

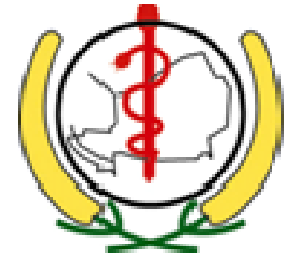
# Institutionalizing Community Health Conference



27-30 March 2017 | Johannesburg, South Africa



#HealthForAll  
[ichc2017.org](http://ichc2017.org)



# **REPUBLIQUE DU NIGER**

## **MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**

**CONFERENCE SUR L'INSTITUTIONNALISATION DE LA SANTE  
COMMUNAUTAIRE:**

**Prise en compte du genre dans la santé  
communautaire au Niger**

**Dr Hamidou Oum Ramatou Ganda, Directrice de l'Organisation des Soins,  
Johannesburg du 27 au 30 Mars 2017**



# **PLAN DE PRESENTATION**

**I. INTRODUCTION**

**II. DONNEES GENERALES**

**III. SITUATION SANITAIRE**

**IV. POLITIQUE NATIONALE ET STRATÉGIES**

**V. RÉSULTATS DES EXPÉRIENCES LOCALES**

**VI. DIFFICULTÉS ET CONTRAINTES**

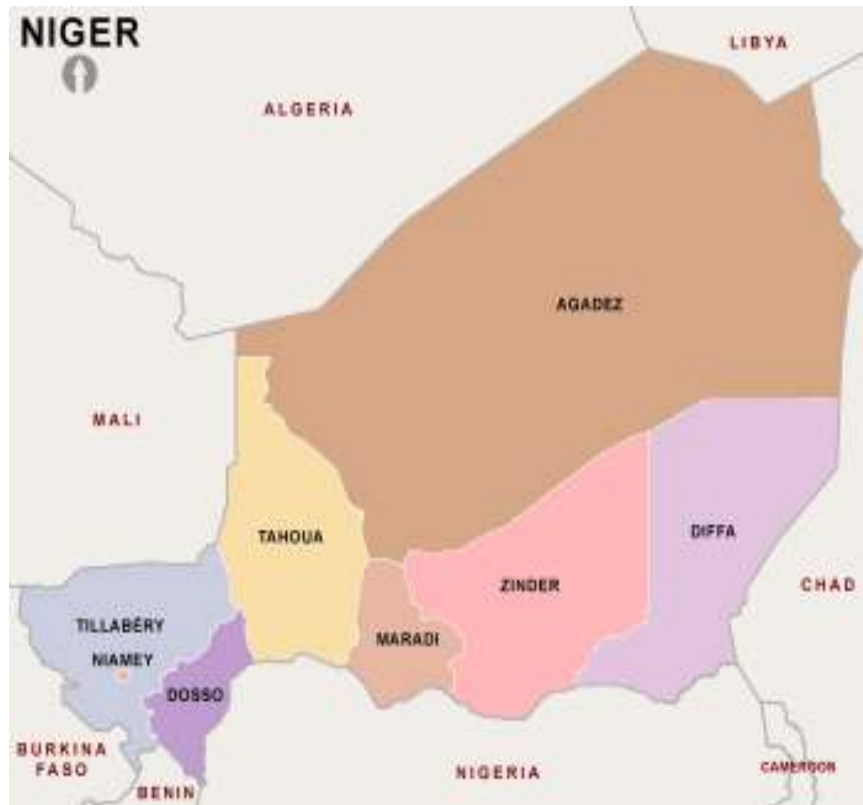


# I. INTRODUCTION

- **Constitution du 25 Novembre 2010** : articles 12 et 13 stipulent entre autres que « chaque Nigérienne et chaque Nigérien a droit à la vie, à la santé, à des bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles et à l'accès à l'eau potable. L'Etat veille à la création des conditions propres à assurer à tous, des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie ».
- **Vision de la politique nationale de santé du Niger**: Le Niger est une nation où tous les citoyens bénéficient d'un accès universel aux soins et services de santé de qualité sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination avec une pleine implication des populations.
- Dispositions constitutionnelles en rapport étroit avec la déclaration d'ALMA ATTA en 1978 sur les Soins de Santé Primaires = socle de la vision.
- Le Niger a élaboré une stratégie nationale de participation communautaire en matière de santé qui définit l'organisation, les domaines de la participation communautaire et les mécanismes de suivi et évaluation.



