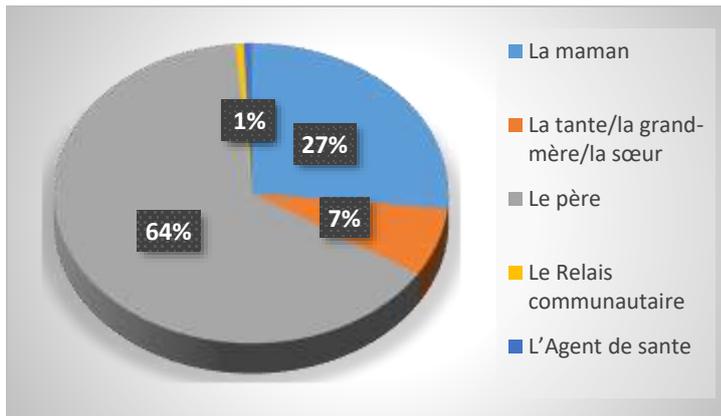


Figure 5: Prise de décision pour la recherche de soin pour l'enfant

### 3.1.4.2. Premiers recours pour les soins des jeunes nourrissons de 0 à 59 jours malades

S'agissant des lieux de recours aux soins, l'automédication a été citée dans 45% des cas. Un peu plus d'un tiers (35%) des recours aux soins se font dans les CSI. Les relais communautaires apportent leur contribution à la prise en charge des enfants dans 15% des cas selon les dires des mères ou gardiennes des enfants.

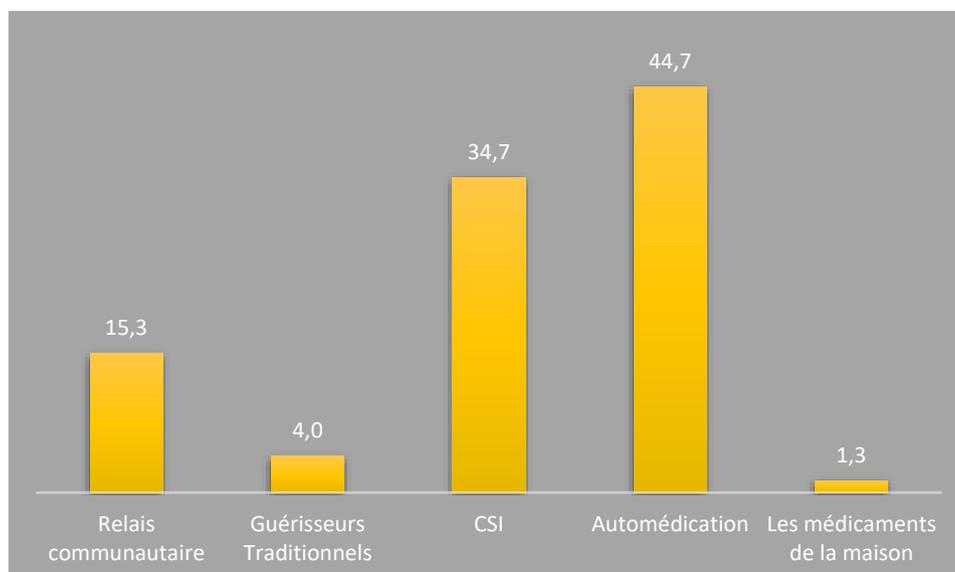


Figure 6: Lieux des premiers recours aux soins pour les jeunes nourrissons malades

### 3.1.4.3. Temps mis pour chercher de soins lorsque la mère reconnaît les signes de danger

Pour ce qui est du temps mis avant de rechercher les soins, dans 9 cas sur 10, il a fallu entre 2 et 3 jours après l'apparition des premiers signes de danger. Ce qui constitue un risque de mortalité assez élevé pour les enfants.

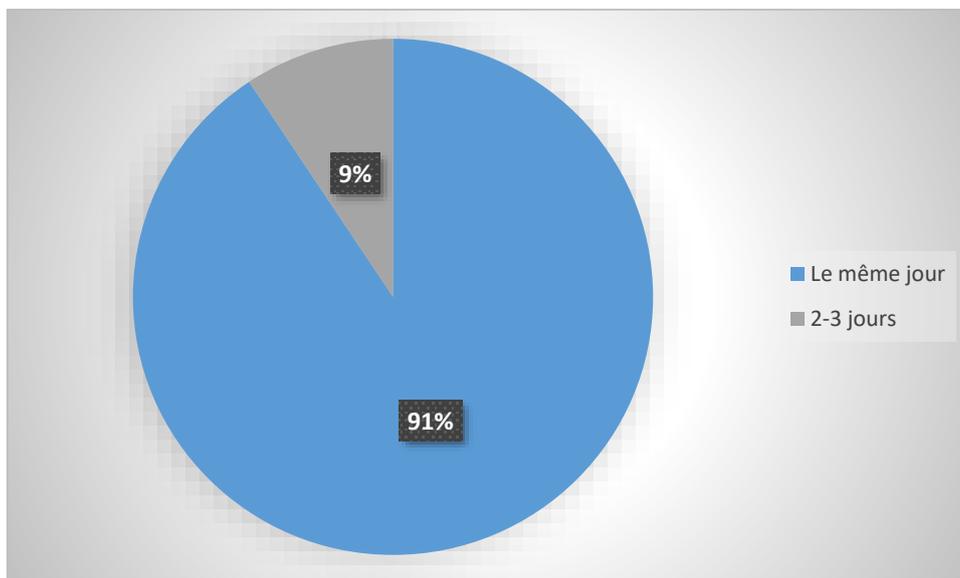


Figure 7: Temps mis pour rechercher de soins après la reconnaissance des signes de danger

Les difficultés de transport, notamment le manque d'un moyen de transport disponible (28,6%) constitue l'une des principales barrières dans le recours des soins pour les enfants. Les barrières financières, notamment les frais liés aux soins de santé (21,4%) et le manque d'argent (7,1%) ont concerné aussi près de 29% des cas.

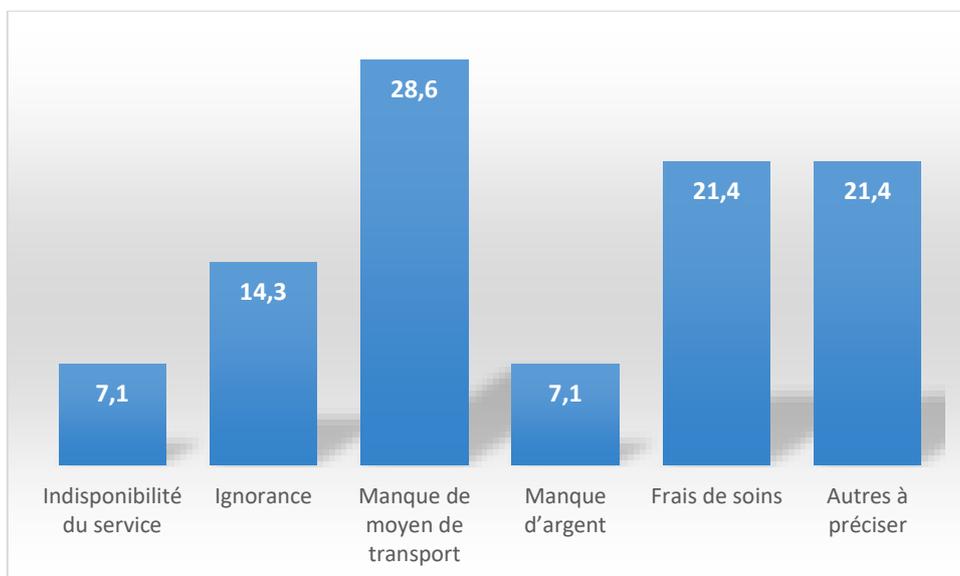


Figure 8: Barrières pour la recherche de soins pour les jeunes nourrissons

#### 3.1.4.4. Consultation de l'enfant par un agent de santé

Dans 21% des cas, les nouveau-nés sont tombés malades après l'accouchement et à peine la moitié (48,4%) d'entre eux a été consultée par un prestataire de santé. En outre moins de 10% ont reçu la visite d'un agent de santé au quatrième jour du traitement.

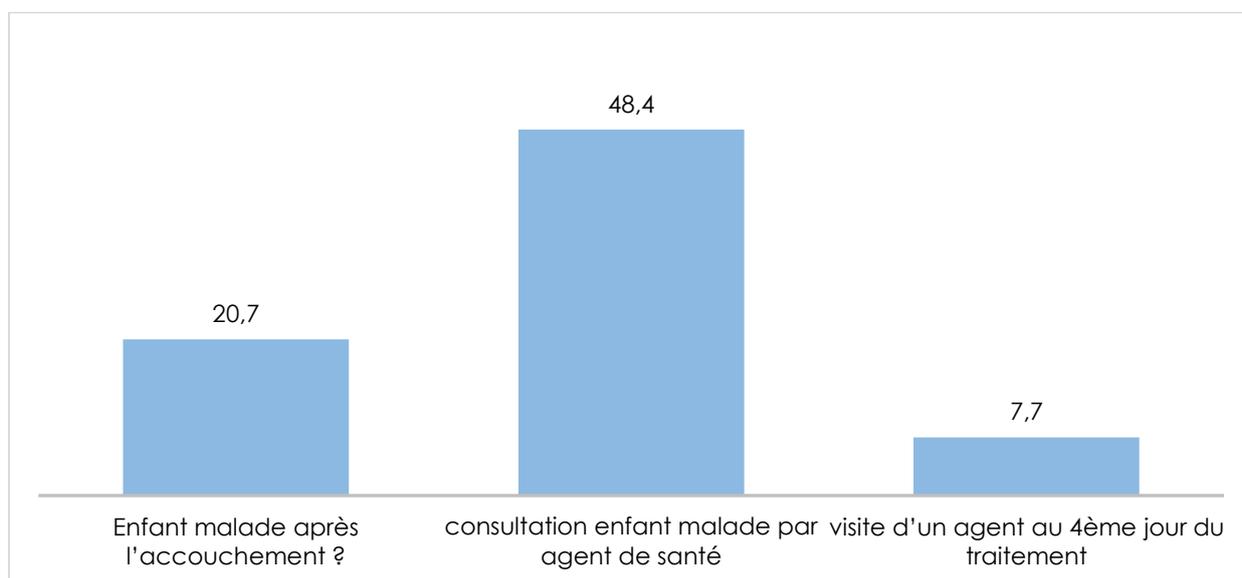


Figure 9: Santé et prise en charge des jeunes nourrissons après l'accouchement

#### 3.1.4.5. Médicaments prescrits par l'agent pour les enfants malades

Un peu plus de la moitié (52%) des enfants malades ont reçu une injection, le reste des enfants ont tous été traités par voie orale (comprimé ou sirop).

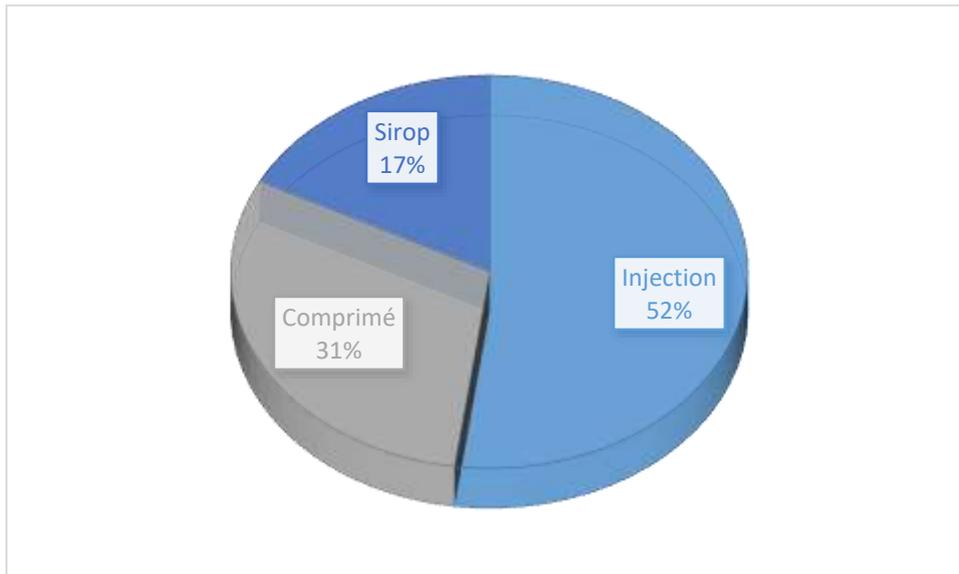


Figure 10: Médicaments prescrits par l'agent pour les enfants malades

### 3.1.4.6. Référence des enfants de moins de 2 mois

Pratiquement toutes les mères ont amené leurs enfants aux lieux de référence indiquée par l'agent de santé. Cependant, aucune n'a reçu de traitement pour la route en attendant d'arriver au lieu de référence.

Figure 11 : % des mères ayant amené leurs enfants aux lieux de référence indiquée

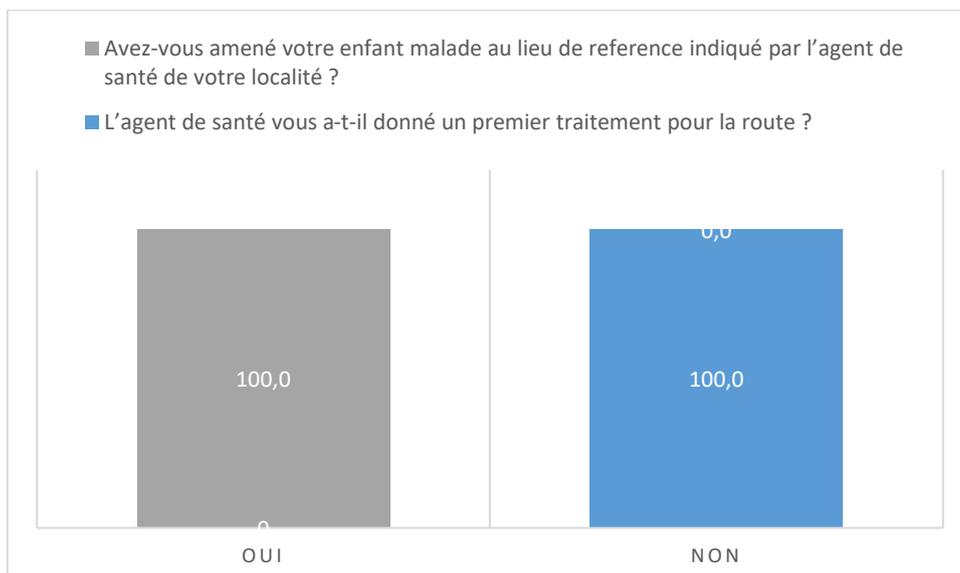


Figure 11: référence des enfants de moins de 2 mois

### 3.1.4.7. Moyen de transport utilisé pour aller au lieu du soin

Dans près de deux tiers (2/3) des cas, l'enfant a été transporté à pied vers la formation sanitaire. La moto et la charrette ont été utilisées comme moyen de transport dans respectivement 19% et 15% des cas.

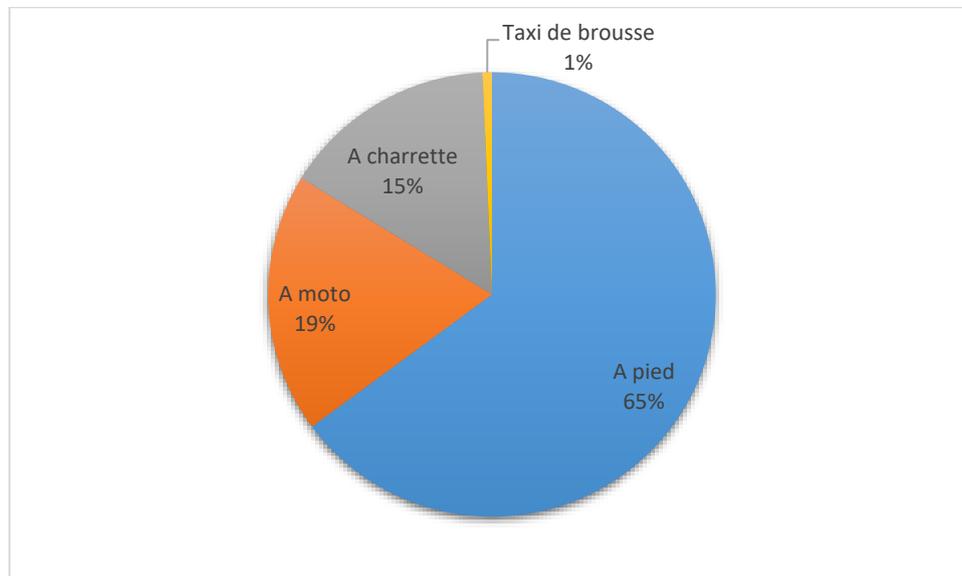


Figure 12: Moyen de transport utilisé pour aller au lieu du soin

#### **3.1.4.8. Perception des mères par rapport aux services de soins offerts aux nouveau-nés malades**

Quant à la perception sur la qualité des soins reçus, 87% des mères estiment être satisfaites des soins reçus par leurs enfants bien que les agents de santé ne soient présents pour connaître l'appréciation des bénéficiaires sur les services reçus que dans moins d'un cas sur dix.

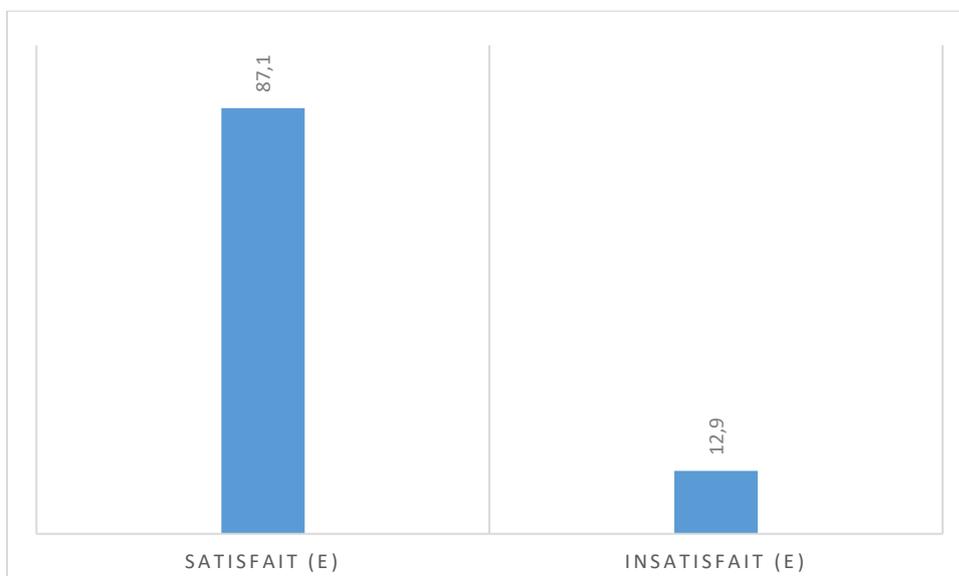


Figure 13: Perception des mères par rapport aux services de soin offerts aux nouveaux nés malade

### 3.1.4.9. Visite d'agent de santé pour recueillir des informations sur l'appréciation des services offerts

La figure ci-dessous montre que très peu d'enfants ont reçu la visite d'un agent de santé pour recueillir des informations sur l'appréciation des services offerts (6.7%)

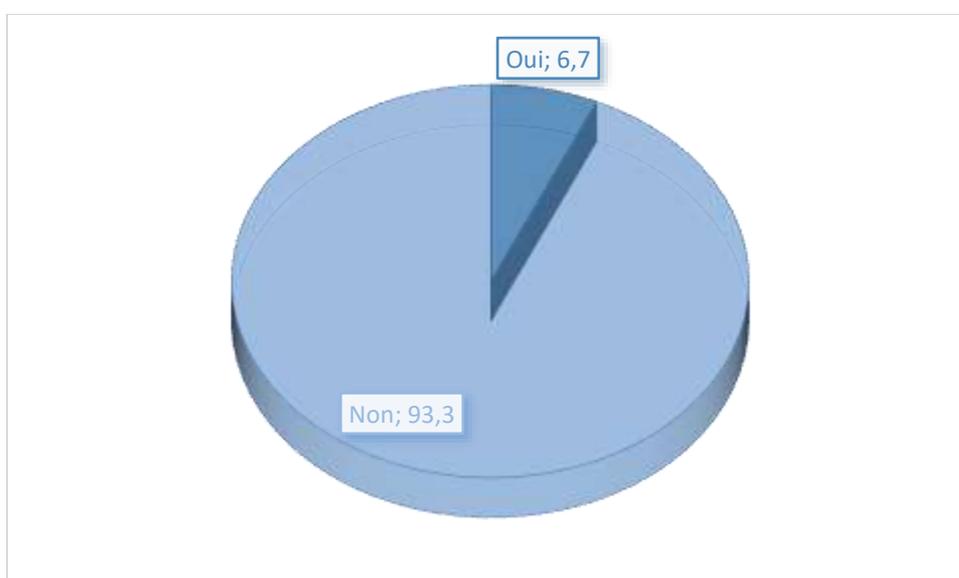


Figure 14: Visite d'agent de santé pour recueillir des informations sur l'appréciation des services offerts

### 3.1.5. Consultations prénatales

#### 3.1.5.1. Nombre moyen de consultations prénatales effectuées par les mères

Les données sur le nombre de Consultations Prénatales (CPN) font ressortir que 39% des femmes ont effectué le nombre de CPN requis (4 et plus) seront les recommandations de l'OMS. On observe aussi que la même proportion des femmes a effectué exactement trois CPN au cours de la grossesse.

