RAPPORT D'ÉVALUATION

Situation de base du projet USAID Kulawa

Mars 2023

USAID DU PEUPLE AMERICAIN · Save the Children · PATHFINDER · PRONTO INTERNATIONAL · viamo

Photo de couverture: Un agent de santé dans un centre de santé communautaire prend la température d'un enfant. Crédit photo: Save the Children.

Ce financement est rendu possible grâce au généreux soutien du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) selon les termes de l'accord de coopération n°72068520CA00005 Le contenu est sous la responsabilité de Save the Children et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

CONTENTS

Sigles et Abréviations 7

Fiche synoptique des indicateurs 8

Introduction 10

1. Objectifs de l'évaluation 11

1.1 Objectif global 11

1.2 Objectifs spécifiques 11

2. Méthodologie générale 12

2.1 Sites et populations cibles de l'étude 12

2.2 Conception et méthodes de l'étude 12

2.2.1 Enquête auprès des ménages 12

2.2.2 Enquête auprés des structures sanitaires 12

2.3 Echantillonnage 13

2.3.1 Enquête auprès des ménages 13

2.3.2 Enquête auprès des formations sanitaires et des prestataires 16

2.4 Outils de l'évaluation 18

2.5 Indicateurs d'évaluation des résultats 18

2.6 Recrutement et formation des agents de collecte 18

2.7 Supervision et suivi 19

2.8 Bilan de collecte des données 19

2.9 Limites de l'étude 20

3. Principaux résultats 21

3.1 Caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée 21

3.2 Connaissance, utilisation et attitudes sur la planification familiale 23

3.2.1 Connaissance de la PF et autres services de santé 23

3.2.2 Promotion de message SR/PF par le gouvernement américain 24

3.2.3 Utilisation actuelle de la contraception moderne 25

3.2.4 Attitudes sur la planification familiale 25

3.2.5 Demande des contraceptifs et besoins non satisfaits en PF 26

3.3 Fécondité récente et soins prénatals 28

3.3.1 Fécondité récente des adolescences 28

3.3.2 Consultations prénatales 28

3.3.3 Consultations prénatales par un professionnel de santé 29

3.4 Violences basées sur le genre (echelle GEM) 30

3.4.1 Opinions de la population sur la violence aux femmes 30

3.4.2 Echelle d'équité de genre (GEM) 32

3.5 Vaccination des enfants (12-23 mois) 33

3.6 Prestations de service 35

3.6.1 Attitude des prestataires face aux adolescents 35

3.6.2 Unités de santé avec au moins un prestataire de service formé pour prendre en charge et orienter les victimes de VSBG 35

3.6.3 Accouchement dans une structure et sortie avec une méthode contraceptive moderne 36

3.6.4 Accouchement dans une structure et conseils sur la Planification familiale avant la sortie 36

3.6.5 Nouveau-nés et soins postnatals 37

3.6.6 Indicateurs de disponibilité des services 37

Conclusion 38

Annexes 41

Annexe 1 : Infrastructures sanitaires 41

Annexe 2 : Personnel de santé et utilisation des services 42

Annexe 3 : Données démographiques de la zone USAID Kulawa 43

Annexe 4 : Principaux indicateurs primaires 44

Annexe 5 : Liste des sites 45

Annexe 6 : Outils de collecte de données par indicateur 48

Annexe 7 : Calculs des indicateurs de besoin et demande de planification familiale 49

Besoin et demande de planification familiale 49

Annexe 8 : Calcul de l'échelle GEM 53

Annexe 9 : Calcul de l'indicateur de l'attitude des prestataires face aux adolescents 55

Annexe 10 : Calcul de l'indice de disponibilité des services 57

Annexe 11 : Demande et besoins non satisfaits 58

Annexe 12 : Fiche synoptique des indicateurs 60

LES TABLES

Tableau 1 : Données démographiques de la zone USAID Kulawa 13

Tableau 2 : Poids des sous populations de l'étude par groups d'âge 14

Tableau 3 : Calcul de la taille de l'échantillon 15

Tableau 4 : Distribution de l'échantillon par région 15

Tableau 5 : Effectifs des ménages enquêtés et taux de non-réponse 20

Tableau 6 : Effectifs des structures sanitaires et des prestataires enquêtés 20

Tableau 7 : Caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée 22

Tableau 8 : Proportion d'hommes et de femmes de 15 à 49 ans ayant une connaissance en PF 23