## II. DONNEES GENERALES (1/2)

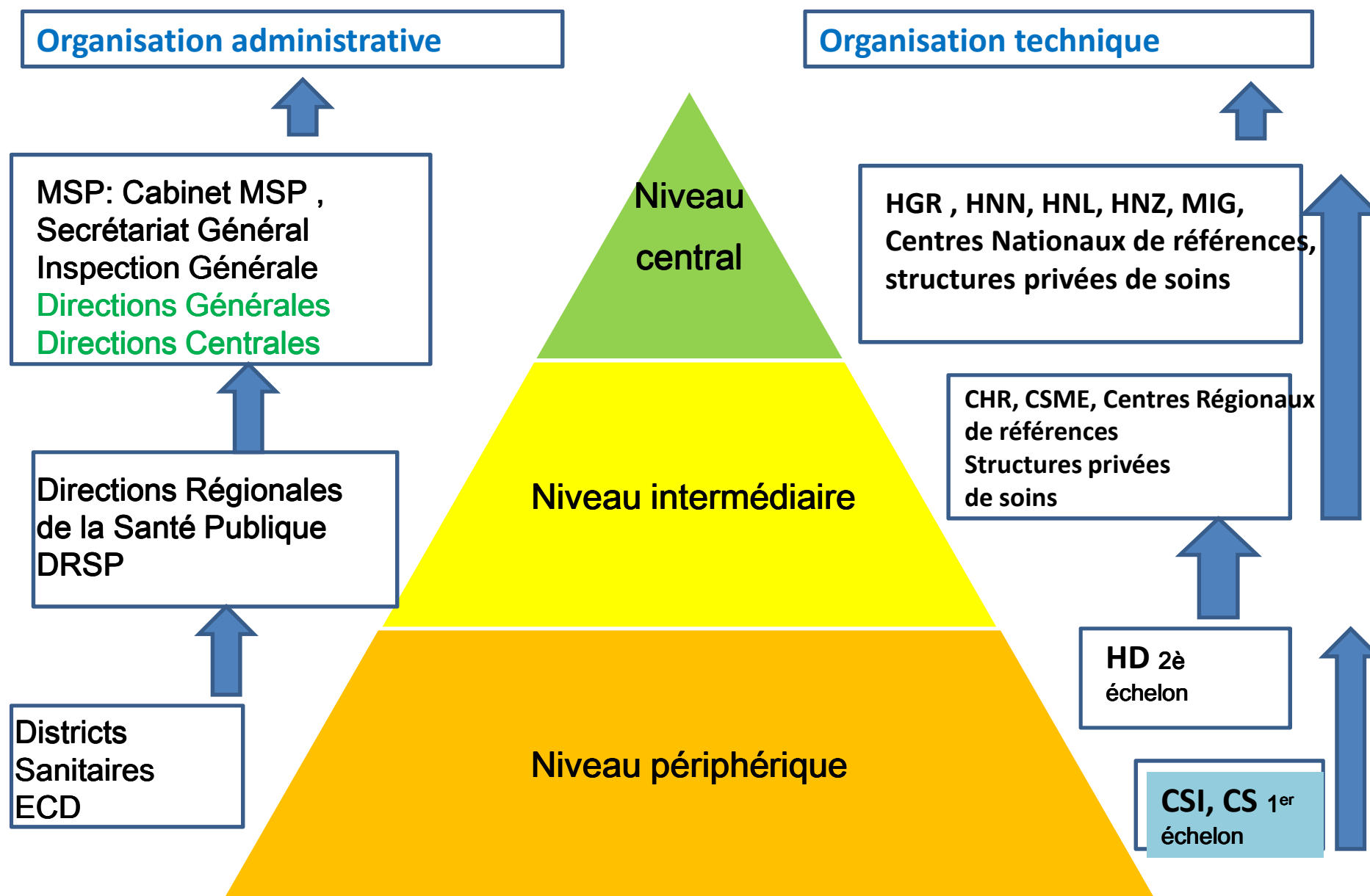


- **Niger** : pays sahélo-saharien, enclavé désertique sur plus de la moitié de son territoire,
- superficie de 1 266 491 km<sup>2</sup>,
- Plan administratif: 8 régions, 63 départements et 266 communes,

- **Menaces liées aux aléas** climatiques et aux conséquences des changements climatiques avec des conséquences néfastes sur la santé des populations,
- **Population** : ~ 19 251 386 d'habitants en 2016  
Taux d'accroissement élevé ≈ 3,9 %  
Proportion de population jeune= 75 %  
Population rurale = 60 %  
Proportion des femmes en âge de procréer = 21%;  
Proportion des enfants de 0 à 5 ans = 19,4 %  
**Taux de mortalité maternelle = 535 pour 100000 naissances vivantes**  
**Taux de mortalité infanto-juvénile = 124 %**
- **plan sécuritaire**: situation quasi-stable malgré l'instabilité dans la sous-région (conflit libyen, rébellion au Nord du Mali et *Boko Haram* au Nigeria).