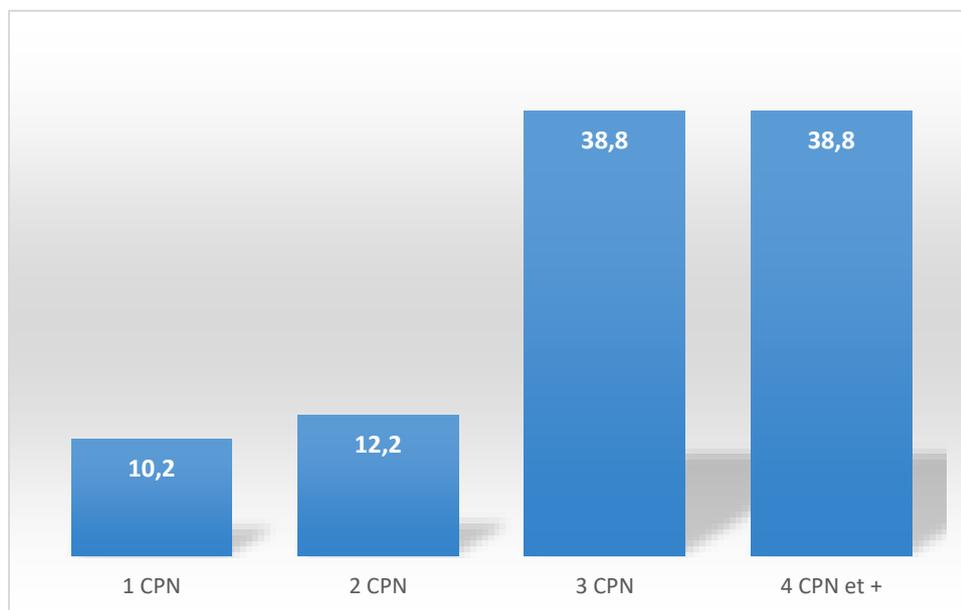
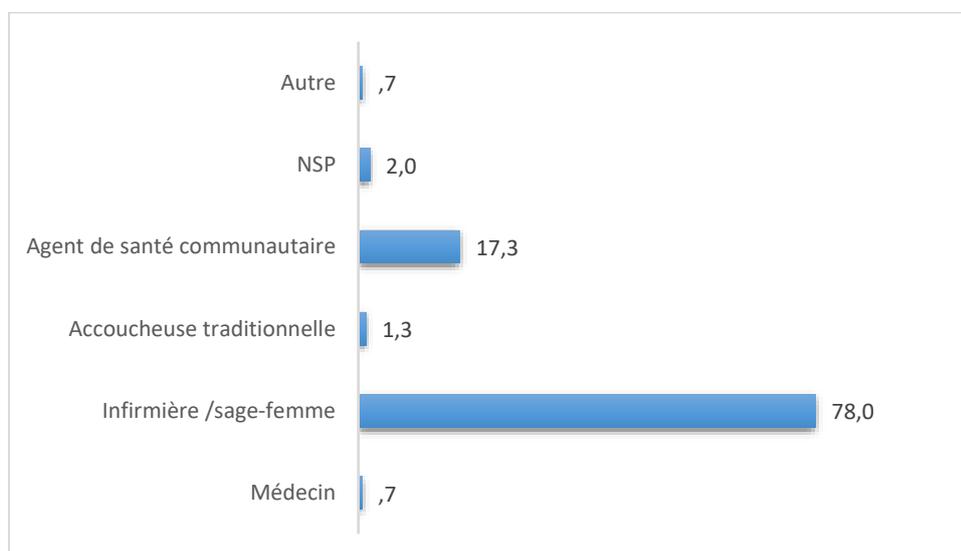


Figure 15: Répartition (en %) des mères selon le nombre de consultations prénatales effectuées

### 3.1.5.2. Types de personnel de santé consulté lors de la CPN

Selon les déclarations des femmes, le type de personnel rencontré durant les CPN sont plus généralement les infirmières ou les sages-femmes (78%) et dans une certaine mesure les agents de santé communautaire (17%).



*Figure 16: Types de personnel de santé consulté lors de la CPN*

### 3.1.5.3. Types de service dont les mères ont bénéficié

Durant les CPN, les femmes enceintes reçoivent principalement la supplémentation en fer (78%). Les actions en faveur de la prévention du paludisme, notamment les médicaments pris à titre préventif (48%) et la distribution de moustiquaires (34%) concerne moins de la moitié des femmes enceintes. La vaccination contre le tétanos néonatal a couvert 42% des femmes durant la grossesse. Enfin, les actions du counseling sur les VIH sont rares (2%).

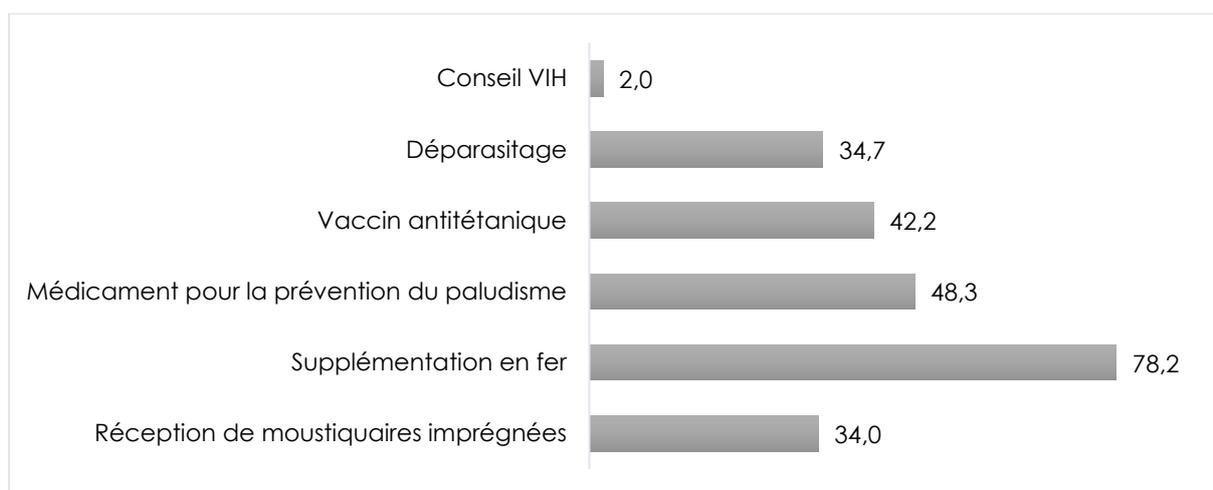


Figure 17: Types de services reçus durant les CPN

### 3.1.5.4. Perception de la qualité des soins reçus par les mères

Quasiment toutes les femmes jugent bonne (65%) ou moyenne (34%) la prestation durant les CPN. Ce qui dénote d'une forte appréciation des services reçus durant les consultations prénatales.

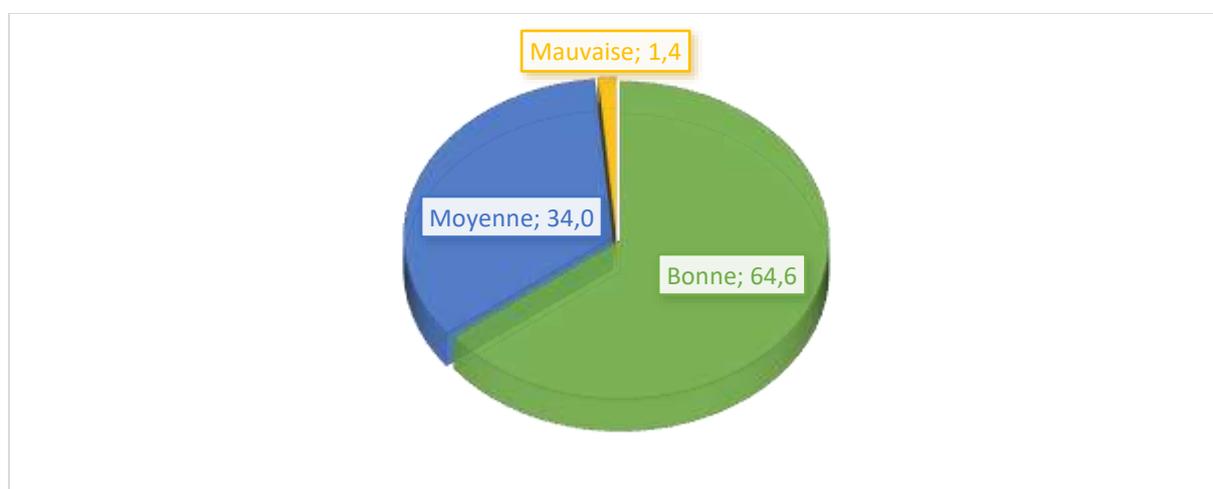


Figure 18: Perception de la qualité des soins reçus par les mères

### 3.1.5.5. % des mères ayant fait des préparatifs pour leurs accouchements et Type de préparation pour l'accouchement

S'agissant des questions liées aux préparatifs de l'accouchement, 78% des femmes affirment avoir effectué des activités de préparation de leur dernier accouchement. Parmi elles, 74% disent avoir préparé le kit d'accouchement et 71% ont économisé de l'argent pour le besoin de la circonstance. Aussi, 31% des femmes ont pris des dispositions pour la nourriture. Le choix du lieu de l'accouchement a concerné 10% des femmes.

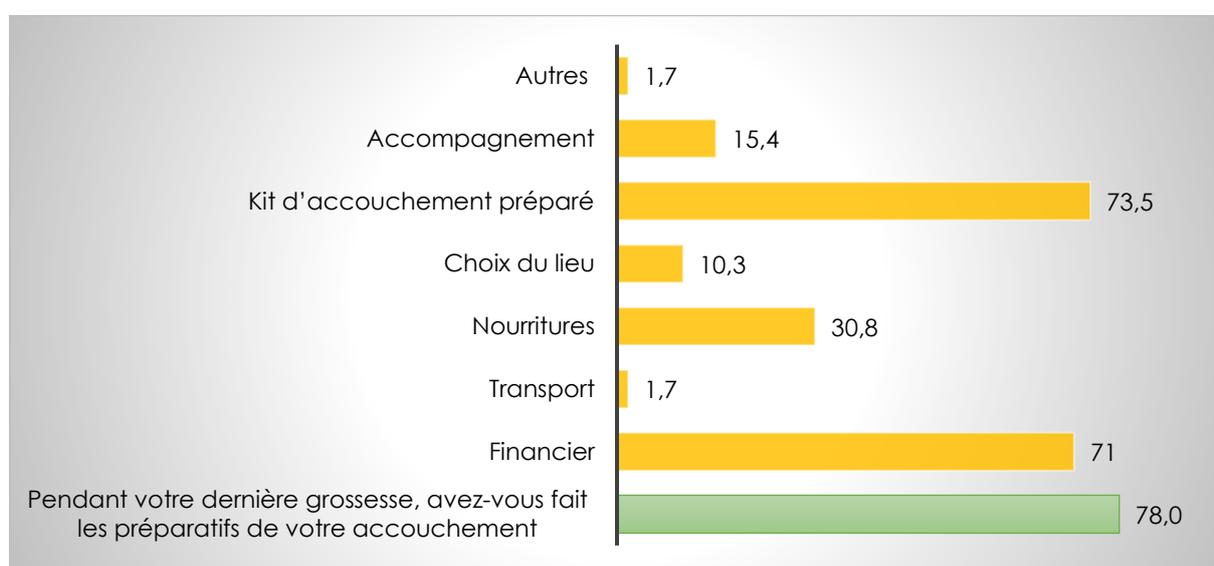


Figure 19: Répartition (en %) des mères selon le type de préparatifs faits avant l'accouchement

### 3.1.6. Accouchement et consultations post-natales

Le taux de l'accouchement à domicile reste encore élevé à l'image de la situation au niveau national. En effet, 67% des accouchements ont eu lieu à domicile. Il est aussi à remarquer que 17% des accouchements ont été effectués dans une case de santé.

Dans près de 61% des cas, l'accouchement a été assisté par une matrone. Les accouchements assistés par un personnel de santé représentent 27%.

Pour ce qui est de la santé du nouveau-né, dans deux tiers (2/3) des cas le poids à la naissance est acceptable. Les enfants de faible poids à la naissance représentent 28% des cas. Aussi la majorité des enfants n'ont pas

eu de contact avec un personnel de santé après le baptême (8 jours après l'accouchement).

Tableau 4: Accouchement et prise en charge du nouveau-né

<b>Lieu de l'accouchement %</b>	
Domicile	66,7
Case de santé	17,3
CSI	14,7
Autres lieux	1,3
<b>Personne qui a assisté pendant l'accouchement %</b>	
Matrone,	60,7
Agent de santé	27,3
Autres (à préciser)	12,0
<b>Appréciation du poids du bébé à la naissance %</b>	
Grand	7,3
Moyen	59,3
Petit	28,0
Très petit	5,3
Poids moyen (Gramme)	3535,30
<b>Visite dans une formation sanitaire 8 jours après l'accouchement %</b>	
Oui	25,6
Non	74,4
<b>visite d'un agent dans les 8 premiers jours qui suivent l'accouchement %</b>	
Oui	12,1
Non	87,9

### 3.1.7. Sources d'informations

Les principales sources d'information sur la santé des mères et des jeunes nourrissons sont les agents de santé (43%), la matrone (35%), le chef du village (29%) et les relais communautaires (28%).

On remarque aussi l'influence de l'entourage (parents, amis et grand public).

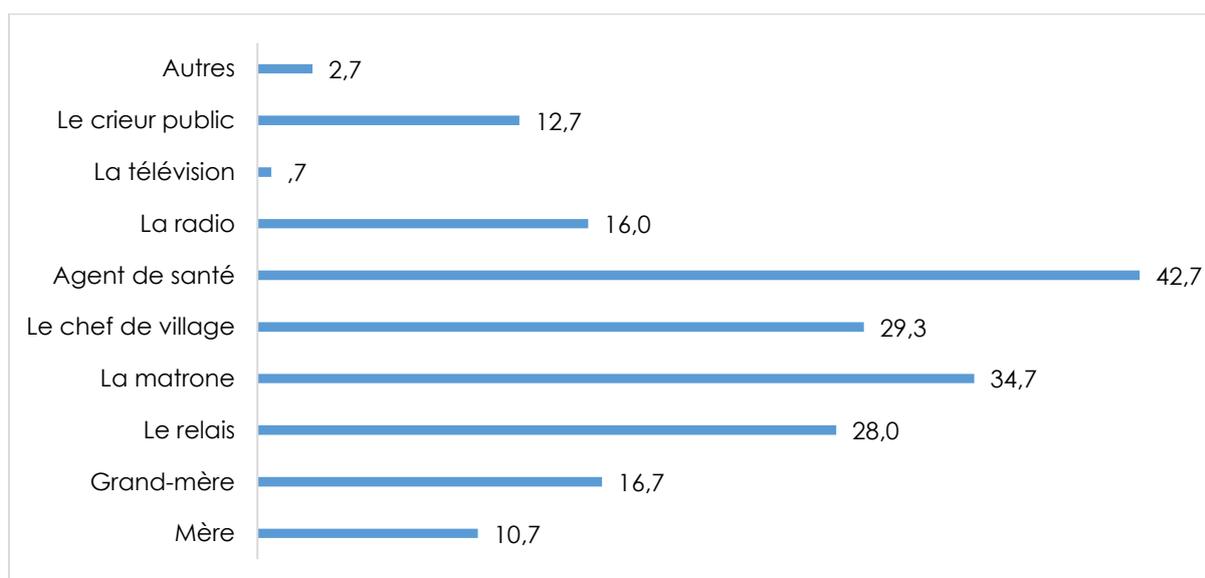


Figure 20: Sources d'information sur la santé des mères et des jeunes nourrissons selon les mères

### 3.2. Dispositif d'offre de soins

#### 3.2.1. % des centres de santé prenant en charge l'infection bactériale potentiellement sévère chez le nourrisson de 0 à 59 jours lorsque la référence n'est pas possible

S'agissant des soins essentiels, les résultats varient très peu selon le type de structure. On remarque ainsi que plus de 98% des soins essentiels sont offerts même dans les cases de santé.

Quant aux infections bactériennes potentiellement sévères, elles sont prises en charge jusqu'à 100% dans les hôpitaux de la zone d'enquête. C'est au niveau des cases de santé que ces infections ne sont pas prises en charge (0%).

Tableau 5: Offre soins essentiels du nouveau-né par type

	Pris en charge PSBI lorsque la référence n'est pas possible	Offre soins essentiels du nouveau-né Soin essentiels offerts aux nouveau-nés
Hôpitaux	100%	100,0%
CSI	85,7%	100,0%
Case	0,0%	98,4%
Ensemble	26,1%	26,1%

#### 3.2.2. Types de soins offerts au nouveau-né dans les structures sanitaires

Concernant les soins aux nouveaux nés, quel que soit le type de soin considéré, la prestation de service est meilleure dans les hôpitaux que dans les autres structures sanitaires. A titre illustratif, faire respirer l'enfant avec le ballon d'oxygénation est effectué à environ 80% dans les hôpitaux, contre 28,6% dans les CSI et seulement à 8,2% dans les cases de santé.

Cependant, les soins ombilicaux et l'allaitement précoce sont les services les plus offerts dans les CSI. Les proportions correspondantes sont respectivement de 85,7% et 66,7% dans les CSI contre 80% et 60% dans les hôpitaux.

Tableau 6: Types de soins offerts au nouveau-né dans les structures sanitaires

Structure	Séchage	Aspiration	Faire respirer l'enfant avec le ballon oxygénation	Soins ombilicaux (clamper et couper le cordon)	Contact peau à peau avec sa maman	Allaitement précoce	Soins osculaires	Vit K1	Autres
Hôpitaux	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	60,0%	60,0%	80,0%	80,0%	40,0%
CSI	71,4%	19,0%	28,6%	85,7%	47,6%	66,7%	47,6%	81,0%	19,0%
Case	72,1%	6,6%	8,2%	72,1%	26,2%	54,1%	45,9%	45,9%	18,0%
Ensemble	72,4%	13,8%	17,2%	75,9%	33,3%	57,5%	48,3%	56,3%	19,5%

### 3.2.3. Formation des agents de santé

S'agissant de la formation des agents de santé, les infirmiers et les agents de santé communautaires sont les plus nombreux dans la zone d'enquête. Ainsi, un peu moins de la moitié des agents de la zone sont des infirmiers (242 sur 499). Il convient aussi de remarquer que les assistantes sociales sont très rares dans la région d'enquête (6 au total)

Tableau 7: Effectifs du personnel par catégorie et par district

	Médecin	Sage-femme	Infirmier	Assistante sociale	ASC	Total
Dakoro	7	8	58	2	42	117
Guidan Roundji	5	6	25	1	22	59
Madarounfa	10	7	40	1	8	66
Maradi	36	20	77	2	0	135
Mayahi	5	6	42	0	22	72
Total	63	88	242	6	94	499

### 3.2.4. Pourcentage d'agents de santé éligibles formés sur le PCIME

La figure ci-dessous nous renseigne que très peu d'agent de santé ont été formés sur la prise en charge intégrée de la maladie de l'enfant. En effet moins de un (1) sur dix (10) agents ont reçu cette formation dans la zone d'enquête.