Tableau 9 : Proportion de femmes de 15 à 49 ans ayant entendu un message spécifique (SR/PF) promu au cours des 24 derniers mois par des programmes financés par le gouvernement américain 24

Tableau 10 : Taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes 25

Tableau 11 : Proportion de la population cible ayant une attitude positive face à la PF 26

Tableau 12 : Indicateurs de la demande contraceptive et des besoins non satisfaits (15-19 ans) 27

Tableau 13 : Taux de fécondité chez les 20-24 ans. 28

Tableau 14 : Proportion de femmes de 15 à 49 ans ayant effectué au moins une visite prénatale lors de leurs dernières grossesses 29

Tableau 15 : Proportion (%) de femmes de 15 à 49 ans ayant effectué 4 CPN et plus lors de la dernière grossesse 29

Tableau 16 : Proportions des femmes dont les consultations prénatales ont été assurées par un professionnel de santé qualifié 30

Tableau 17 : Proportions de la population cible affirmant qu'il serait justifié de frapper ou battre sa femme 31

Tableau 18 : Proportions de la population cible affirmant qu'il serait justifié de frapper ou battre sa femme par type de question 32

Tableau 19 : Proportions de la population cible selon le soutien aux normes de genre équitables. 33

Tableau 20 : Proportion des enfants âgés de 0 à 35 mois selon la disponibilité du carnet de vaccination 34

Tableau 21 : Proportion des enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés (enfants qui ont des carnets vus) 34

Tableau 22 : Proportion des prestataires ayant une attitude positive face à l'utilisation de la PF et ses services par les adolescents 35

Tableau 23 : Pourcentage d'unités de santé avec au moins un prestataire de services formé pour prendre en charge et désigner les VSBG 36

Tableau 24 : Pourcentage de femmes qui accouchent dans une structure et commencent ou quittent avec une méthode contraceptive moderne avant la sortie 36

Tableau 25 : Pourcentage de femmes qui accouchent dans une structure et reçoivent des conseils sur la planification familiale avant la sortie 37

Tableau 26 : Nombre de nouveau-nés qui reçoivent des soins postnatals dans les deux jours suivant l'accouchement dans les programmes soutenus par le Gouvernement américain 37

Tableau 27 : Les indices de disponibilité des services 38

Tableau 28 : Infrastructures sanitaires 41

Tableau 29 : Personnel de santé et utilisation des services 42

Tableau 30 : Donées démographiques de la zone USAID Kulawa 43

Tableau 31 : Principaux indicateurs primaires 44

Tableau 32 : Liste des sites 45

Tableau 33 : Outils de collecte de données par indicateur 48

Tableau 34 : Indicateurs de demande et besoins non satisfait 58

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AFD	Agence Française de Développement
CPN	Consultations Prénatales
CS	Case de Santé
CSI	Centre de Santé Intégrés
CSME	Centre de Santé Mère et Enfant
DND	Données Non Disponibles
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DS	District Sanitaire
ENAFEME	Enquête Nationale sur la Fécondité et la Mortalité des Enfants de moins de cinq ans
FAP	Femme en Age de Procréer
GEM	Gender Equitable Men
HD	Hôpital de District
MSP/P/AS	Ministère de la Santé Publique de la Population et des Affaires Sociales
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PF	Planification Familiale
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SR	Santé de Reproduction
SGBV	Violences Sexuelles Basées sur le Genre
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International
INS	Institut National des Statistiques
mCPR	Modern Method Contraceptive Prevalence Rate
ODK	Open Data Kit
PIRS	Performance Indicator Reference Sheet (Fiche de Référence de l'indicateur de Performance)
SBC	Social Behavior Change (Changement de Comportement Social)
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
USG	United States Government