## II. DONNEES GENERALES (2/2): APERÇU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE DU NIGER





### **III. SITUATION SANITAIRE**

(source: REP Annuel 2016)

- **Taux de couverture sanitaire: 48,33%;**
- Taux d'utilisation de la contraception moderne = 25,93%
- Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié = 38,71%
- **Taux de réalisation de la supervision CSI vers niveau communautaire = 61,83%**
- Part du budget de l'Etat alloué à la santé = 4,92%.



## **IV. POLITIQUE NATIONALE ET STRATÉGIES**

### **Organisation de la participation communautaire (1/2)**

## **Stratégie nationale de participation communautaire en matière de santé**

### **Au niveau du système de santé:**

- ✓ des comités de santé (organes délibérants) et,
- ✓ des comités de gestion (organes exécutifs).

La composition des comités reflètent la prise en compte du genre dans la santé communautaire: **doit respecter le genre (15%).**

### **Au niveau communautaire**

- ✓ Comité de santé niveau village/quartier



## IV. POLITIQUE NATIONALE ET STRATÉGIES

### Organisation de la participation communautaire (2/2)

- **Composition du Comité de santé niveau village/quartier :**
  - ✓ le chef du village ou son représentant;
  - ✓ un (1) secouriste vétérinaire;
  - ✓ un (1) représentant du comité de gestion des points d'eau;
  - ✓ deux (2) représentantes des groupements de femmes;
  - ✓ deux (2) représentants des associations de jeunes dont un garçon et une fille;
  - ✓ les matrones;
  - ✓ les équipes de la promotion de la croissance à assise communautaire et les relais communautaires.

Dans village il est recommandé **un relais homme et un relais femme.**

En 2015, sur 5 740 relais communautaires recensés 49% = femmes



## **V. EXPÉRIENCES LOCALES sur la prise en compte du genre dans l'offre de service au niveau communautaire**

### **Exemples sur 3 expériences:**

- A. PCIME COMMUNAUTAIRE / projet RAcE;
- B. L'école des MARIS;
- C. Groupe de soutien à l'ANJE (Alimentation du Nourrisson et Jeune Enfant).



## A.PCIME COMMUNAUTAIRE / projet RAcE:

- **Objectifs du projet formulés en prenant en compte le genre:**

- Adopter des politiques, stratégies et directives efficaces **axées sur le genre** ;
- Augmenter l'utilisation des services PEC- Com de haute qualité pour les enfants de 2-59 **mois filles et garçons**;
- Accroître les comportements de recherche de soins parmi **les parents hommes et femmes** des enfants de 2 à 59 mois pour le paludisme, la pneumonie et la diarrhée.

- **Résultats en 2016:**

- Proportion des accompagnateurs d'enfants = 30,79% hommes et 69,20% femmes.

| maladies     | Enfants traités |         |
|--------------|-----------------|---------|
|              | Filles          | Garçons |
| paludisme    | 49,05%          | 50,94%  |
| pneumonie    | 49,40%          | 50,60%  |
| diarrhée     | 49,83%          | 50,17%  |
| malnutrition | 48,54%          | 51,45%  |



## B. L'ECOLE DES MARIS (1/4)





## B. L'ECOLE DES MARIS (2/4)

### Contexte de l'initiative Ecole des Maris:

- Zinder: région **lanterne rouge** en matière d'indicateurs de santé de la reproduction
- Pratique courante de « koubli », **claustration des femmes** dans les concessions
- Recours réduits et tardifs aux soins de santé en grande partie du fait du **pouvoir dominant et des comportements des hommes**
- Rejet par les maris des services des prestations de santé masculins pour l'accueil et la prise en charge des femmes
- Absence de concertation de la femme pour le choix et les calendriers en matière de procréation



## B. L'ECOLE DES MARIS (3/4)

### **Principal obstacle identifié:**

Le pouvoir et le comportement des hommes constituent un des obstacles majeurs à l'utilisation des services de santé de la reproduction par les femmes.