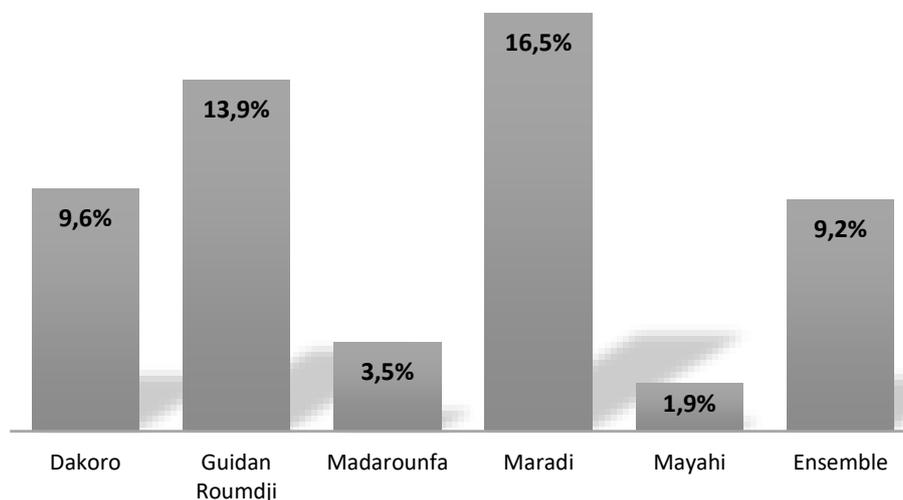


Figure 21: Agents de santé éligible formés sur la PCIME

### 3.2.5. Connaissance agent de santé

#### 3.2.5.1. Connaissance des signes de danger chez le nouveau-né par le responsable de structure

Le tableau 8 ci-dessous montre que la connaissance des signes de danger chez le nouveau-né varie d'une structure à une autre. En effet, on remarque des pourcentages respectivement plus élevés pour les hôpitaux et CSI par rapport aux cases de santé. Les "difficultés respiratoires" (69,4%), et "ne peut pas téter (59,7%) sont les signes les plus connus dans les cases de santé.

Tableau 8: Connaissance des signes de danger chez le nouveau-né par le responsable de structure

	Ne crie pas à la naissance	Froid ou fiévreux	Convulsion	Sommeilent	Difficultés respiratoire	Anomalie de la succion	Ne peut pas téter	Rougeur de l'ombilic	Jaunisse	Pustules sur la peau
Hopitaux	60,0%	80,0%	100,0%	40,0%	80,0%	60,0%	80,0%	80,0%	60,0%	60,0%
CSI	66,7%	52,4%	38,1%	19,0%	57,1%	19,0%	85,7%	23,8%	38,1%	19,0%
Case	43,5%	41,9%	19,4%	14,5%	69,4%	3,2%	59,7%	17,7%	21,0%	9,7%
Ensemble	50,0%	46,6%	28,4%	17,0%	67,0%	10,2%	67,0%	22,7%	27,3%	14,8%

#### 3.2.5.2. Connaissance des principaux signes de danger chez la femme enceinte

L'enquête auprès des structures sanitaires montre qu'au moins 60% des responsables connaissent les principaux signes de danger chez la femme enceinte. Par ailleurs, aux CSI, moins de la moitié connaissent les convulsions, le travail prolongé comme signe de danger. Par contre, moins du quart (1/4) connaissent que ces deux derniers signes sont dangereux chez la femme enceinte dans les CSI.

Tableau 9: Connaissance des principaux signes de danger chez la femme enceinte

	Température élevée	Saignement vaginal abondant	HTA/Maux de tête	Convulsion	Travail prolongé	Gedème des mains et du visage	Autre
Hôpitaux	100,0%	100,0%	60,0%	80,0%	60,0%	100,0%	80,0%
CSI	76,2%	71,4%	71,4%	42,9%	4,8%	76,2%	33,3%
Case	61,3%	83,9%	58,1%	17,7%	4,8%	79,0%	35,5%

### 3.2.5.3. Connaissance des principaux signes de danger chez la femme qui à accouchée

La quasi-totalité des responsables des hôpitaux connaissent les quatre (4) principaux signes de danger chez la femme qui vient d'accoucher. On remarque que le saignement vaginal abondant a été mentionné par l'ensemble des responsables et des structures sanitaires.

Tableau 10: Connaissance des principaux signes de danger chez la femme qui à accouchée

	Température élevée	Saignement vaginal abondant	Rétention placentaire	Convulsion	Autres
Hôpitaux	80,0%	100,0%	80,0%	100,0%	100,0%
CSI	76,2%	100,0%	14,3%	47,6%	52,4%
Case	46,8%	100,0%	27,4%	35,5%	45,2%

### 3.2.6. Barrières liées à la prise en charge de la maladie chez le jeune nourrisson de 0-59 JOURS selon les structures de santé

La figure N°21 ci-dessous montre que les principales difficultés liées à la prise en charge de la maladie chez le jeune nourrisson de 0 à 59 jours sont le

manque de médicament, le manque de formation et le manque de matériels.

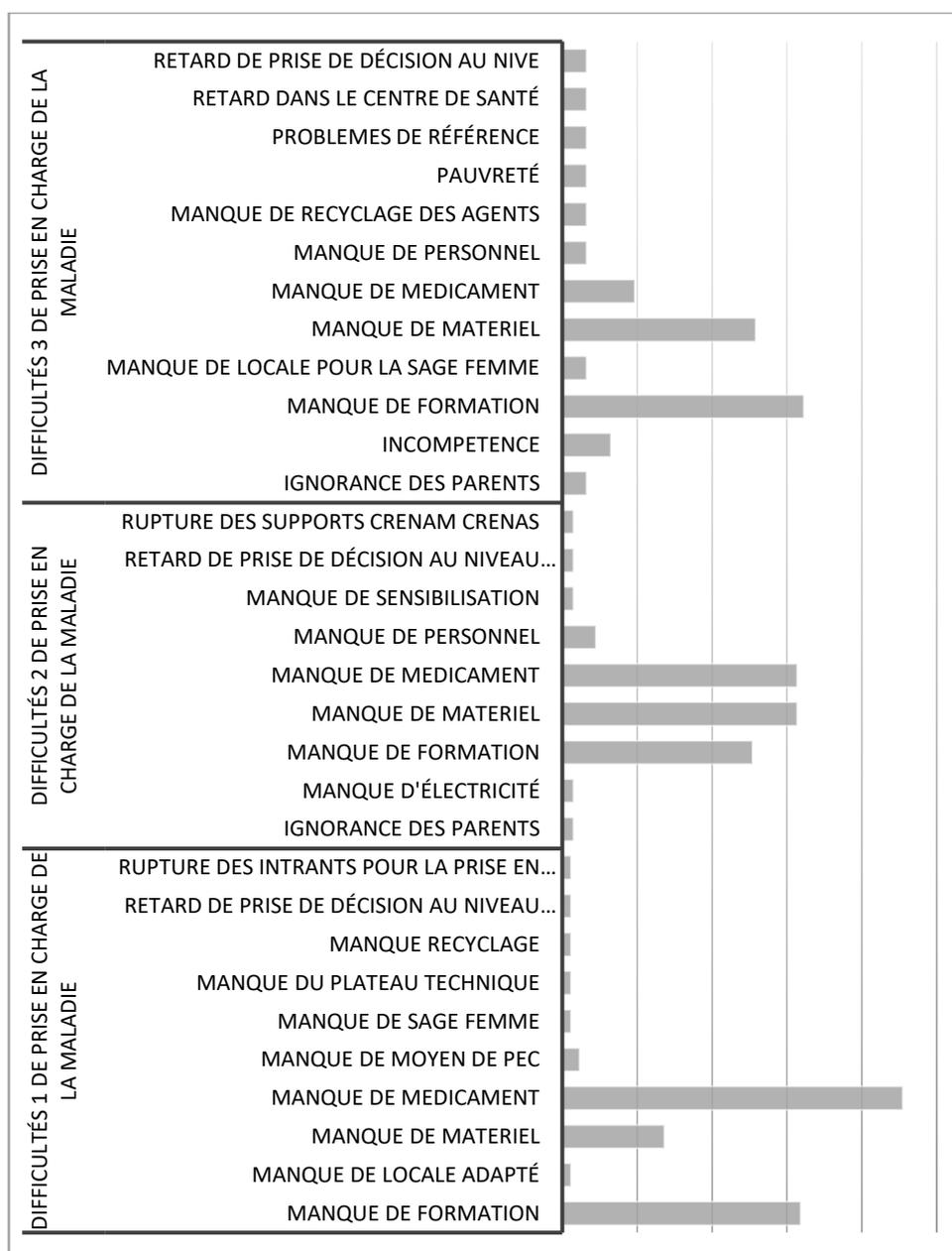


Figure 22: Barrières liées à la prise en charge de la maladie chez le jeune nourrisson de 0-59 JOURS selon les structures de santé

### 3.2.7. Barrières liées à la prise en charge d'une infection bactérienne chez les jeunes nourrissons de 0-59 JOURS

Selon les structures de santé visitées, les principales barrières à la prise en charge d'une infection bactérienne chez les jeunes nourrissons de 0 à 59 jours sont le manque de médicament, le manque de formation et le manque de matériels

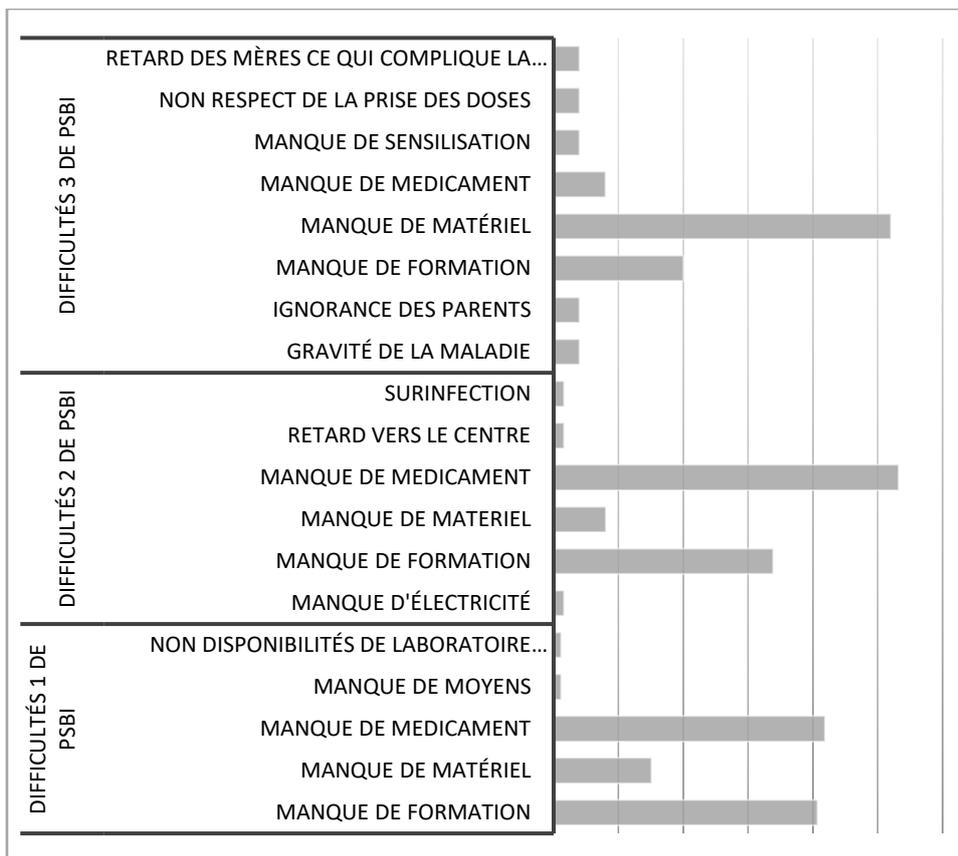


Figure 23: Barrières liées à la prise en charge d'une infection bactérienne chez les jeunes nourrissons de 0-59 JOURS

### 3.2.8. Services préventifs et curatifs offerts par les structures de santé au jeune nourrisson de 0-59 JOURS

S'agissant des services curatifs, la PCIME semble être le service le plus offert au jeune nourrisson de 0-59 jours par les structures sanitaires (plus de 91% de structures offrent ce service). Cependant, la prise en charge des traumatismes n'est offerte que par 4,7% des structures sanitaires.

La vaccination et la pesée ont plus été citées comme des services préventifs offerts aux nourrissons par les structures sanitaires. Elles ont été citées respectivement par 89% et 57% des structures.

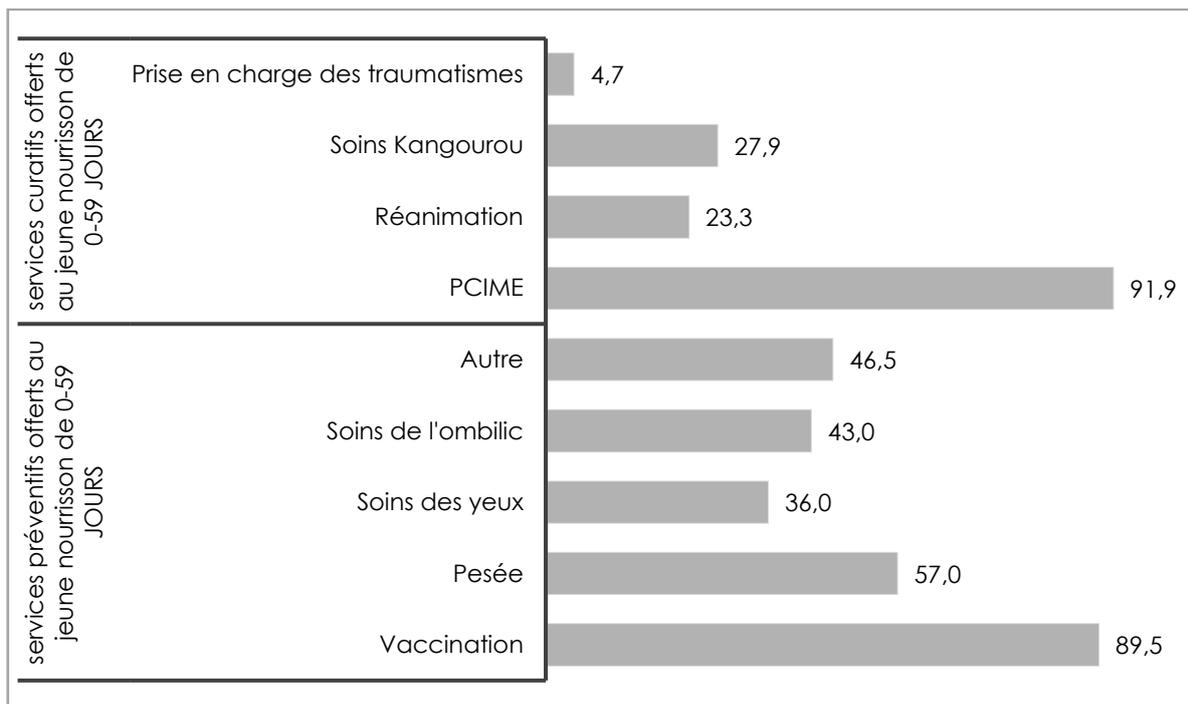


Figure 24: Services préventifs et curatifs offerts par les structures de santé au jeune nourrisson de 0-59 JOURS

### 3.2.9. % des structures de santé qui fournissent des services de prise en charge des infections bactériennes potentiellement sévères chez le nourrisson de 0 à 59 JOURS

Les résultats de l'enquête montrent que moins d'un quart (1/4) des structures fournissent des services de prise en charge des infections bactériennes potentiellement sévères chez le nourrisson de 0 à 59 jours.

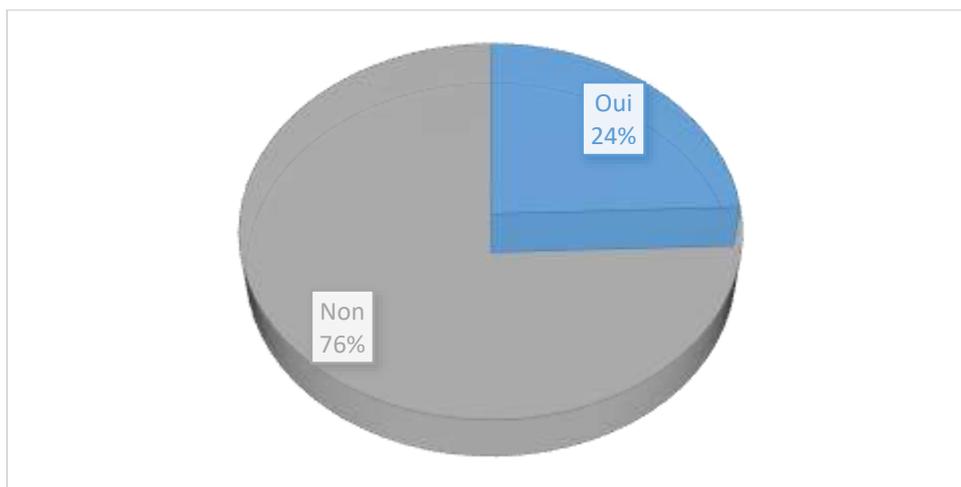


Figure 25: % des structures de santé qui fournissent des services de prise en charge des infections bactériennes potentiellement sévères chez le nourrisson de 0 à 59 JOURS

### **3.2.10. Types d'antibiotiques utilisés pour le traitement de l'infection bactérienne potentiellement sévère chez le nourrisson de 0 à 59 JOURS**

L'amoxicilline (35,3%), l'ampicilline (58,8%) dans les CSI et l'ampicilline dans les hôpitaux (100%) sont les antibiotiques les plus utilisés en première ligne dans les structures sanitaires pour le traitement des infections bactériennes,

Tableau 11: Types d'antibiotiques utilisés pour le traitement de l'infection bactérienne potentiellement sévère chez le nourrisson de 0 à 59 JOURS

<b>Antibiotiques 1</b>		
Hopitaux	Ampicilline	100,0
CSI	Amoxicilline	35,3
	Ampicilline	58,8
	Gentamicine	5,9
<b>Antibiotiques 2</b>		
Hopitaux	Cloxacilline	33,3
	Gentamicine	66,7
CSI	Amoxicilline	23,5
	Ampicilline	17,6
	Ceftriazone	23,5
	Cotrimoxazole	5,9
	Gentamicine	29,4
<b>Antibiotiques 3</b>		
Hopitaux	Céfotaxime	33,3
	Ceftriazone	66,7
CSI	Amoxicilline	36,4
	Ampicilline	9,1
	Ceftriazone	9,1
	Cloxacilline	9,1
	Cotrimoxazole	9,1
	Gentamicine	27,3

La figure ci-dessous donne le nombre moyen de cas de sepsis chez les jeunes nourrissons de 0 à 59 jours traités dans les structures de santé avec des antibiotiques en 2017. C'est dans les hôpitaux qu'on trouve beaucoup plus de cas (154 en moyenne) traités avec antibiotique. Pour l'ensemble, en moyenne 47 cas ont été traités avec antibiotiques en 2017

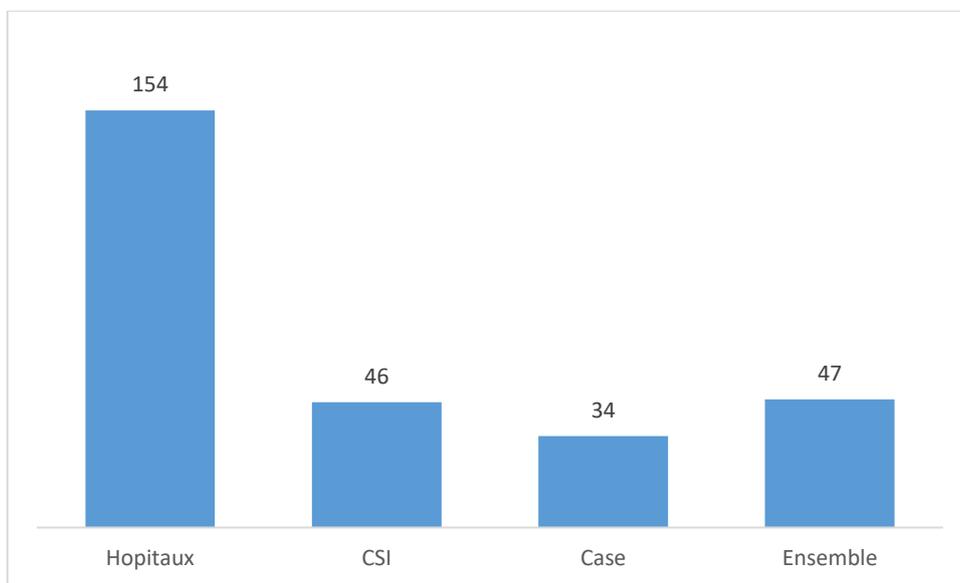


Figure 26: Nombre de cas de sepsis (infection grave) chez les jeunes nourrissons de 0-59 JOURS traités avec des antibiotiques en 2017

### 3.2.11. % de responsables de structures de santé formés sur la prise en charge des PSBI chez le jeune nourrisson

Il ressort de l'analyse des données du graphique N°26 ci-dessous que les responsables des hôpitaux ont plus reçu des formations sur la prise en charge des infections bactériennes potentiellement sévères (33%). Aucun responsable d'une case de santé n'a reçu cette formation.