FICHE SYNOPTIQUE DES INDICATEURS

Indicateurs de performance	Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
A- Connaissance, utilisation et attitudes sur la planification familiale				
Taux de prévalence contraceptive : **toutes les méthodes**				
Toutes femmes	23,6%	14,8%	6,7%	15,2%
Femmes 15-24 ans	18,3%	12,1%	8,0%	13,2%
Femmes 25-49 ans	27,6%	16,5%	5,9%	16,6%
Taux de prévalence contraceptive : **méthodes modernes**				
Toutes femmes	17,4%	14,7%	4,8%	12,0%
Femmes 15-24 ans	12,7%	12,1%	6,3%	10,2%
Femmes 25-49 ans	20,9%	16,3%	3,8%	13,2%
Pourcentage de la population cible ayant une meilleure connaissance de la planification familiale/autres services de santé.	39,2%	40,3%	18,2%	31,1%
Femmes de 15 à 49 ans	66,3%	59,2%	33,1%	52,1%
Hommes de 15 à 54 ans	4,6%	9,5%	0,4%	3,7%
Pourcentage de la population cible ayant des attitudes positives envers la planification familiale.	91,1%	92,3%	81,2%	87,4%
Femmes de 15 à 49 ans	95,6%	96,8%	80,5%	90,1%
Hommes de 15 à 54 ans	85,3%	85,0%	82,0%	83,9%
Pourcentage de l'auditoire qui se souvient avoir entendu ou vu un message spécifique de planification familiale/santé reproductive (planification familiale / santé reproductive) soutenu par l'USG.	39,0%	26,3%	28,1%	32,1%
Femmes de 15 à 49 ans	32,9%	25,2%	41,8%	34,5%
Hommes de 15 à 54 ans	46,7%	28,2%	11,8%	28,9%
B- Fécondité récente et soins prénatals				
Taux de fécondité chez les adolescentes (15-19 ans) (pour 1000)	282	249	290	278
Pourcentage de femmes qui ont eu quatre consultations prénatales ou plus au cours de la dernière grossesse.	56,0%	50,4%	48,8%	52,2%
C- Demande contraceptive et Besoins Non Satisfaits				
FEMMES 15-24 ANS				
Besoin non satisfait en espacement (%)	1.6%	0.8%	0.4%	1.0%
Besoin non satisfait en limitation (%)	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%
Besoin non satisfait total (%)	1.8%	0.8%	0.4%	1.1%
Besoin satisfait en espacement (%)	19.2%	13.2%	4.6%	13.4%
Besoin satisfait en limitation (%)	0.7%	0.0%	0.4%	0.4%
Besoin satisfait total (%)	19.9%	13.2%	4.9%	13.8%
Demande totale en espacement (%)	20.8%	14.0%	4.9%	14.4%
Demande totale en limitation (%)	0.9%	0.0%	0.4%	0.5%
Demande contraceptive totale (%)	21.7%	14.0%	5.2%	14.8%

Indicateurs de performance	Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
Demande satisfaite par méthodes modernes (%)	67.0%	94.2%	66.7%	75.6%
Demande satisfaite par toutes les méthodes PF (%)	91.8%	94.2%	93.3%	92.7%
FEMMES 15-49 ANS				
Besoin non satisfait en espacement (%)	1,3%	1,0%	0,1%	0,9%
Besoin non satisfait en limitation (%)	2,8%	0,8%	1,6%	1,7%
Besoin non satisfait total (%)	4,1%	1,7%	1,7%	2,6%
Besoin satisfait en espacement (%)	23,7%	16,0%	6,2%	16,3%
Besoin satisfait en limitation (%)	1,6%	0,4%	0,9%	1,0%
Besoin satisfait total (%)	25,3%	16,4%	7,1%	17,3%
Demande totale en espacement (%)	25,0%	17,0%	6,4%	17,2%
Demande totale en limitation (%)	4,4%	1,2%	2,4%	2,7%
Demande contraceptive totale (%)	29,4%	18,2%	8,7%	19,9%
D- Violences basées sur le genre				
Pourcentage de la population cible avec un score d'équité au moins modéré sur l'échelle GEM	50,20%	44,60%	59,70%	52,80%
Femmes de 15 à 49 ans	31,2%	34,9%	43,9%	36,9%
Hommes de 15 à 54 ans	74,2%	60,4%	78,5%	73,5%
Pourcentage de la population cible affirmant qu'il serait justifié de frapper ou battre sa femme	54,6%	69,2%	60,6%	60,0 %
Femmes de 15 à 49 ans	76,3%	85,1%	86,4%	82,1%
Hommes de 15 à 54 ans	27,0%	43,3%	29,9%	31,1%
E- Vaccination des enfants (12-23 mois)				
Pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés	57,2%	28,7%	46,2%	48,8%
F- Prestations de service				
Proportion des prestataires ayant une attitude positive face à l'utilisation de la planification familiale et ses services par les adolescents	39,2%	39,2%	46,5%	42,3%
Le Pourcentage d'unités de santé avec au moins un prestataire de services formé pour prendre en charge et désigner les VSBG.	61,2%	58,5%	43,5%	53,3%
Nombre de nouveau-nés qui reçoivent des soins postnatals dans les deux jours suivant l'accouchement dans les programmes soutenus par le Gouvernement américain.	15 473	6 654	31 090	53 217
Nombre extrapolé sur la zone USAID Kulawa	37 844	58 146	158 437	254 427
Pourcentage de femmes qui accouchent dans une structure et commencent ou quittent avec une méthode contraceptive moderne avant la sortie	23%	37%	28%	28%
Pourcentage de femmes qui accouchent dans une structure et reçoivent des conseils sur la planification familiale avant la sortie.	59%	87%	73%	70%
Indice de disponibilité des services	**16,4%**	**19,7%**	**20,0%**	**18,7%**