### **Objectifs principaux:**

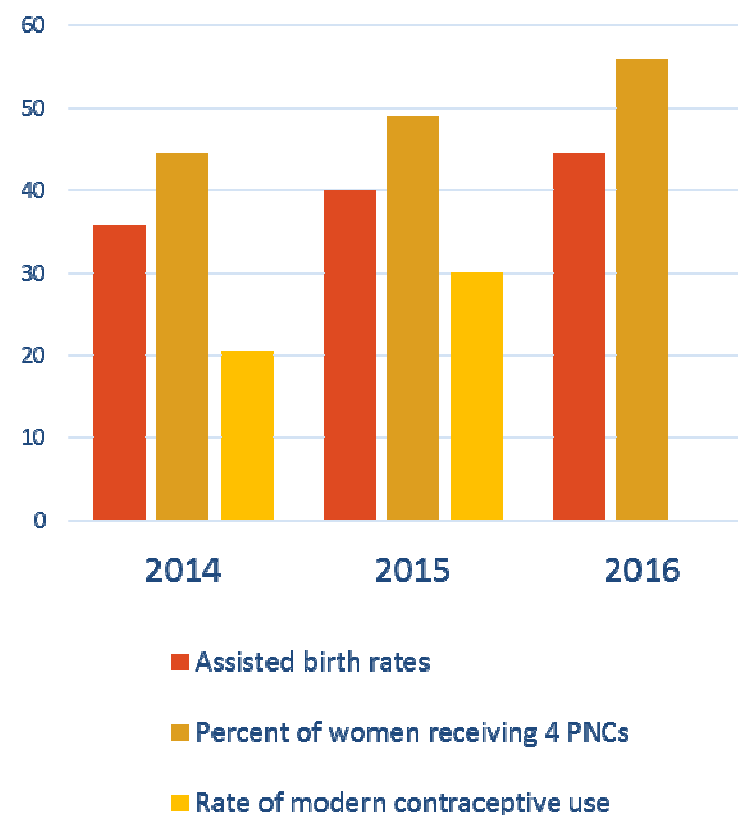
- ✓ Intégrer les hommes dans la promotion de la santé reproductive;
- ✓ Favoriser un changement de comportement des hommes au niveau communautaire.



## B. L'ECOLE DES MARIS (4/4)

### Résultats dans les zones d'intervention

- Augmentation des **accouchements assistés**
- Augmentation de l'**utilisation de la planification contraceptive moderne**
- Augmentation de la **fréquentation des formations sanitaires**
- Plus d'initiatives sur l'**assainissement**





## C. Groupe de soutien à l'ANJE (1/4)





## C. Groupe de soutien à l'ANJE (2/4)

### Justification de l'approche:

- Taux de diversification alimentaire minimale chez les enfants de 6 à 23 mois = 3%
- L'analyse des goulots a montré:
  - ✓ Les décisions étaient prises par l'homme (permission à la femme d'aller consulter, achat des aliments de complément pour les enfants, etc.).
  - ✓ Les programmes n'impliquaient pas suffisamment les hommes, et les activités de communication étaient adressées aux femmes et aux enfants