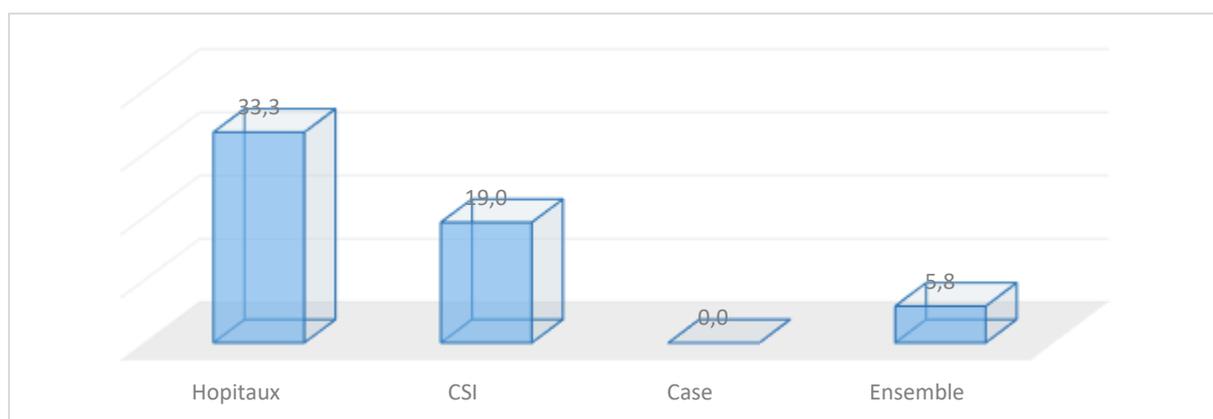


Figure 27: Responsables structures de santé formés sur la prise en charge des PSBI chez le jeune nourrisson

### 3.2.12. Dernière date de formation des responsables de structure sur la prise en charge du PSBI

Pour le cas des responsables des structures ayant reçu des formations sur la prise en charge des infections bactériennes, cette dernière remonte à plus de trois (3) mois précédant la période de cette enquête selon la quasi-totalité (100%) des responsables des hôpitaux. C'est au niveau des responsables des CSI qu'on remarque une proportion de 25% de ceux qui ont reçu cette formation au cours des trois derniers mois.

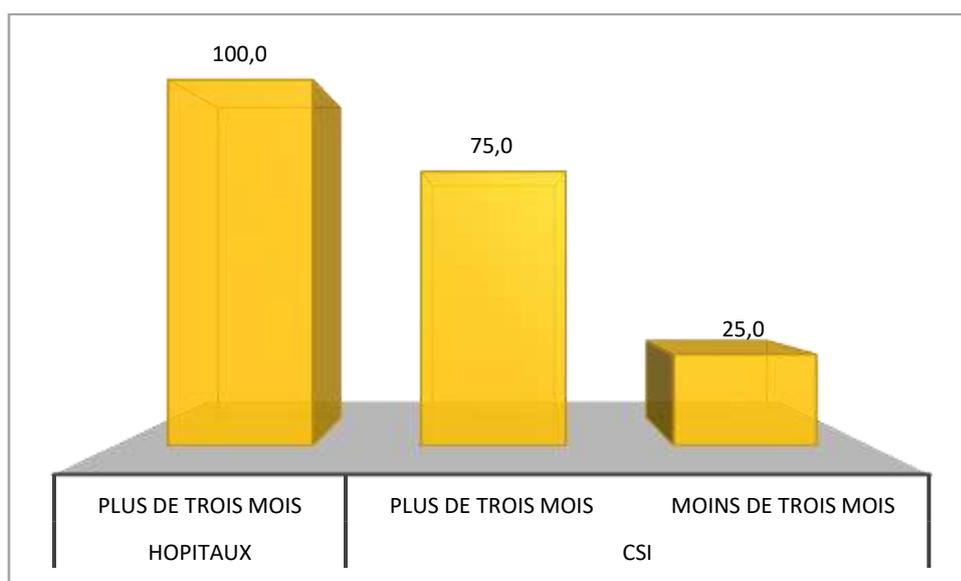


Figure 28: Dernière date de formation des responsables de structure sur la prise en charge du PSBI

### 3.2.13. Supervision intégrée du DS et Pourcentage de supervision qui a couvert la prise en charge PSBI

La supervision intégrée du district sanitaire couvre plus de neuf (9) CSI sur dix (10) contre sept sur dix au niveau des cases de santé.

Ces supervisions se sont intéressées spécifiquement à la prise en charge des infections bactériennes dans plus 40% des CSI et 17% des cases de santé.

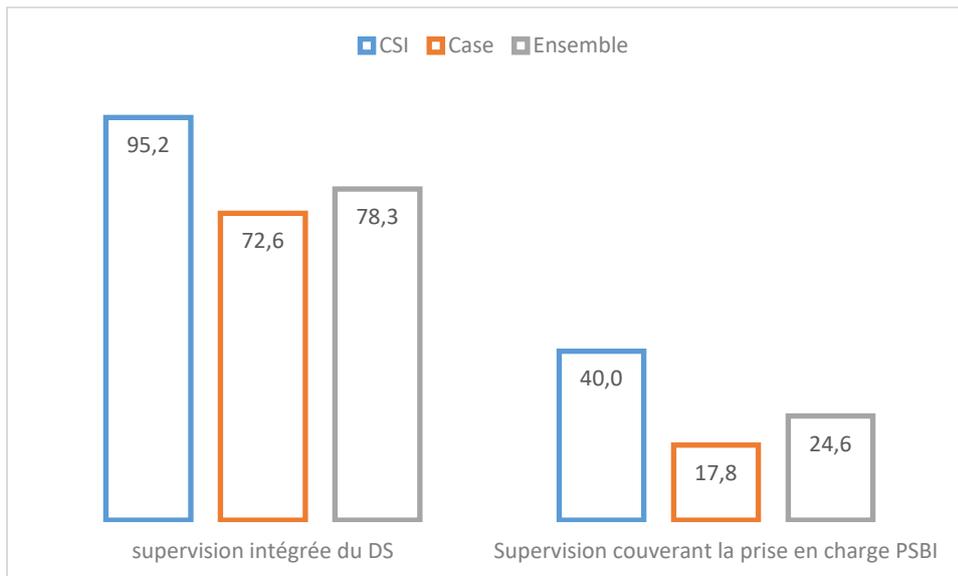


Figure 29: Supervision couvrant la prise en charge PSBI

### 3.2.14. Pourcentage des structures sanitaires disposant d'une équipe d'assurance qualité fonctionnelle

L'analyse des réponses exprimées par les personnes cibles de cette enquête montre que le centre hospitalier régional de Maradi et le centre de santé mère-enfant ont déclaré avoir une équipe d'assurance qualité (100%). Au niveau des CSI, seulement 19% possèdent cette équipe.

Par rapport à la périodicité de la réunion des membres de ces équipes, plus de six (6) structures sur dix (10) tiennent leurs réunions chaque trimestre.

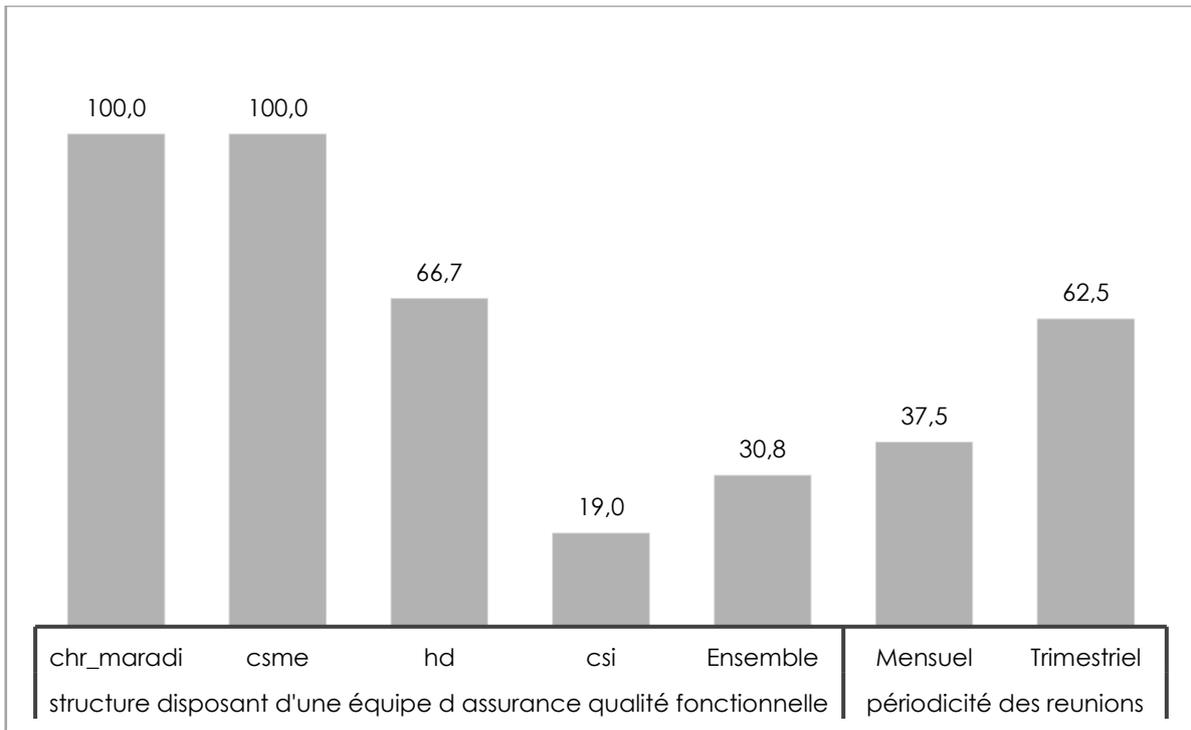


Figure 30: : Structures sanitaires disposant d'une équipe d'assurance qualité fonctionnelle

### 3.2.15. Possession de moyen de référence des cas

S'agissant des moyens de référence des cas graves par les structures sanitaires, seulement quatre (4) sur dix (10) CSI en disposent. Le centre de santé mère et enfant et tous les hôpitaux de district enquêtés possèdent les moyens nécessaires.

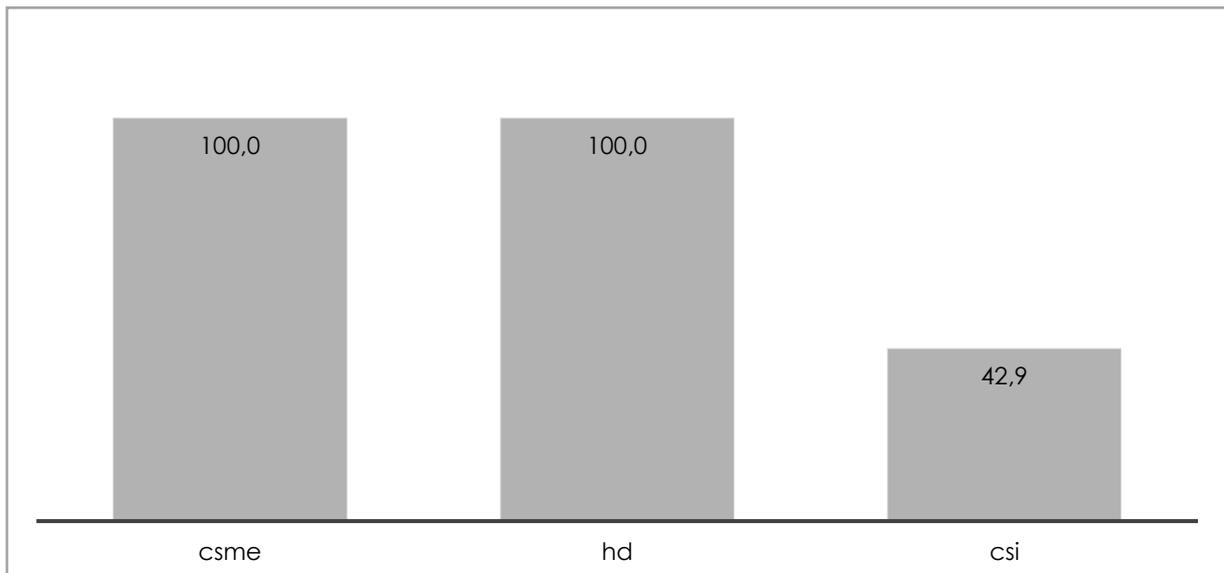


Figure 31: Possession de moyen de référence des cas

### 3.2.16. Type de moyen de transport pour la référence des cas

En ce qui concerne les moyens de transport utilisés pour la référence des cas, il ressort de l'analyse des données de l'enquête que jusqu'à 11% des CSI utilisent encore des charrettes.

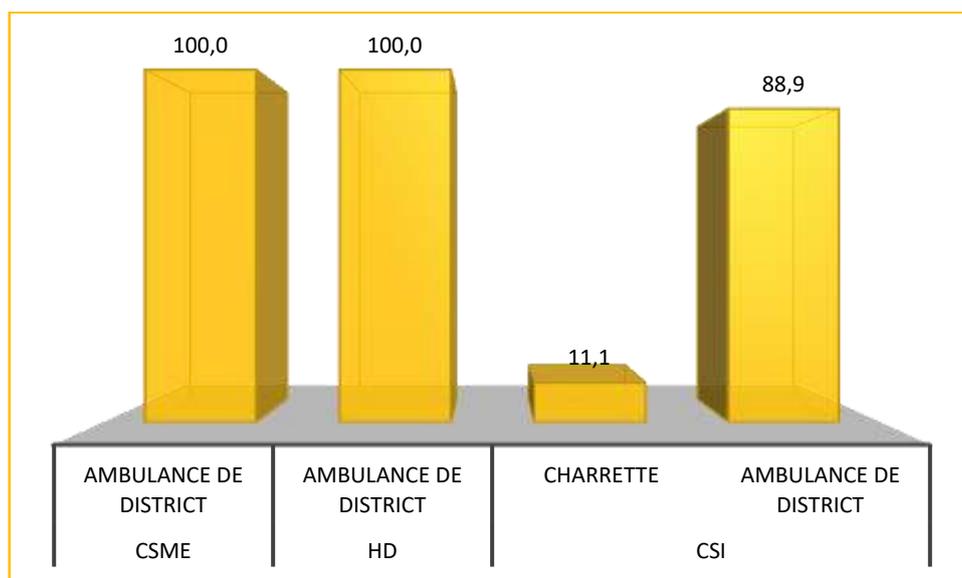


Figure 32: Type de moyen de transport pour la référence des cas

### 3.2.17. Nombre moyen de village que couvre le moyen de transport

Le nombre moyen de villages que couvrent les ambulances varie selon la structure sanitaire. Au niveau des CSI, une ambulance couvre en moyenne 34 villages. Ce nombre n'est que de 5 villages pour le cas du centre de santé mère et enfant.

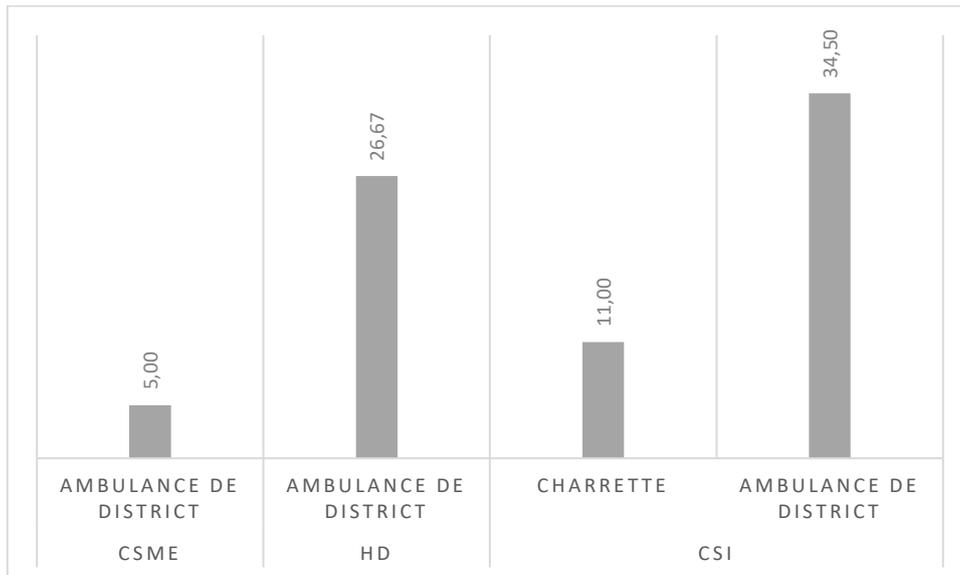


Figure 33: Nombre moyen de village que couvre le moyen de transport

### 3.2.18. Structure qui traite les enfants de moins de 5 ans utilisant l'approche PCIME

L'approche PCIME est utilisée dans la majorité des structures (jusqu'à 100% dans les hôpitaux de district). Cependant, on remarque que l'utilisation de cette approche est relativement moins élevée dans les CSI (près de 15% de CSI n'utilisent pas cette approche).

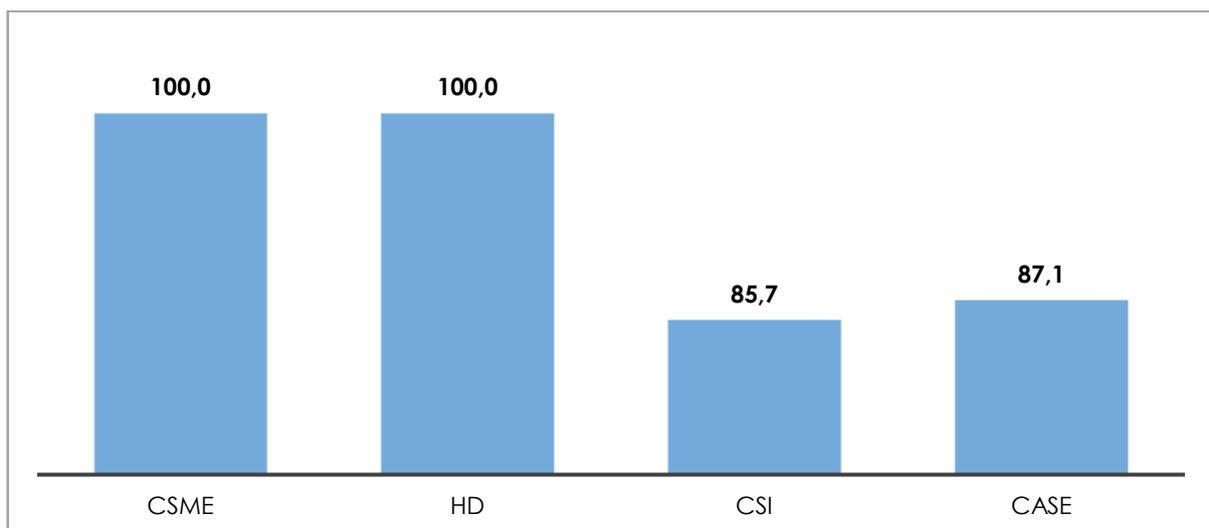


Figure 34: Structure qui traite les enfants de moins de 5 ans utilisant l'approche PCIME

### 3.2.19. Equipement et intrants

Concernant l'équipement et les intrants des structures sanitaires en matériel de travail, les CSI et les cases de santé sont les moins dotés. En effet, l'amoxicilline et la gentamicine sont les produits les plus disponibles en stock dans les cases de santé (61,3% et 40,3% de cases de santé enquêtées possèdent ces produits). Quant aux autres matériels, la majorité de ces cases de santé ne possède que le thermomètre et le chronomètre (100% et 45% respectivement). La même situation est observée pour le cas des CSI avec des proportions un peu plus élevées.

