

Contexte et Justification

Alors que le Niger a connu une baisse rapide de la mortalité des enfants de moins de cinq ans, il y a eu une baisse beaucoup plus lente du nombre de décès de nourrissons au cours du premier mois de vie. La mortalité infanto-Juvénile est passée de 198‰ en 2006 à 126‰ en 2015 soit une baisse de 36%. La réduction de la mortalité néonatale a été de 27%, passant de 33‰ en 2006 à 24‰ en 2015). La Mortalité néonatale représente encore plus de 50% de la mortalité infanto juvénile.

La principale cause de mortalité néonatale au Niger, comme dans beaucoup des pays d'Afrique, est l'asphyxie à la naissance (31 %), les complications de la prématurité (25 %) infections (25 %). La Feuille de route nationale visant à améliorer la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (Plan SRMNEA 2018-2021) a donné à travers son axe stratégique une place de choix pour le renforcement des soins postnatals pour la mère et le Nouveau-Né ; Cet axe comprend des interventions à fort impact pour améliorer la santé des nouveau-nés. Le paquet de formation sur les soins aux nouveau-nés malades au Niger comprend principalement les soins essentiels au nouveau-né, les soins mères Kangourou, l'assistance respiratoire au nouveau-né, les soins post natals, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, ainsi que la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). Depuis 2010, le Niger a intégré la PCIME dans tous les districts sanitaires. Cet algorithme PCIME prévoyait que les jeunes nourrissons malades (moins de 2 mois) soient orientés vers les structures de santé hospitalières. Ainsi, malgré une bonne couverture de la PCIME, la morbidité et la mortalité des nouveau-nés est resté un défi au Niger. Des facteurs tels que le nombre insuffisant des ressources humaines qualifié pour la santé, les fréquentes ruptures des stocks en médicaments et produits essentiels, le dysfonctionnement du système d'orientation, les mauvais comportements de recherche de soins, etc... sont les causes majeures sou jacente à la mortalité élevée des nouveau-nés observés au Niger.

Face à cette situation, L'OMS a introduit des lignes directrices claires sur la prise en charge des nouveau-nés ayant une infection bactérienne grave possible (PSBI) dans les algorithmes de la PCIME. Ces lignes directrices donnent les orientations pour L'identification et le traitement rapides des jeunes nourrissons malades (0-59 jours) dans un établissement des soins de premier échelon où les jeunes nourrissons malades atterrissent souvent dans l'impossibilité d'atteindre les structures plus outillées de second échelon. Des études menées en Asie du Sud et en Afrique montrent que deux tiers ou plus des familles se présentant avec des jeunes nourrissons malades n'acceptent pas d'être orientées vers les structures hospitalières.

Au cours des trois dernières années, l'UNICEF a soutenu un projet spécial dans quatre pays, (l'Indonésie, le Niger, le Pakistan et la Tanzanie), pour mettre en œuvre ces lignes directrices de l'OMS. Il s'agit d'un projet pilote qui a consisté à introduire dans les structures de premier échelon l'administration aux jeunes nourrissons malades des antibiotiques de manière appropriée et en ambulatoire lorsque la référence dans une structure hospitalière n'est pas possible. Au Niger, le projet a été mis en œuvre dans les Districts Sanitaires de Dakoro, Guidan Roundji, Madarounfa et Mayahi, tous dans la région de Maradi, en utilisant l'option 2 du régime de l'OMS. Cette option préconise des soins ambulatoires à la gentamicine intramusculaire pendant deux jours et l'Amoxicilline dispersible par voie orale pendant sept jours pour les jeunes nourrissons âgés de deux mois atteints d'une infection clinique grave chaque fois que les familles n'acceptent pas ou ne peuvent pas accéder aux soins de référence. Il est recommandé que ces nouveau-nés malades

soient pris en charge par un prestataire de soins de santé dûment formé et qu'ils soient suivis et évalués au jour 4 du traitement.

Pour mettre en œuvre ce projet pilote, UNICEF a impliqué entre autres le Ministère de la santé et plusieurs autres partenaires intéressés par la santé du nouveau-né. Le ministère a élaboré des modules de formations et mis en place des outils de communication et de gestion de l'information. Plusieurs ateliers des formations des prestataires de soins ont été organisés dans ces districts sanitaire ; 111 CSI et 61 cases de santé ont intégré le PSBI dans les quatre districts sanitaires ciblés ; 454 prestataires des soins ont été formés ; Ces structures ont été équipées en petit matériel pour la prise en charge. Elles ont également été approvisionnée de manière régulière s en médicaments ; les prestataires ont été supervisés sur un rythme trimestriel par les équipes cadres de districts ; 1078 relais communautaires ont été formés pour la sensibilisation des communautés et le suivi au J4. Des réunions trimestrielles de coordination ont été organisées dans chaque district sur un rythme trimestriel et au niveau régional sur un rythme semestriel. La production, distribution, affichage des messages ainsi que la diffusion des spots radiophoniques à travers 3 stations de radio communautaires ont accompagné toute l'action pour la mobilisation des communautés, le changement de comportement et l'engagement des dirigeants communautaires.

Trois ans après cette introduction, l'UNICEF a engagé un consultant international pour appuyer la documentation de cette démarche dans les quatre pays. UNICEF NIGER, sur demande du ministère de la santé, cherche maintenant à engager un consultant national pour appuyer le ministère de la santé à documenter les leçons apprises et proposer des recommandations à l'échelle nationale.