INTRODUCTION

En dépit des progrès sensibles enregistrés ces dernières décennies dans les domaines de la santé de la mère et de l'enfant au Niger, il persiste encore des défis importants. Les mortalités maternelle, néonatale et infantile restent préoccupantes, avec des niveaux de prévalence encore élevés, confirmant ainsi la nécessité de continuer à engager d'importants efforts en vue d'améliorer de manière satisfaisante la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au Niger. En effet, la malnutrition et les carences en micronutriments demeurent une préoccupation majeure de santé publique, affectant particulièrement les jeunes enfants et les femmes enceintes et allaitantes. La prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans est de 47,0%, supérieure au « seuil de 30% » fixé par l'OMS (SMART, 2022). Le taux de l'émaciation chez les femmes de 15 à 49 ans est de 3,0%. Le taux de mortalité maternelle est de 553 pour 100 000 naissances vivantes et celui de mortalité des enfants de moins de 5 ans se situe 104 pour 1 000 (AFD, 2020). La croissance rapide de la population, couplée à un manque d'accès aux services de santé et les normes sociales et comportementales fortes au niveau communautaire, et par conséquent à un accès limité à l'information sur la santé, la PF et la nutrition ont un impact de plus en plus négatif sur la santé familiale, et surtout des enfants, la couche de la population la plus vulnérable. Malgré une forte volonté politique pour inverser ces tendances, les défis restent énormes.

Dans le souci d'appuyer le gouvernement du Niger, l'Agence des Etats Unis pour le développement International (USAID) a financé le programme Kulawa, mis en œuvre dans les régions de Zinder, Maradi et Tillabéri. Le projet est planifié sur pour une période de 5 ans et est coordonné par Save the Children, dans le cadre d'un consortium composé de PATHFINDER, PRONTO, VIAMO ainsi que d'autres ONG nationales.

Le programme USAID Kulawa apporte son soutien à l'Etat du Niger dans l'amélioration des résultats en matière de santé, de planification familiale et de nutrition dans les régions de Maradi, Zinder, et Tillabéri. Il vise à renforcer le système de santé et à améliorer la qualité des prestations de services au sein des communautés, à approfondir le leadership et l'appropriation des systèmes de santé par les autorités et mettre à la disposition des communautés les moyens d'adopter des solutions qui améliorent la qualité des soins de santé, la couverture, l'utilisation et la redevabilité. Ce projet travaille avec le Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales (MSP/P/AS), les autorités locales, les prestataires de services et les communautés pour mettre en œuvre des activités qui toucheront 1,4 millions de femmes en âge de procréer, 1,1 millions d'enfants de moins de cinq ans et 2,6 millions de jeunes de 15 à 35 ans.

La théorie du changement de l'USAID Kulawa est fondée sur l'hypothèse suivante : si les populations locales, y compris les jeunes et les adolescents, ont un meilleur accès à des services intégrés de haute qualité et à des services de nutrition, et si les liens entre ces services au niveau communautaire et des installations et avec d'autres secteurs sont renforcés, et si la demande communautaire, l'engagement et la confiance dans les services augmentent, alors l'utilisation augmentera, le changement social et comportemental se produira aux niveaux individuel, ménage, communautaire et institutionnel, et les résultats de santé s'amélioreront.

Pendant les cinq ans de mise en œuvre (2020-2025), le projet envisage d'avoir des communautés résilientes, y compris leurs membres les plus marginalisés et les plus défavorisés, de bénéficier d'un meilleur accès et d'une utilisation de la santé maternelle, néonatale et infantile de haute qualité , de la planification familiale (PF) et de la santé de la reproduction (SR), et des services de nutrition, des alliances collaboratives entre les communautés et les structures et entre les secteurs de la santé et d'autres secteurs, d'une gouvernance et d'une redevabilité renforcées des systèmes et institutions locaux.