Tableau 12: Equipement et intrants des structures de santé

	CHR Maradi	CSME	HD	CSI	CASE
Existence de Gentamicine 10mg/ml/20mg/2ml	100	100	100	85,7	40,3
Existence d'Amoxicilline	100	100	100	81,0	61,3
Existence de Thermomètre	100	100	100	100	100,0
Existence de balance pèse bébé	100	100	100	100	33,9
Existence de chronomètre (compteur de fréquence respiratoire)	100	100	100	71,4	45,2
Existence de table de réanimation du nouveau-né	100	100	100	28,6	4,8
Existence d'un aspirateur de mucosité	100	100	100	33,3	6,5
Existence de masque N° 0 pour oxygène	100	100	100	33,3	3,2
Existence d'une horloge	100	0,0	33,3	14,3	1,6
Existence de sonde d'aspiration	100	100	100	38,1	3,2
Existence de poire d'aspiration	100	0,0	100	28,6	1,6
Existence de masque	100	100	66,7	28,6	3,2
Existence de ballon de ventilation	100	100	100	42,9	4,8
Existence de source d'oxygénation	100	100	100	0,0	1,6
Existence de lunette d'oxygénation	100	100	100	0,0	1,6

La figure ci-dessous nous montre que seulement 21,6% disposent du paquet complet des cinq (5) matériels et médicaments (gentamicine, amoxicilline, thermomètre, balance et minuterie).

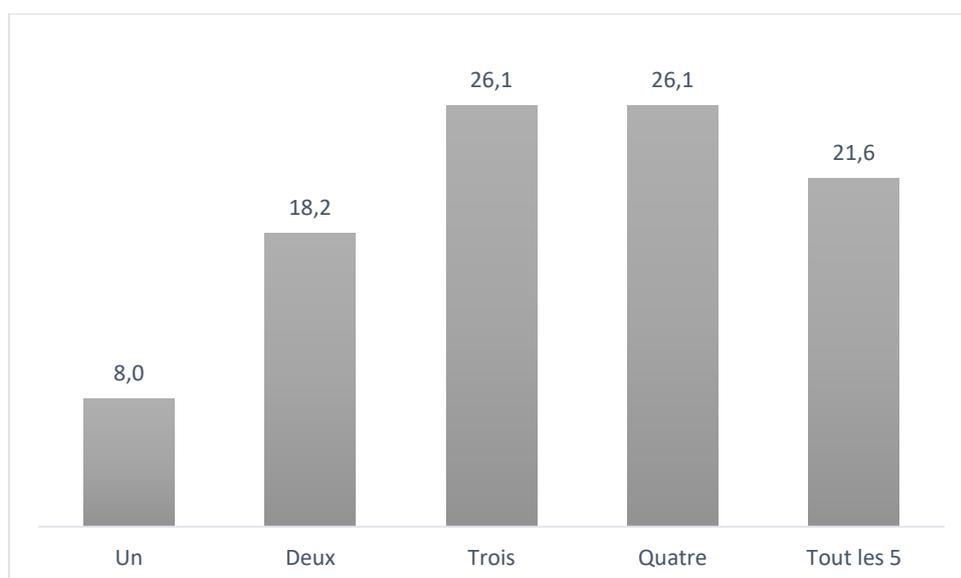


Figure 35: % ensemble d'établissement de santé cibles disposant de la gentamicine, amoxicilline, thermomètre, balance et minuterie trouvés pendant l'étude

### 3.2.20. Observation dans la fiche de stock et communication

Par rapport à la rupture des produits tels que la gentamicine et l'amoxicilline, seuls les CSI (plus de 30%) et les cases de santé (plus de 60%) en enregistrent dans la fiche de stock.

Tableau 13: Enregistrement des ruptures en produits dans la fiche de stock et communication

	Rupture en gentamicine	Rupture en amoxicilline
<b>CHR Maradi</b>	0,0	0,0
<b>CSME</b>	0,0	0,0
<b>HD</b>	0,0	0,0
<b>CSI</b>	33,3	38,1
<b>Case</b>	62,9	61,3

### 3.2.21. Nombre moyen de jours de rupture de gentamicine 10mg/ml/20mg/2ml et d'amoxicilline

La durée moyenne de rupture de la gentamicine est plus longue dans les cases de santé (28 jours environ). Au contraire, pour le cas de la rupture de l'amoxicilline, la durée est plus longue dans les CSI (47 jours à peu près).

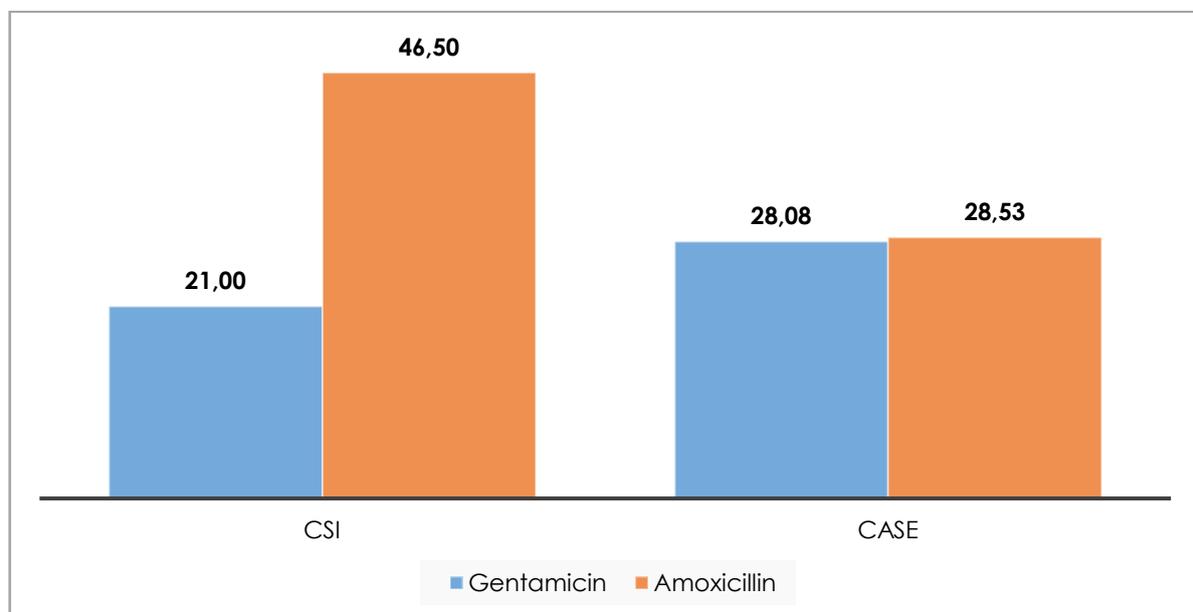


Figure 36: Nombre moyen de jours de rupture de gentamicine et d'amoxicilline

L'analyse des données de l'enquête montre que 12,8% des établissements de santé étaient sans stock d'amoxicilline ou de gentamicine avec trois mois de traitement

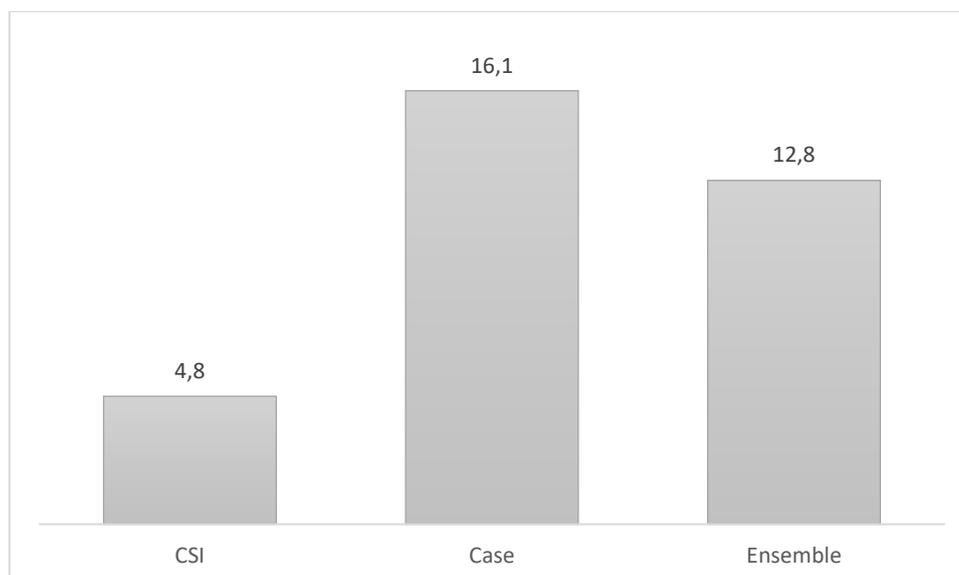


Figure 37: % d'établissements de santé sans stock d'amoxicilline ou de gentamicine avec trois mois de traitement

### 3.2.22. Organisation de travail

L'organisation de travail varie selon la structure. En ce qui concerne le planning de garde, ce dernier n'existe que dans 17,7% des cases de santé et 47,6% des CSI. Le protocole de traitement PSBI est quasiment inexistant dans le Centre de Santé Mère-enfant, de même que dans les cases de santé (0%). Quant à la description des tâches c'est au niveau du centre hospitalier régional qu'elle n'existe pas (0%).

Tableau 14: Organisation de travail

	<b>Existence d'un Planning de garde</b>	<b>Existence d'un Protocole de traitement PSBI</b>	<b>Existence d'une Description de tâches</b>
<i>CHR</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>0,0</i>
<i>CSME</i>	<i>100</i>	<i>0,0</i>	<i>100</i>
<i>HD</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>
<i>CSI</i>	<i>47,6</i>	<i>24</i>	<i>85,7</i>
<i>Case</i>	<i>17,7</i>	<i>0,0</i>	<i>62,9</i>

### 3.3. Résultats Relais Communautaires

#### 3.3.1. Pourcentage de relais communautaires formé sur la PCIME-Communautaire

Les relais communautaires viennent en appui aux structures sanitaires. Les capacités et potentiels dont disposent ces relais font donc partie du dispositif d'offre de soins.

Il ressort de l'analyse des données de la figure N°35 ci-dessous que plus de huit (8) relais communautaires sur dix (10) ont été formés sur la PCIME-Communautaire. C'est le paquet préventif et promotionnel qui a été déclaré moins reçu par les relais communautaires (33%).

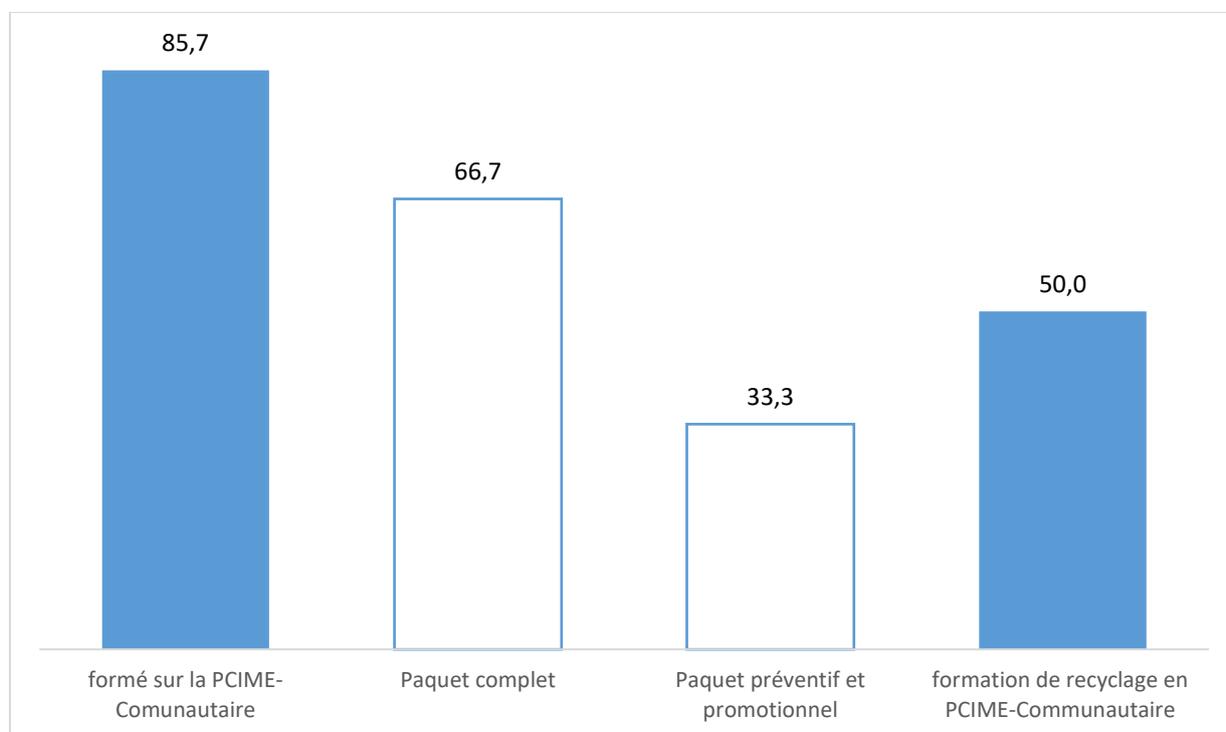


Figure 38: Paquet de formation de la PCIME-Communautaire

### 3.3.2. Pourcentage de Relais communautaires ayant reçu un recyclage

Selon les résultats de l'enquête, un sur deux (1/2) relais a reçu un recyclage.

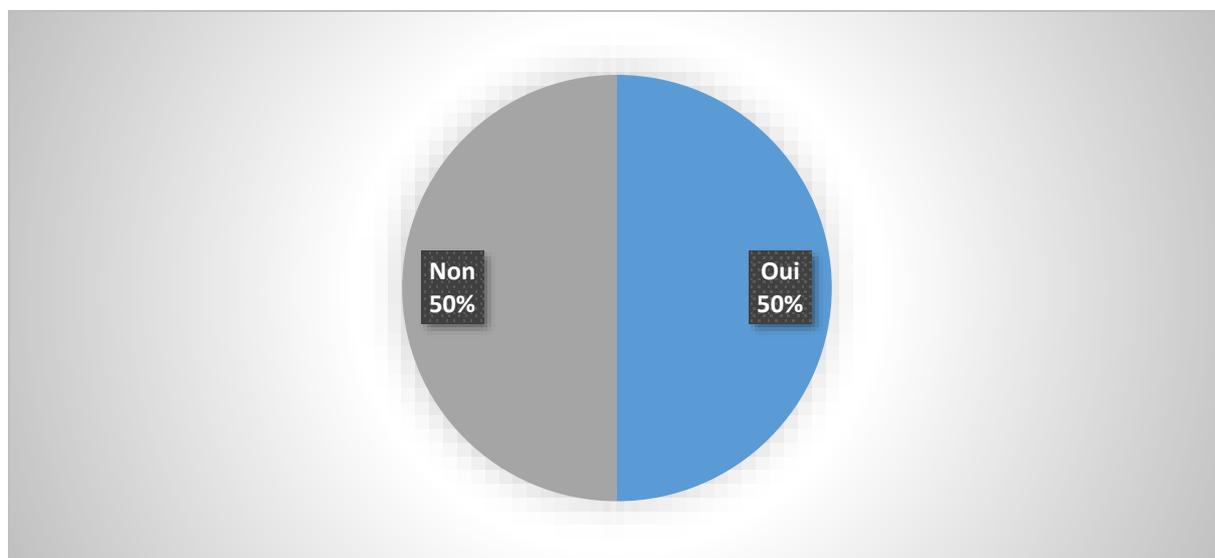


Figure 39: Pourcentage de Relais communautaire ayant reçu un recyclage

### 3.3.3. Connaissance des principaux signes de danger chez le nouveau-né selon les relais communautaires

Selon les relais communautaires, les principaux signes de danger chez le nouveau-né sont pour la plupart : l'enfant ne peut pas téter (92,9%), l'enfant a froid, est fiévreux (85,7%) et ne crie pas à la naissance (pour la moitié des relais communautaires). Cependant moins de la moitié ne connaît pas des signes comme des boutons sur le corps, la jaunisse, la convulsion et autres.

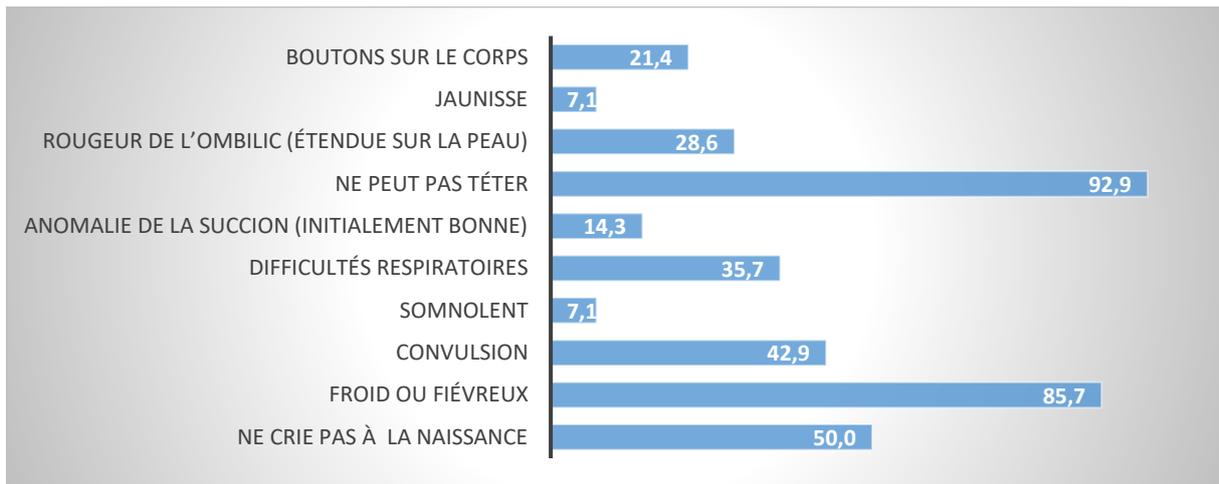


Figure 40: Principaux signes de danger chez le nouveau-né selon les relais communautaires

### 3.3.4. Couverture de la prestation des relais communautaires

S'agissant de la couverture des prestations des relais communautaires, environ 135 ménages sont couverts par chaque relais pour une population globale de 368 enfants de moins de 5 ans.