## C. Groupe de soutien à l'ANJE (3/4)

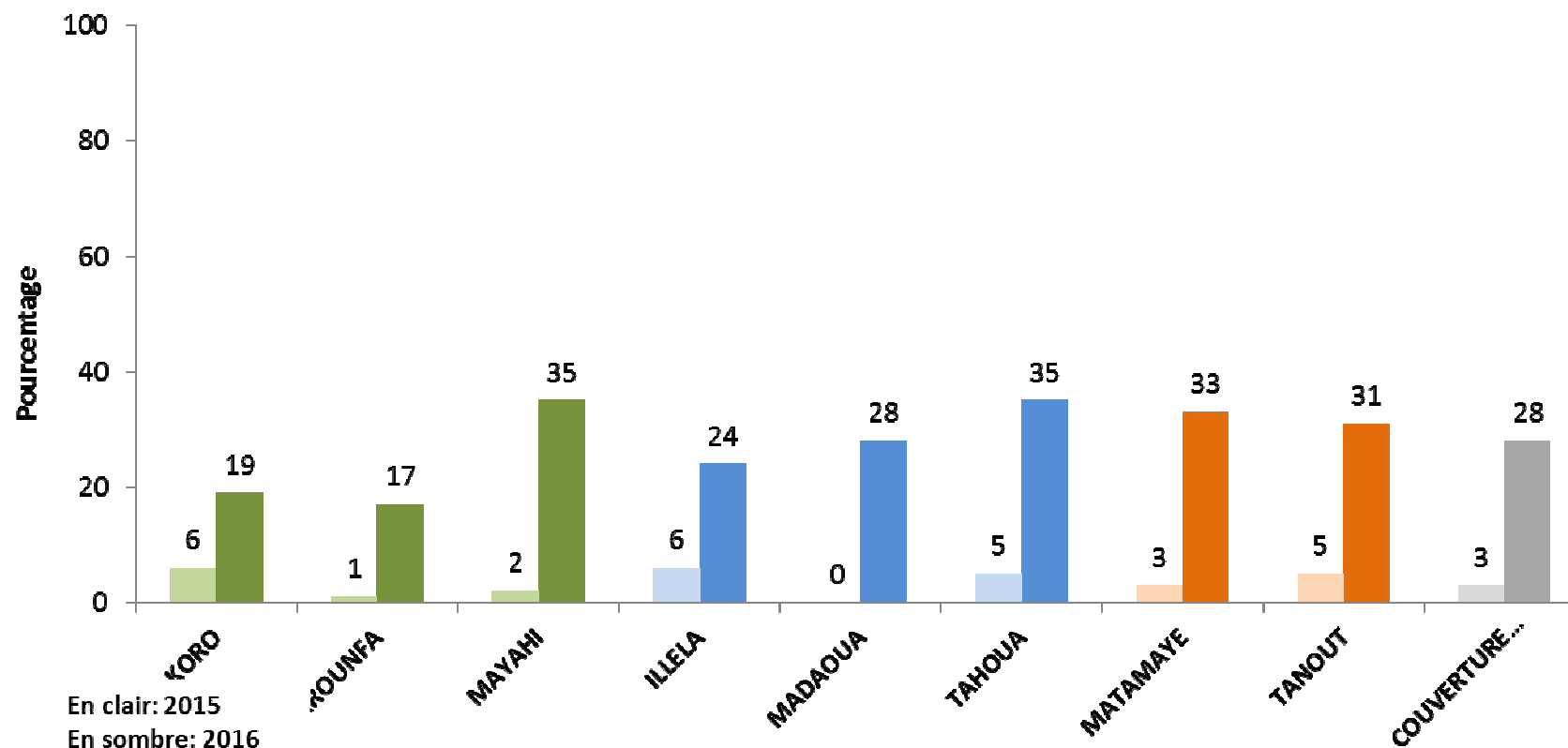
- **Intégration de 2 hommes dans certains groupes de soutien:** faciliter le travail des femmes lors des visites à domicile et d'assurer les contacts nécessaires quand les femmes ont des difficultés à se faire comprendre.
- Certains **hommes ont constitué des groupes de soutien** afin d'aller sensibiliser leurs pairs en vue de la promotion de la santé et la nutrition.
- De 2015 à 2016, **2803 groupes de soutien mixtes** mis en place dans 17 communes



## C. Groupe de soutien à l'ANJE (4/4)

### Résultats dans les zones d'intervention

Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont reçu l'apport alimentaire minimum acceptable durant le jour précédant l'enquête





## VI. DIFFICULTÉS/CONSTRAINTES (2/2)

- Pouvoir de décision faible chez la femme limitant
  - sa participation effective
  - son accès aux services de santé
  
- Abandons du travail dont les raisons sont:
  - Mariage des **jeunes femmes**,
  - **Déplacement ou** exode,
  - Divorce,
  - Etudes ....



## VI. DIFFICULTÉS/CONSTRAINTES (1/2)

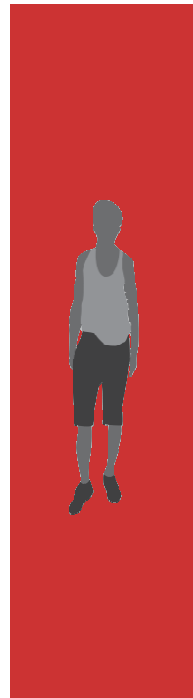
- Bas niveau d'instruction en milieu rural surtout chez les femmes limitant le nombre de Rcom répondant aux critères de sélection ;
- Problématique de la motivation des Rcom ;
- Difficulté à maintenir les Rcom femmes dans les zones difficiles d'accès ou d'insécurité.



**VOS RECOMMANDATIONS???**



**MERCI DE VOTRE ATTENTION**



# Institutionalizing Community Health Conference



27-30 March 2017 | Johannesburg, South Africa



#HealthForAll  
[ichc2017.org](http://ichc2017.org)