L'objectif du projet USAID Kulawa est d'accroitre l'utilisation de services de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile, de planification familiale et de nutrition de qualité dans les zones d'intervention. Les activités vont atteindre l'objectif à travers les résultats suivants :

- ✓ **Résultat 1** : Disponibilité et accessibilité accrues à des services de qualité, y compris pour les jeunes ;
- ✓ **Résultat 2** : Amélioration des systèmes de qualité des soins dans la prestation des services de santé ;
- ✓ **Résultat 3** : Intégration renforcée dans la prestation des services de santé ;
- ✓ **Résultat 4** : Capacité fonctionnelle accrue des organisations locales dans le secteur de la santé.

Afin d'établir la situation de base du projet dans les communautés d'intervention, la présente évaluation conduite par GRADE Africa dans les trois régions d'interventions du projet (Maradi, Tillabéri et Zinder) vient en complément de la première étude effectuée en 2021 pour établir la situation de référence. Ce rapport présente les principaux résultats de cette évaluation ainsi que les constatations qui s'y dégagent.

1. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

1.1 Objectif global

L'objectif principal de cette étude est d'établir les niveaux de référence des certains indicateurs du projet non renseignés par la première étude effectuée. Cela permettra à l'équipe du projet de pouvoir assurer ou ajuster le ciblage, de mesurer les changements liés aux interventions et de mettre en évidence le potentiel d'intégration, de durabilité et de la mise à échelle du projet.

1.2 Objectifs spécifiques

De façon spécifique, l'étude poursuit deux sous-objectifs, formulés comme suit :

- Disposer des données pertinentes pour les indicateurs en lien avec les thématiques du projet que sont la santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile, (y compris les soins prénatals et postnatals), la nutrition, la santé sexuelle et reproductive, les violences basées sur le genre et la planification familiale ;
- Formuler des recommandations basées sur les évidences de l'étude pour aider à la prise de décision dans le cadre des interventions du projet.

2. MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE

2.1 Sites et populations cibles de l'étude

Les sites de l'étude sont constitués de l'ensemble des localités d'intervention du projet USAID Kulawa dans les trois régions cibles du projet, à savoir Maradi, Tillabéri et Zinder. Suivant son aire de santé d'appartenance, chaque localité est rattachée à une case de santé ou un centre de santé.

La présente enquête de base a été conduite auprès des ménages et au niveau des structures sanitaires. L'enquête auprès des ménages a ciblé les femmes de 15 à 49 ans, les hommes de 15 à 54 ans et les enfants de 0 à 35 mois. L'évaluation des structures de santé s'est intéressée aux prestataires de santé et à l'inventaire des structures de santé. Les calculs de la taille de la population cible sont basés sur les projections de populations de 2012 à 2035 par département, fournies par l'Institut National de la Statistique (Cf. Annexe 3).

2.2 Conception et méthodes de l'étude

La démarche méthodologique de cette étude utilise une approche quantitative à travers une enquête auprès des ménages et des structures sanitaires. En fonction de la cible, des outils spécifiques ont été utilisés pour collecter les informations relatives aux principaux indicateurs du projet USAID Kulawa.

Une fiche de dénombrement a été conçue pour lister l'ensemble des ménages d'une localité. En outre, à l'aide d'un questionnaire, des informations sur la composition du ménage ont été collectées auprès du chef du ménage ou de son représentant légal résidant dans le ménage, lequel est supposé apte à fournir les informations sur le ménage.

2.2.1 Enquête auprès des ménages

Les interventions du projet visent plusieurs couches de la population (les hommes, les femmes et les enfants). Le projet dispose de nombreux indicateurs relatifs à ces couches de la population à travers lesquelles la collecte de données a porté, notamment auprès de leurs ménages. A cet effet, une diversité d'outils a été nécessaire pour l'opération de collecte de données. De nombreux indicateurs de performance du projet disposent d'une fiche métadonnée de référence (Cf. PIRS de l'USAID). Les détails contenus dans le PIRS ont guidé la conception des outils de collecte et le calcul des indicateurs.