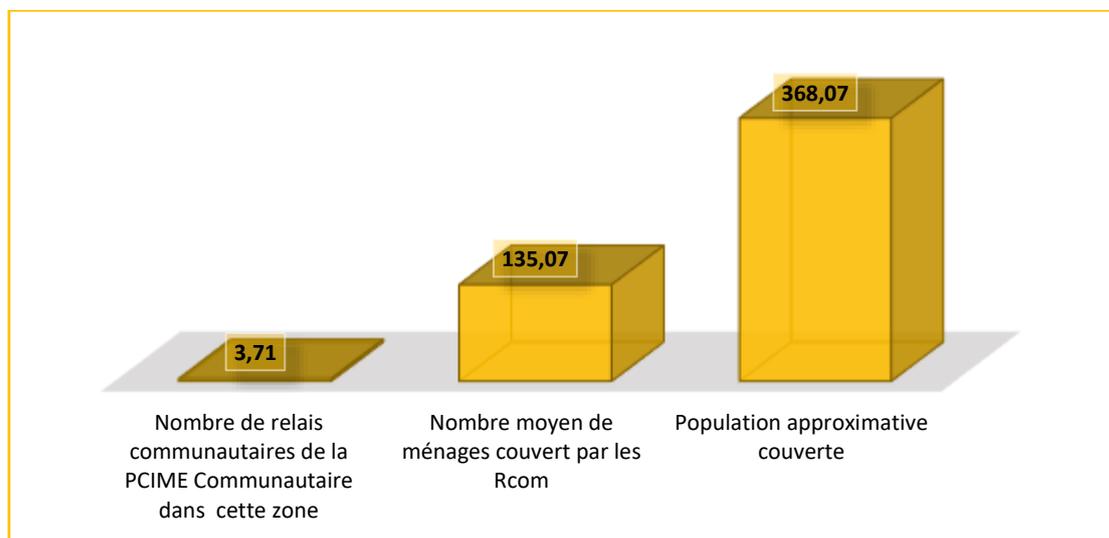


Figure 41: Couverture de la prestation des relais communautaires

### 3.3.5. Activités menées par les relais communautaires au cours du dernier mois

Au cours du dernier mois précédant l'enquête, plusieurs activités ont été menées par ces relais. Les plus citées parmi ces activités sont la promotion des pratiques familiales essentielles (PFE) et la visite aux nourrissons malades. Elles ont été citées par plus 63% des relais communautaires.

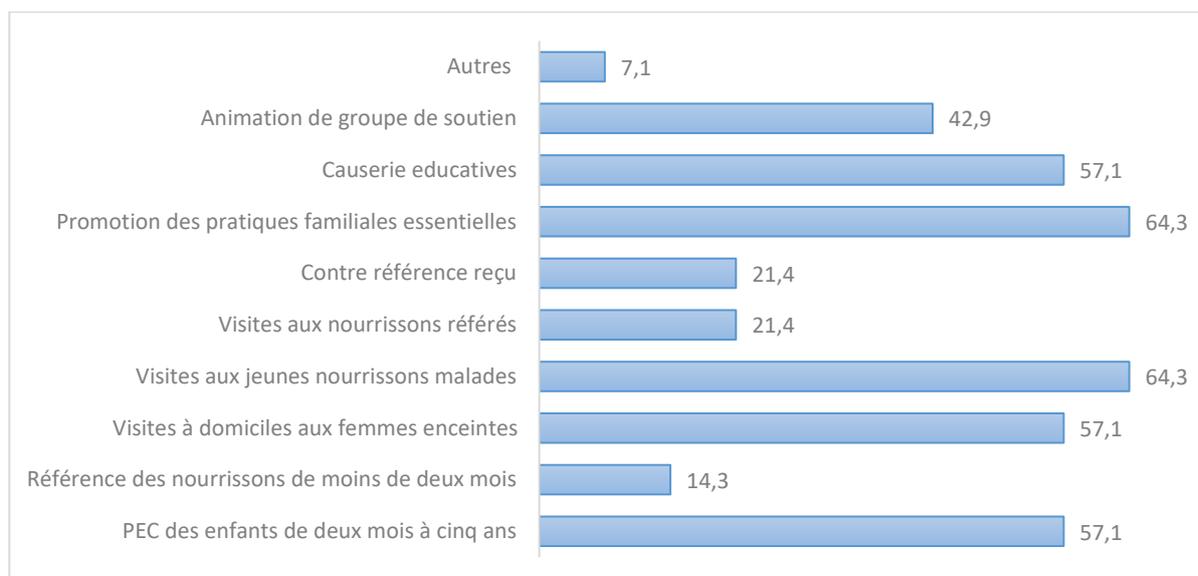


Figure 42: Activités menées par les relais communautaires au cours du dernier mois

### 3.3.6. Matériels et équipements des relais communautaires

Parmi les matériels et équipements considérés, seuls le registre de recensement et de suivi des ménages et le manuel sur les activités curatives (ou préventives et promotionnelles) sont disponibles chez les relais communautaires (dans 85% de relais).

Tableau 15: Matériels et équipements des relais communautaires

	Disponible	Non disponible
Médicaments Amoxicilline dispersible	0,0	100
Chronomètre ou Timer	0,0	100
Thermomètre	0,0	100
Savon	7,1	92,9
Boîte de sécurité	0,0	100,0
Registre de recensement et de suivi des ménages	85,7	14,3
Registre de consultation	0,0	100
Manuel Relais Activités Curatives/ou Activités préventives et promotionnelles	85,7	14,3
Livret des tableaux Relais/ Relais paquet complet	0,0	100
Fiche de référence et contre référence	0,0	100

### 3.3.7. Principale moyen de transport pour la référence des cas selon les relais communautaires

Plus de six (6) relais communautaires sur dix (10) disposent de moyens pour la référence des cas dans leurs localités et parmi ces moyens, les motos sont les plus utilisées (55,6%).

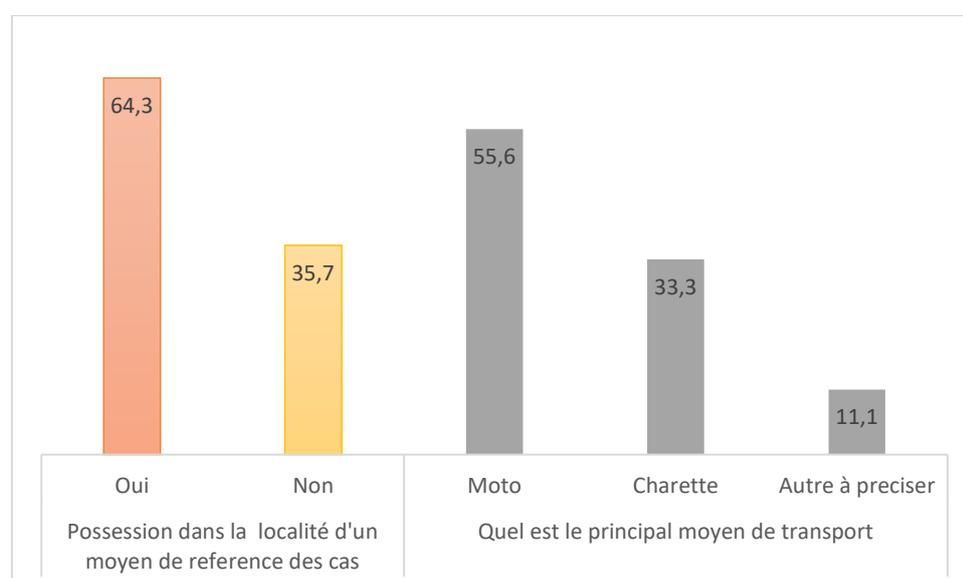


Figure 43: Existence de moyen pour la référence des cas dans les localités selon les relais

### 3.3.8. Décision pour le choix du premier recours dans les ménages selon les relais communautaires

Selon les relais communautaires, le choix du premier recours dans les ménages revient au père dans 86% des cas. Dans certains cas, la mère décide pour ce choix (7%).

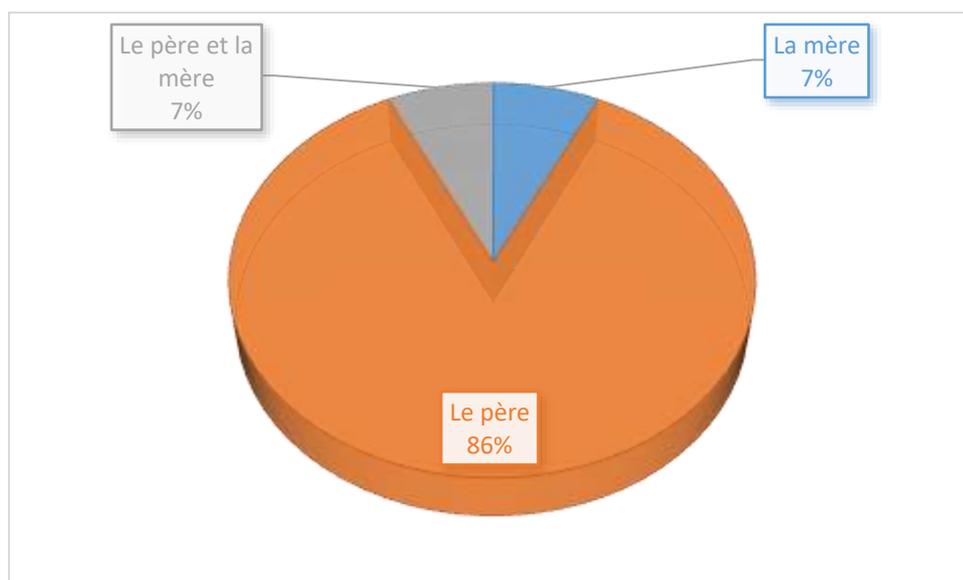


Figure 44: Décision pour le choix du premier recours dans les ménages selon les relais communautaires

### 3.4. Résultats mères ou gardiennes ayant visité un centre de santé

#### 3.4.1. Perception de l'accueil selon les mères au centre de santé ou à la maternité

Le graphique N°42 ci-dessous montre que la quasi-totalité (97%) des mères en visite pour le soin de leurs enfants est satisfaite de l'accueil au centre de santé.

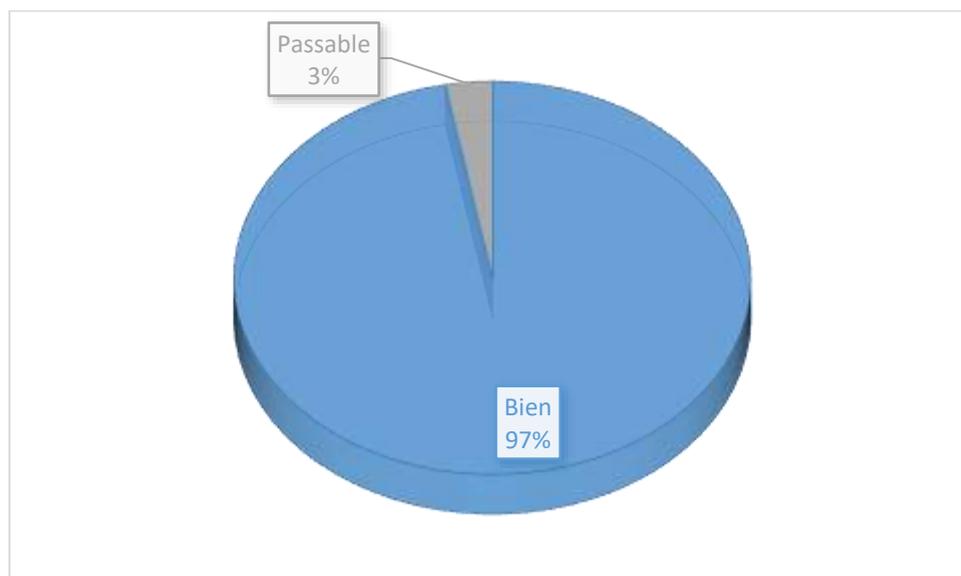


Figure 45: Perception de l'accueil selon les mères au centre de santé ou à la maternité

#### 3.4.2. Raisons de la visite au centre de santé ou à la maternité

Plus de la moitié des mères trouvées dans les centres de santé ou à la maternité lors du passage des enquêteurs est présente pour leurs nouveaux nés qui sont malades. Par ailleurs, un peu plus du quart (1/4) est arrivé pour un accouchement à la maternité et moins de 10% pour vacciner leurs enfants.

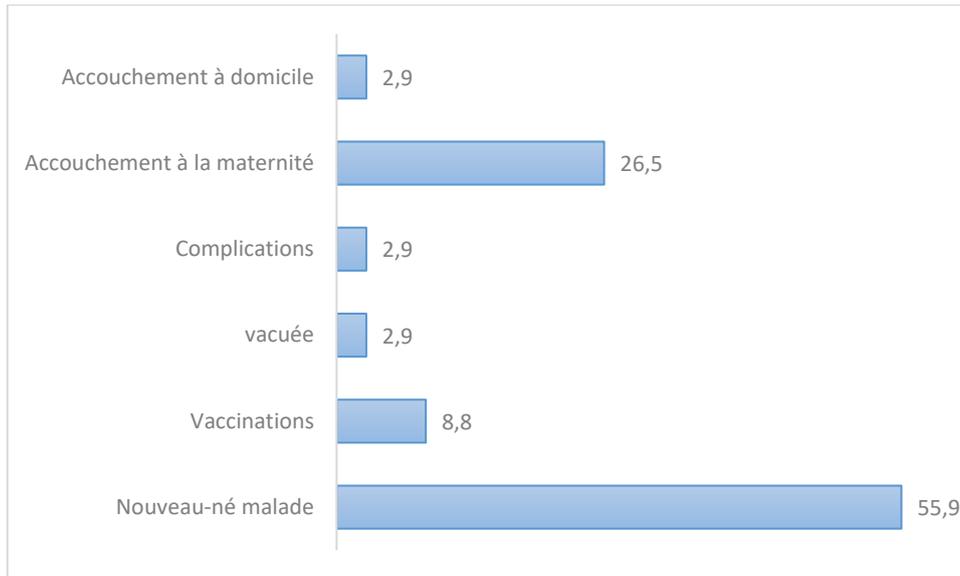


Figure 46: Raisons de la visite dans le centre de santé ou à la maternité

### 3.4.3. Premiers recours pour les soins des nouveau-nés malades

Selon ces mères trouvées dans les formations sanitaires, pour la plupart le premier recours pour le soin du nouveau-né malade est la formation sanitaire.

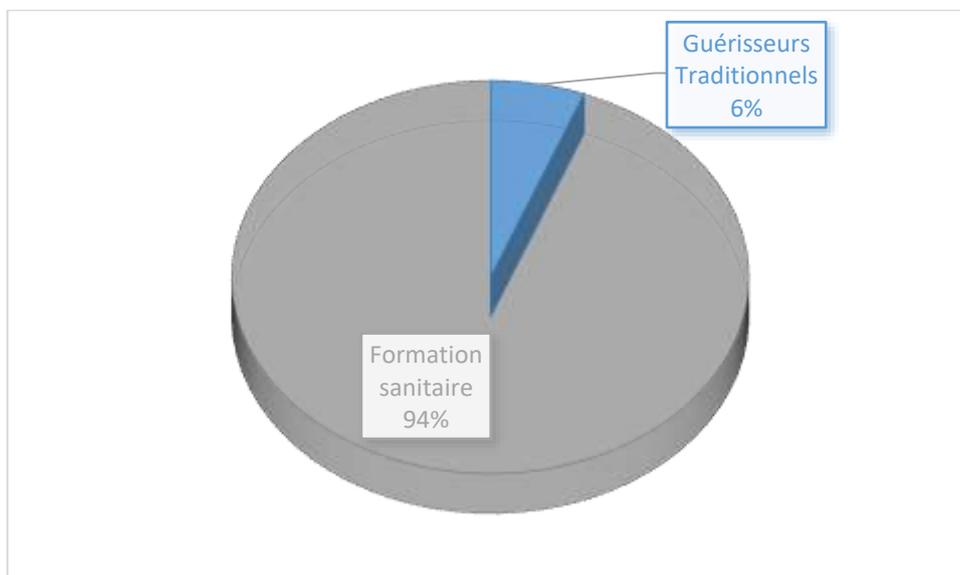


Figure 47: Premiers recours pour les soins des nouveaux nés malades

### 3.4.4. Pourcentage des nouveau-nés ayant bénéficié de soins essentiels à la naissance

L'enquête auprès des femmes trouvées dans les formations sanitaires montre que 90% des enfants amenés ont bénéficié de soins essentiels à la naissance.

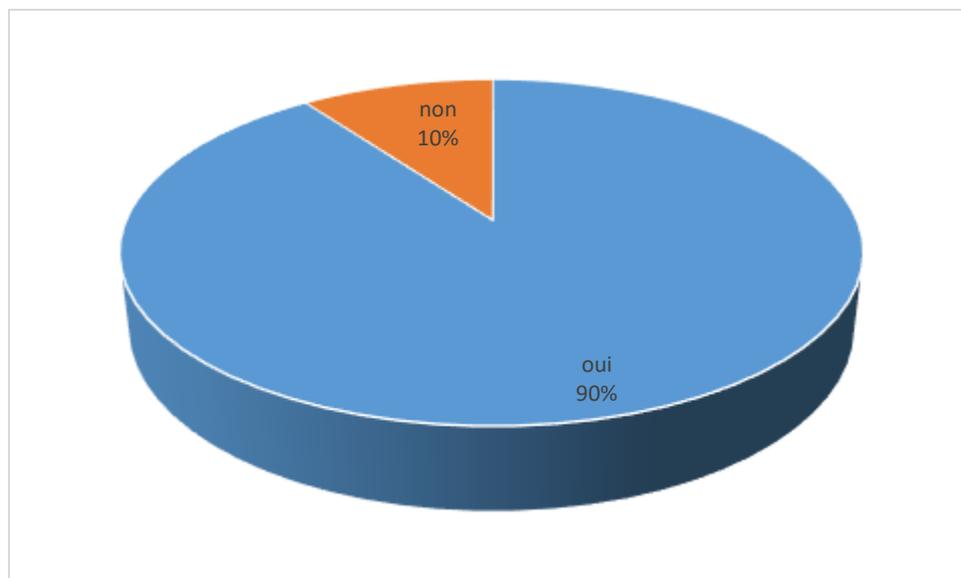


Figure 48: Pourcentage des nouveau-nés ayant bénéficié de soins essentiels à la naissance

### 3.4.5. Les soins essentiels bénéficiés par les nouveau-nés à la naissance

Près de quatre (4) sur cinq (5) bébé ont bénéficié des soins essentiels à la naissance. Le graphique ci-dessus montre qu'il y a eu moins de cas de réanimation lors des naissances (7,4%). Environ 85% des bébés ont reçu des doses de vaccin polio 0, BCG et hépatite.

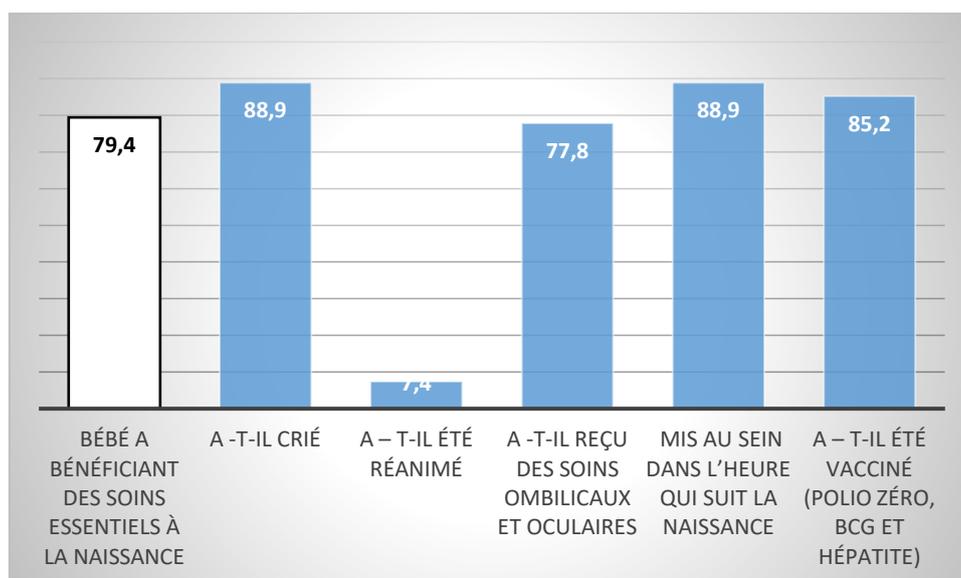


Figure 49: Soins essentiels bénéficiés par les nouveau-nés à la naissance

### 3.4.6. Connaissances chez les relais communautaires

#### 3.4.6.1. Connaissance des principaux signes de danger chez le nouveau-né selon les mères

Plus de la moitié des mères trouvées dans les formations sanitaires déclarent que les difficultés respiratoires, le froid ou la fièvre sont les principaux signes de danger chez le nouveau-né de 0 à 59 mois.