2.2.2 Enquête auprés des structures sanitaires

Le but de l'évaluation des structures sanitaires était de déterminer les niveaux d'accès et d'utilisation des services de santé maternelle et infantile (CPN et SR/PF notamment) et de nutrition. Elle vise aussi à dresser la situation des équipements nécessaires pour fournir de bons services de santé. Le but final est de s'assurer que les populations, en particulier les femmes et les enfants, reçoivent les meilleurs services de santé

possibles. Pour les prestataires de santé, un outil spécifique a été conçu à cet effet (Cf. Annexe 4 sur les principaux indicateurs du projet et les méthodes de collecte).

2.3 Echantillonnage

2.3.1 Enquête auprès des ménages

Base de sondage

Le projet USAID Kulawa dispose d'un fichier informatique de 3692 sites qui font l'objet des interventions dudit projet dans les régions de Maradi, Tillabéri et Zinder. Un site est un village qui est rattaché à une case de santé ou à un centre de santé. Dans ce fichier, chaque village apparaît avec tous ses identifiants géographiques (région, district et commune de rattachement). Ce fichier a servi de base de sondage le tirage de l'échantillon de l'enquête.

Taille de l'échantillon

Il est attendu que les résultats soient représentatifs à l'échelle de chaque région d'intervention. Le processus de détermination de la taille de l'échantillon a été donc effectué sous cette condition et sous la contrainte budgétaire. La taille de l'échantillon a alors été calquée sur les proportions des différentes cibles par région.

Tableau 1 : Données démographiques de la zone USAID Kulawa

Régions	Districts	Population totale	12-23 mois	Femmes en âge de procréer (15-49 ans)	10-24 ans
Maradi	Aguié	352 248	27 980	76 329	117 190
	Dakoro	902 716	71 704	195 610	300 327
	Gazaoua	229 876	18 259	49 812	76 478
	Guidan Roumdji	749 924	59 568	162 501	249 494
	Tessaoua	738 662	58 673	160 061	245 748
Tillabéri	Balleyara	153 613	12 202	33 124	51 106
	Filingué	439 795	34 934	94 834	146 317
	Kollo	667 306	53 005	143 892	222 008
	Say	251 818	20 002	54 300	83 778
	Tillabéry	325 986	25 894	70 293	108 453
Zinder	Damagaram Takaya	345 788	27 467	73 946	115 041
	Dungass	507 374	40 302	108 501	168 800
	Gouré	470 025	37 335	100 514	156 374
	Kantché (Matameye)	572 345	45 462	122 395	190 415
	Magaria	828 367	65 799	177 145	275 592
	Mirriah	727 651	57 799	155 607	242 084
	Takeita	353 887	28 110	75 678	117 736
Total USAID Kulawa		**8 617 381**	**684 495**	**1 854 542**	**2 866 941**

Source: Save the Children Niger, 2022

A partir du Tableau 1 ci-dessus, les proportions de différentes populations cibles ont été calculées. Le résultat obtenu est consigné dans le Tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2 : Poids des sous populations de l'étude par groups d'âge

Régions	Districts	12-23 mois	Femme en Age de Procréer (FAP) 15-49 ans	10-24 ans
Maradi	Aguié	7,9	21,7	33,3
	Dakoro	7,9	21,7	33,3
	Gazaoua	7,9	21,7	33,3
	Guidan Roumdji	7,9	21,7	33,3
	Tessaoua	7,9	21,7	33,3
Tillabéri	Balleyara	7,9	21,6	33,3
	Filingué	7,9	21,6	33,3
	Kollo	7,9	21,6	33,3
	Say	7,9	21,6	33,3
	Tillabéry	7,9	21,6	33,3
Zinder	Damagaram Takaya	7,9	21,4	33,3
	Dungass	7,9	21,4	33,3
	Gouré	7,9	21,4	33,3
	Kantché (Matameye)	7,9	21,4	33,3
	Magaria	7,9	21,4	33,3
	Mirriah	7,9	21,4	33,3
	Takeita	7,9	21,4	33,3

Le résultat montre des proportions constantes et égales entre les districts de santé, soit 7,9% pour les enfants de 12-23 mois, 21,7% pour les femmes en âge de procréer (15-49 ans) et 33,3% pour les 10-24 ans. Le calcul de la taille de l'échantillon se base sur la formule suivante :

$$n = \frac{t_\alpha{}^2 * p(1-p) * d * (1+k)}{m^2{}_\alpha * \bar{X}}$$

Où n est le nombre de ménages à enquêter ; $\bar{X}$ le nombre moyen de la population cible par ménage ; $t_\propto^2$ est le quantile d'ordre $(1-\frac{\propto}{2})$ de la loi normale réduite centrée, au carré ; $m_\propto^2$ est la marge d'erreur absolue associée au niveau de confiance $(1-\propto)$ associée à l'estimation de p ; p est la prévalence de l'indicateur d'intérêt ; d est l'effet de sondage et k est le taux de non-réponse. Les tailles des échantillons obtenues suivant les populations cibles sont consignées dans le Tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3 : Calcul de la taille de l'échantillon