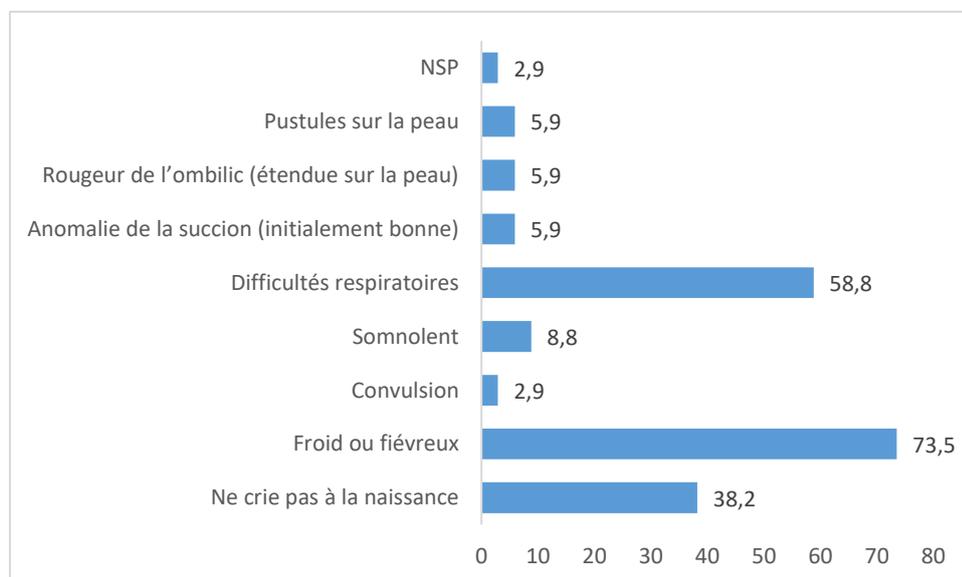


Figure 50: Connaissances des principaux signes de danger chez le nouveau-né selon les mères

### 3.4.6.2. Connaissance des principaux signes de danger chez la femme qui a accouché selon les mères

Les signes de danger chez la femme qui a accouché sont (selon les mères) les œdèmes des mains et du visage (88,2%), la rétention placentaire (85,3%), les convulsions (82,4%), les maux de tête (64,7%) pour la plupart.

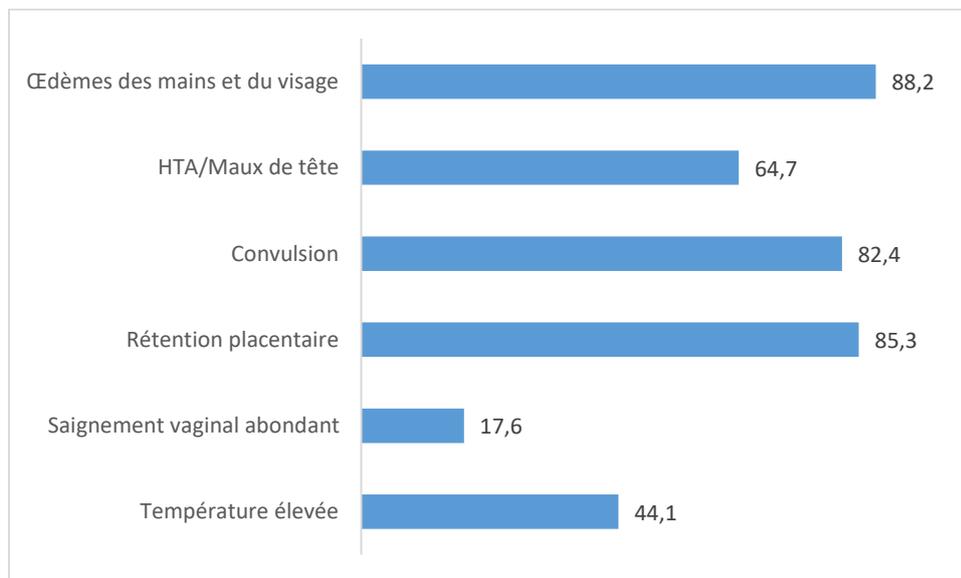


Figure 51: Connaissance des principaux signes de danger chez la femme qui a accouché selon les mères

### 3.4.6.3. Connaissance des principaux signes de danger chez la femme enceinte selon les mères

La température élevée (32,4%), les maux de tête (44,1%) et le saignement vaginal abondant sont les trois signes de danger chez la femme enceinte les moins cités par les mères.

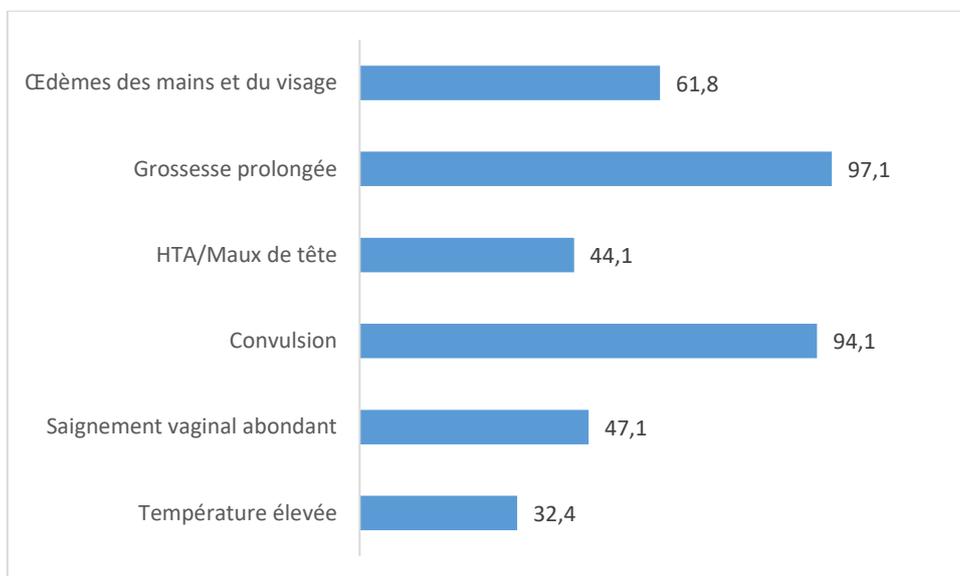


Figure 52: Connaissance des principaux signes de danger chez la femme enceinte selon les mères

### 3.5. Résultats des Focus groups

#### 3.5.1. Maladie dont souffrent les bébés de moins de 2 mois

L'entretien avec les leaders communautaires, les relais communautaires, les media, les mères d'enfants d'un an a permis de relever les différentes maladies dont souffrent les enfants de moins de deux (2) mois. Il s'agit du rhume, de la diarrhée, de la fièvre et du paludisme.

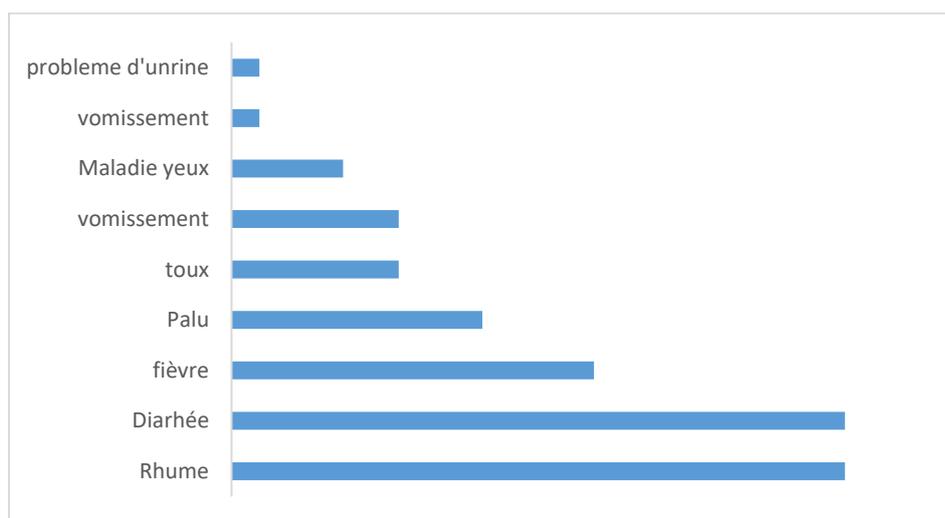


Figure 53: Maladies dont souffrent les bébés de moins de 2 mois

#### 3.5.2. Recherche de premier recours

Le premier recours quand les enfants dans les communautés sont malades, est pour la majorité des villages le centre de santé. Cependant, un nombre non moins important des parents font recours en premier lieu à des méthodes traditionnelles comme dit un intervenant : « *Nous essayons d'abord avec nos décoctions, si ça ne marche pas on cherche un centre de santé* ».

Quelques-uns font recours aux relais ou aux pharmacies pour la plupart aux médicaments de la rue.

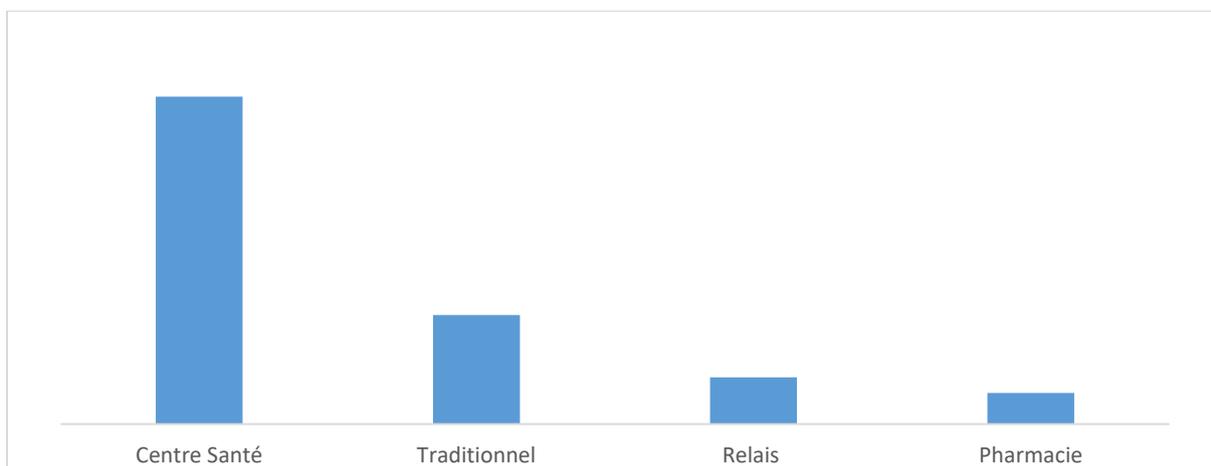


Figure 54: Premier recours

### 3.5.3. Moyen de transport pour aller au lieu du premier recours

Pour aller au lieu du premier recours, beaucoup de mères empruntent la route à pied ou à moto. Pour d'autres femmes, c'est la charrette qui est utilisée. « Beaucoup de ces femmes n'ont pas les moyens pour prendre le taxi-moto, même si c'est le moyen le plus rapide ».

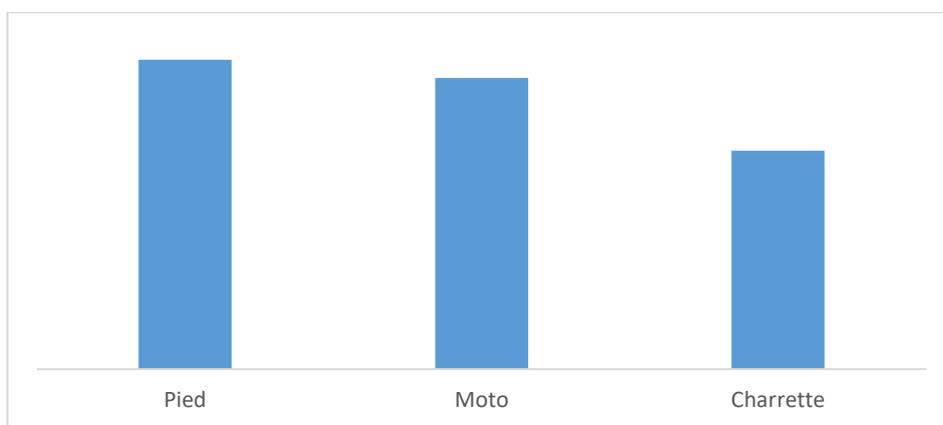


Figure 55: Moyen de transport pour aller au lieu du premier recours

Cependant, aucun village dans les aires de santé ciblées ne dispose d'un mécanisme de référence fonctionnel.

### 3.5.4. Collaboration avec les agents de santé

Pour l'essentiel des villages, il existe une bonne collaboration entre la communauté et les agents de santé.

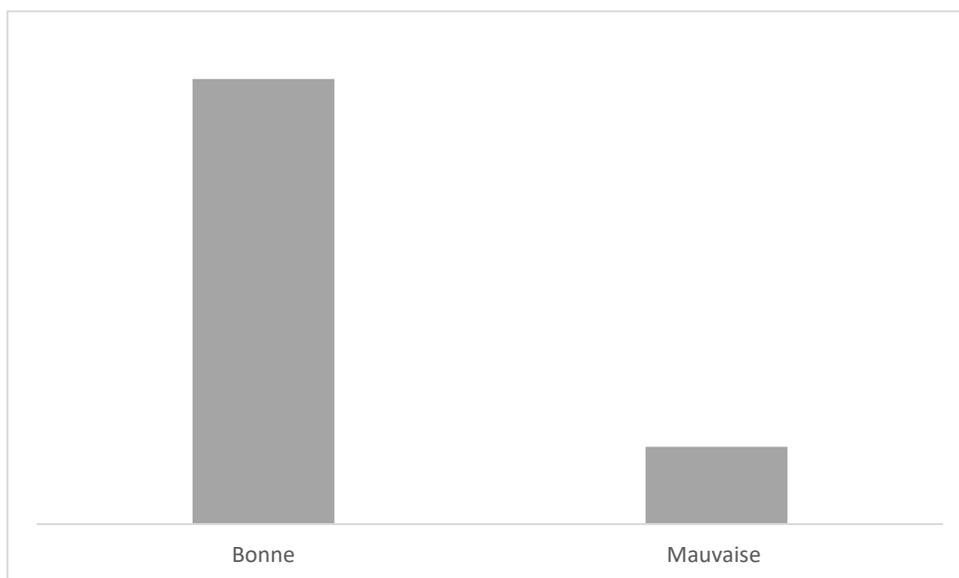


Figure 56: Collaboration avec les agents de santé

### 3.5.5. Barrière à l'accès aux soins de santé

Les difficultés énumérées lors des différents focus groups sont : le manque de centre de santé dans les villages, le manque de médicaments dans les centres de santé, l'absentéisme des agents de santé, le manque de moyen de transport pour la référence des cas, le mauvais accueil des malades par le personnel de santé, l'insuffisance de la formation/recyclage des relais communautaires, le fait que l'agent est un homme, les grèves.

*« J'ai une fois accompagné ma femme au centre de santé. Au retour à la maison, celle-ci me dit qu'elle ne retournera plus, sans me dire pourquoi. L'agent était un homme et j'ai compris qu'elle n'avait pas apprécié cela... »*

### 3.5.6. Suggestions pour améliorer l'accès aux soins de santé

Les suggestions suivantes sont faites par les communautés pour améliorer les conditions d'accès aux soins de santé : Rendre disponibles les médicaments dans les centres de santé, construire des centres de santé dans les villages, la gratuité des soins, le personnel médical en quantité et surtout des femmes, mettre fin aux grèves, le bon accueil.

### 3.5.7. Raisons pour lesquels certaines femmes enceintes ne font pas toutes leurs CPN

Les raisons évoquées pour lesquelles certaines femmes ne font pas toutes leurs CPN sont principalement l'ignorance, le manque d'agents femmes, la distance et le manque d'argent.

« Pour moi c'est parce que c'est un homme qui consulte. Ce n'est pas normal qu'un homme consulte une femme ».

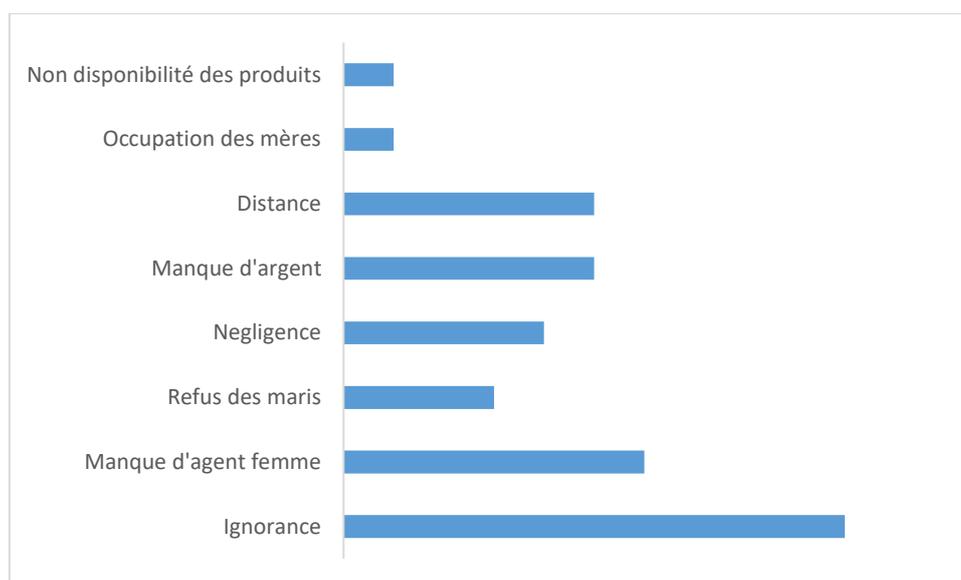


Figure 57: Raisons pour lesquels certaines femmes enceintes ne font pas toutes leurs CPN

### 3.5.8. Connaissance des communautés

#### 3.5.8.1. Connaissance qu'une femme enceinte doit faire une consultation prénatale tous les 2 mois

Dans leur grande majorité, les communautés savent bien que la femme enceinte doit faire une consultation prénatale tous les deux (2) mois comme l'affirme cette intervenante en ces termes : « Bien sûr que nous savons cela. Il y a d'ailleurs certaines femmes de ce village qui le font chaque mois »

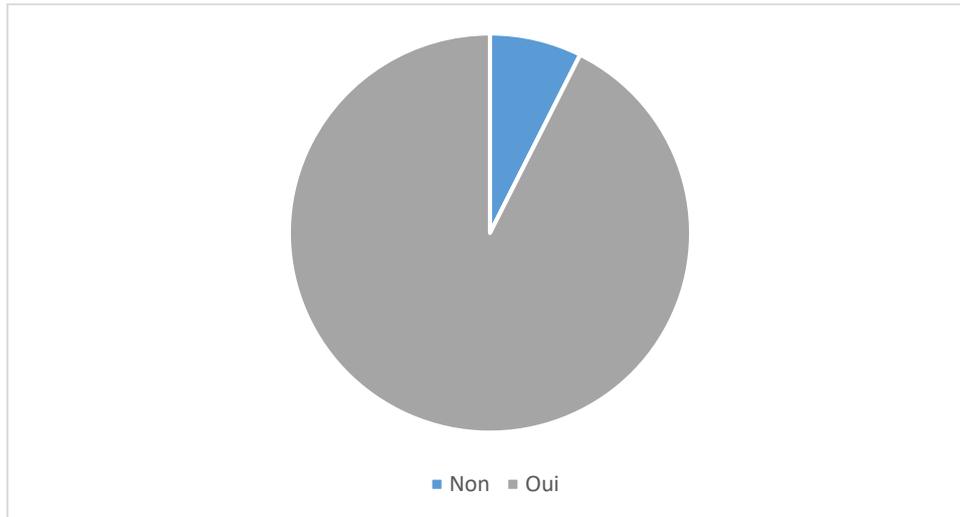


Figure 58 Connaissance qu'une femme enceinte doit faire une consultation prénatale tous les 2 mois

### 3.5.8.2. Connaissance des 4CPN

Les échanges avec les membres de la communauté montrent que la majorité des femmes dans les villages font les quatre (4) consultations prénatales pour les raisons suivantes : la santé des mères et des enfants, pour prévenir les éventuels problèmes et parce qu'elles ont été sensibilisées sur l'importance de faire les 4 CPN.

*« Avant on ne respectait pas les rendez-vous pour les CPN. Depuis qu'on est sensibilisé sur son importance, toutes les femmes de ce village respectent les rendez-vous donnez par les agents de santé ».*

Pour les femmes qui ne font pas les 4 CPN, les arguments suivants ont été donnés : La distance, ne veut pas être consultée pas un homme, la négligence, le manque de moyens, l'ignorance, les grèves des agents de santé ou souvent l'occupation des femmes.

### 3.5.9. Prise de décisions majeures relatives à la santé de la communauté

Dans leur majorité, les populations des villages se rassemblent le plus souvent à la devanture du domicile du chef de village pour prendre les décisions majeures relatives à la santé de la communauté. Pour certains villages, les populations s'occupent de l'hygiène du village et de la population, pour d'autres, c'est en rang dispersé au centre de santé.

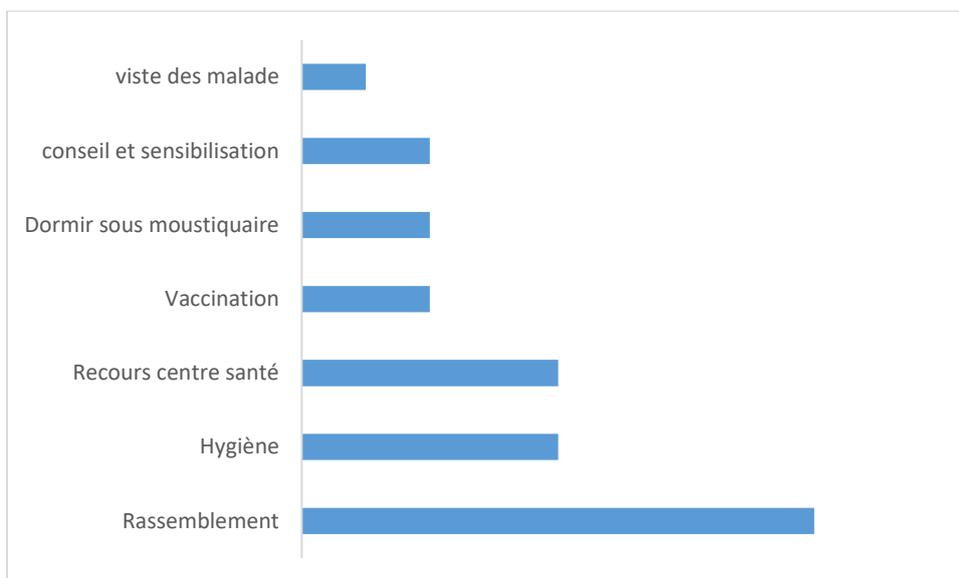


Figure 59: Prise de décisions majeures relatives à la santé de la communauté

### 3.5.10. Existence de cadre de concertation pour décider des questions de santé dans la communauté

Très peu de villages possèdent de cadre de concertation pour décider des questions de santé dans la communauté. Pour les villages où ce cadre existe on trouve comme membres le groupe des mères, les leaders communautaires, les relais communautaires, les matrones.

### 3.5.11. Les moyens de communication dans les villages

Les moyens de communication les plus utilisés dans les villages sont le rassemblement et le crieur public. En outre, on trouve d'autres moyens tels que : les cérémonies, la mosquée, la radio, le téléphone ou le relais communautaire.

« Quand nous voulons diffuser une information, on charge l'Imam de la mosquée à informer les gens qui à leur tour le diffuseront dans les ménages »

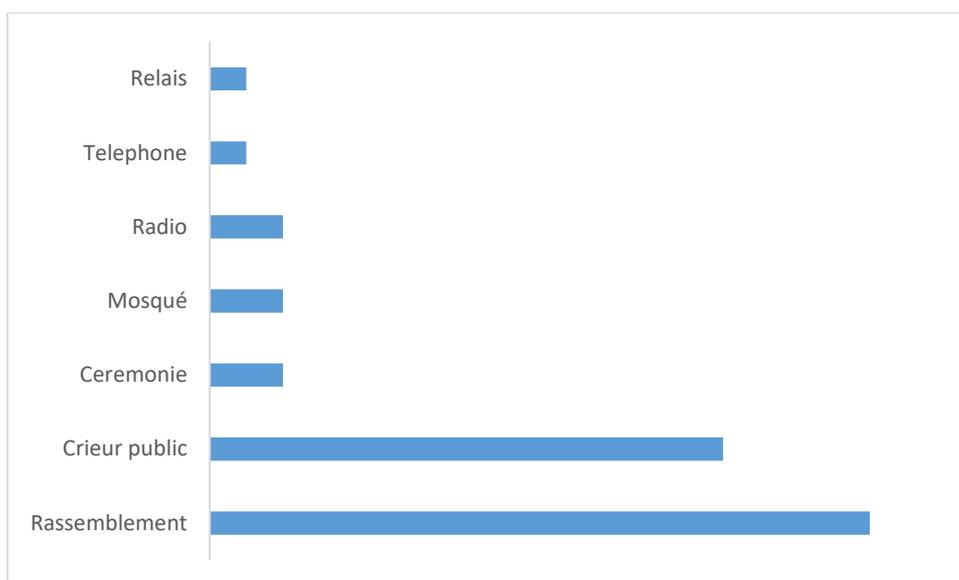


Figure 60: Existence de cadre de concertation pour décider des questions de santé dans la communauté

### 3.5.12. Acteurs intervenant dans la sensibilisation des communautés dans les villages

Les ONGs sont les principaux intervenants pour la sensibilisation des communautés dans la zone d'enquête. Par ailleurs, on retrouve les relais communautaires, les personnes ayant reçu une formation, les dirigeants locaux comme acteurs pour la sensibilisation dans les villages.

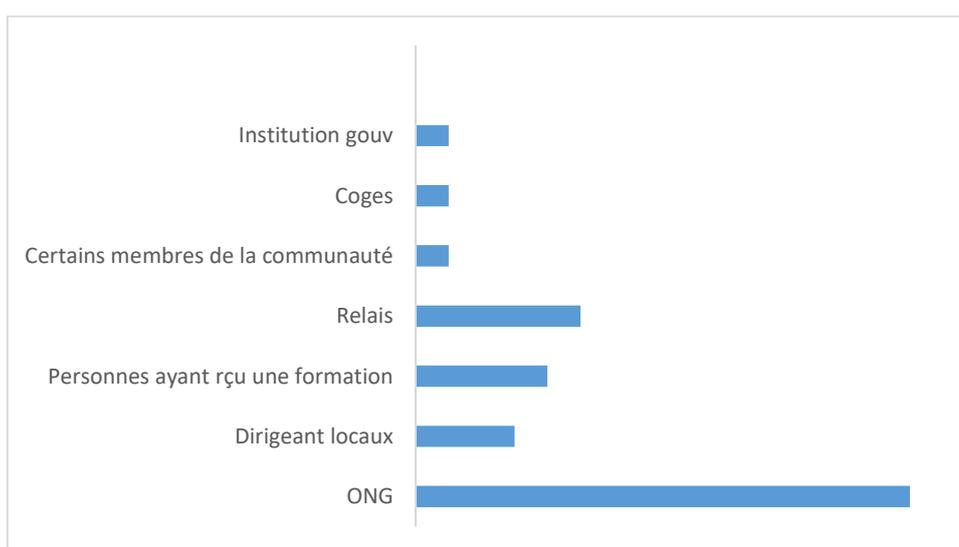


Figure 61: Acteurs intervenant dans la sensibilisation des communautés dans les villages

Très peu de villages sont couverts à la fois par des activités de mobilisation sociale et de communication (3.3%).

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

Les résultats de l'étude montrent que près de neuf (9 mères d'enfants de moins de 2 mois sur dix (10 n'ont aucun niveau d'instruction et près de 70% des pères vivent de l'agriculture et de l'élevage dans la zone d'enquête. Un peu plus de la moitié des ménages visités possèdent une radio et/ ou un poste téléviseur

L'enquête montre également que la majorité des mères ne connaissent ni tous les signes de danger chez le nouveau-né de 0 à 59 jours ni toutes les causes liées à ces maladies.

Le plus souvent c'est le père qui décide par rapport au recours de soins (64%). Très malheureusement, un (1) enfant sur deux (2) est soumis à l'automédication, aux guérisseurs traditionnels et aux médicaments de la maison.

Pour aller au lieu des soins, les mères des enfants concernés vont le plus souvent à pied (65%), ce qui ne les encourage pas à fréquenter ces centres.

Les résultats de l'étude font ressortir que plus de la moitié des femmes ne font pas les 4 CPN recommandées. Ces résultats sont confirmés par les entretiens en focus groups. Les principales raisons avancées sont : la distance, le sexe de l'agent de santé, l'ignorance des mères... Cependant, la majorité de celles qui partent aux CPN ont bien apprécié la qualité des soins reçus même si par ailleurs, celles-ci, en grande partie, ont accouché à la maison (66,7%).

Selon les responsables des structures de santé, les principales barrières liées à la prise en charge de l'infection bactérienne chez le jeune nourrisson de 0 à 59 jours sont surtout le manque de formation des agents de santé, le manque de matériel et de médicament.

L'étude montre aussi que moins d'une (1) structure de santé sur cinq (5) fournit des services de prise en charge des infections bactériennes potentiellement sévères chez le nourrisson.

En moyenne, 47 cas de sepsis chez les jeunes nourrissons de 0 à 59 jours sont traités avec des antibiotiques en 2017.

Pour les districts sanitaires possédant de supervision intégrée, on note qu'environ un (1) sur cinq (5) couvre la prise en charge du PSBI.

On a constaté à travers cette enquête qu'il y a des CSI qui utilisent des charrettes pour la référence des cas (11,1%) ;

seulement 21,6% disposent du paquet complet des cinq (5) matériels et médicaments (gentamicine, amoxicilline, thermomètre, balance et minuterie). On voit aussi que les relais communautaires sont mal équipés pour pouvoir jouer pleinement leur rôle.

Au vue de ses résultats, les recommandations suivantes sont formulées :

- Assurer, appuyer et renforcer la formation des agents de santé y compris ceux des cases de santé ;
- mettre à la disposition des formations sanitaires du matériel et d'intrants en quantité et en qualité ;
- Mettre à la disposition des communautés des moyens de références des cas rapides.
- Equiper, former et recycler les relais communautaires ;

- Mettre en place un système efficace et efficient de mobilisation communautaire mettant à contribution tous les acteurs concernés (Agents de santé, leaders communautaires, relais communautaire, médias, et autres personnes ressources)
- Mettre en place un comité de suivi des recommandations citées ci-haut.

## Annexes (tableaux/graphiques)

Tableau 15 :

	<b>CHR</b>	<b>CSME</b>	<b>HD</b>	<b>CSI</b>	<b>Case</b>
Nombre de femmes enceintes attendus dans votre structure pour 2018	16402,0	16402,0	12997,7	1296,1	156,0
Nombre de femmes enceintes reçu en consultation prénatale 1 (CPN1) de janvier à mars 2018	0,0	0,0	0,0	185,4	32,6
Nombre de femmes enceintes reçu en consultation prénatale 4 (CPN4) de janvier à mars 2018	0,0	0,0	0,0	87,5	16,2
Nombre d'enfants de 0-59 MOIS rattaché au structure en 2018	71880,0	71880,0	90856,3	5523,2	824,1
Nombre d'enfants souffrant de pneumonie pris en charge de janvier à mars 2018	1,0	219,0	184,3	238,9	45,4
Nombre d'enfants de 0-59 MOIS souffrant de pneumonie pris en charge de janvier à mars 2017	0,0	131,0	268,0	245,6	69,0
Nombre d'enfants souffrant de paludisme pris en charge de janvier à mars 2018	0,0	452,0	95,0	184,5	43,7
Nombre d'enfants de 0-59 MOIS souffrant de paludisme pris en charge de janvier à mars 2017	0,0	256,0	182,0	278,1	54,8
Nombre d'enfants souffrant de diarrhée pris en charge de janvier à mars 2018	0,0	154,0	122,3	222,0	45,9
Nombre d'enfants de 0-59 MOIS souffrant de diarrhée pris en charge de janvier à mars 2017	0,0	251,0	122,3	239,2	56,7
nombre d'accouchements assistés, réalisés de janvier à mars 2018	678,0	0,0	201,0	67,3	13,4
Nombre de femmes enceintes venue en CPN de janvier à mars 2018 ont bénéficié de TPI 2	0,0	0,0	0,0	129,2	21,5
Nombre de femmes enceintes âgées de 15 à 19 ans venues en CPN de janvier à mars 2018 ont bénéficié de TPI 2	0,0	0,0	0,0	28,6	6,5

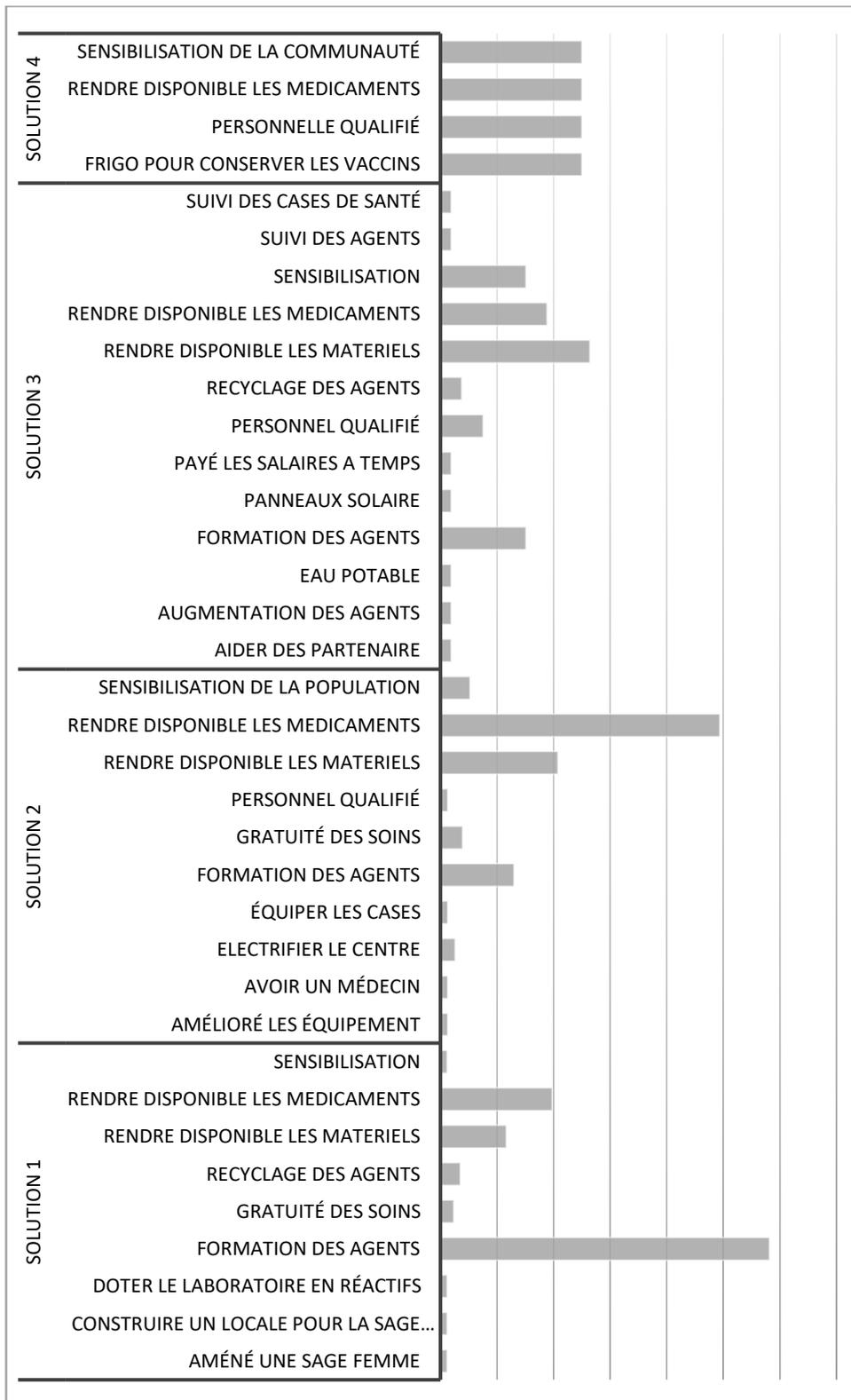


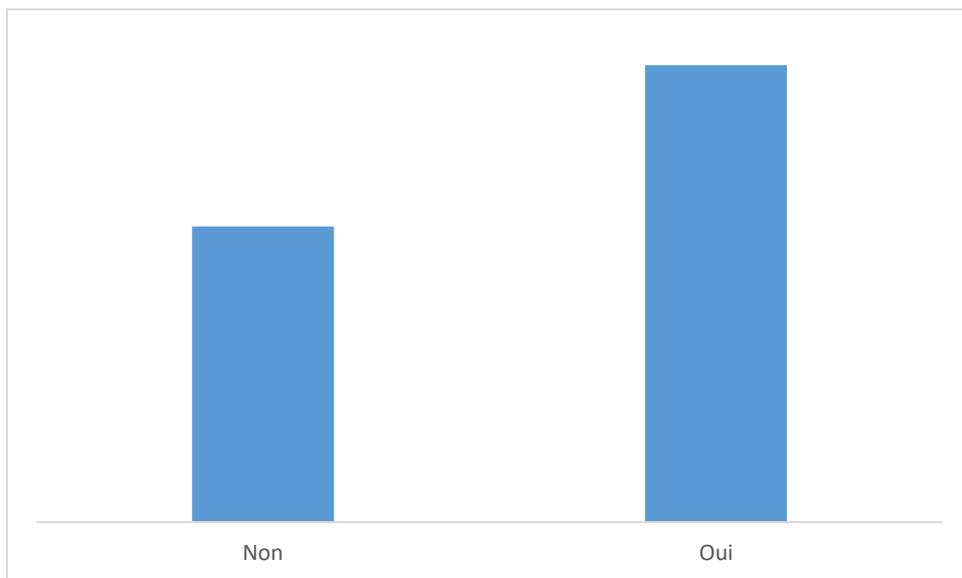
Figure 62: Solutions ou interventions porteuses pour agir sur les infections bactériennes chez le jeune nourrisson de 0-59 JOURS

Table 16: : Caractéristiques Socio-démographiques des mères trouvées aux centres de soins

statut matrimonial	
Mariée	100,0
Occupation de la mère	
Sans occupation	8,8
Petit commerce	17,6
Artisanat	5,9
Elève/Étudiant	2,9
Travaux ménagers et domestiques	64,7
Niveau d'instruction de la mère	
Primaire	29,4
Secondaire	5,9
Aucun	64,7
Occupation du père	
Agriculture	52,9
Commerçant/entrepreneur	5,9
Petit commerce	35,3
Administration publique/privée	5,9
Niveau d'instruction du père	
Primaire	14,7
Secondaire	11,8
Supérieur	2,9
Aucun	70,6

Tableau 17 : Caractéristiques de l’habitat des mères trouvées aux centres de soins

Habitat	
Propriétaire	91,2
Location simple	2,9
Familial	5,9
source d’approvisionnement en eau de boisson	
Robinet dans la concession	17,6
Robinet hors de la concession	52,9
Puits traditionnel	11,8
Puits cimenté	11,8
Forage	5,9
source d’éclairage du ménage	
Electricité	29,4
Energie solaire	2,9
Lampe à pile	64,7
Autre	2,9
Bien du ménage	
Radio	41,2
Télévision	11,8
Cellulaire/tablette	67,6
Abonnement à internet (fixe, mobile)	2,9
Moyen de transport à traction animale	50,0
Moyen de transport cycle	44,1
Véhicule	11,8



*Figure 63: Existence de relais communautaire qui prend en charge les enfants de 0 à 5 ans malades*