Région	Groupes cibles	Valeur de la proportion	Deff	Taux de non-réponse	Nombre minimal des individus/ strate	Nombre moyen cible par ménage	Nombre de ménages à inclure dans une strate
Maradi	12-23 mois	7,9%	2	0,07	168	0,3	561
	Femmes de 15-49 ans	21,7%	2	0,07	391	1,3	301
	10-24 ans	33,3%	2	0,07	511	0,4	1278
Tillabéri	12-23 mois	7,9%	2	0,07	168	0,3	561
	Femmes de 15-49 ans	21,7%	2	0,07	391	1,3	301
	10-24 ans	33,3%	2	0,07	511	0,4	1278
Zinder	12-23 mois	7,9%	2	0,07	168	0,3	561
	Femmes de 15-49 ans	21,7%	2	0,07	391	1,3	301
	10-24 ans	33,3%	2	0,07	511	0,4	1278

Ainsi, la taille de l'échantillon pour l'ensemble des 3 régions est de 3840 ménages répartis comme suit :

Tableau 4 : Distribution de l'échantillon par région

Région	Nombre de ménages à enquêter
Maradi	1280
Tillabéri	1280
Zinder	1280
Total	**3840**

Il ressort que la taille de l'échantillon est identique entre les différents groupes cibles et entre les trois régions d'intervention du projet.

Plan de sondage

Le plan de sondage de cette enquête est de type stratifié à deux degrés. L'unité primaire de sondage, que nous nommons grappe, est le site ou village d'intervention. Chaque région correspond à une strate d'échantillonnage. Pour le tirage, aucune distinction n'a été faite entre les zones urbaines et rurales dans chaque région. Dans chaque strate, l'échantillon de premier degré a été tiré de manière indépendante, suivant un tirage systématique. Celui du second degré l'a été également indépendamment dans chaque unité primaire tirée au premier degré et de manière systématique.

Comme indiqué plus haut, une base de sondage constituée de l'ensemble des sites d'intervention du projet USAID Kulawa est disponible. Elle contient 3692 sites ou localités. La base de sondage a été triée pour chaque région cible selon la commune et le département et par ordre alphabétique du nom du site ou village d'intervention. Au premier degré de sondage, 120 grappes (sites ou localité d'intervention) ont été sélectionnées systématiquement à probabilité égale sur l'ensemble des trois strates d'échantillonnage, en raison de 40 grappes par strate, en procédant à un tirage systématique à probabilité égale pour enquêter les 3840 ménages (Cf. Annexe 5). Une telle procédure de tirage ne pouvait qu'introduire une stratification implicite au niveau département et à l'intérieur de chaque région.

Après le tirage des unités statistiques du premier degré, une opération de dénombrement a été effectuée dans chaque site tiré, le jour même de l'enquête, afin d'avoir le nombre exact de ménages ordinaires résidant dans le site. Cela a permis de constituer une liste complète de l'ensemble des ménages à partir de laquelle a été tiré, au second degré, un échantillon de 32 ménages suivant un tirage systématique. Au moment des visites des ménages, tous les membres du ménage ont été identifiés à l'aide du questionnaire ménage. Cette opération a permis d'identifier les membres éligibles pour les entretiens individuels. Des questionnaires individuels destinés aux femmes âgées de 15 à 49 ans et aux mères et gardiennes des enfants de 0 à 35 mois et aux hommes âgés de 15 à 54 ans ont été administrés dans chaque ménage tiré, selon la présence de personnes éligibles.

Lors de l'enquête, en cas d'absence ou de refus de participer à l'enquête, le ménage a été remplacé par le ménage suivant ou le ménage précédent sur la liste de tirage. Une fois un site tiré et si les conditions sécuritaires ou d'accessibilité géographique n'étaient pas remplies, il était automatiquement remplacé parmi les villages de la liste de remplacement établie en amont.

2.3.2 Enquête auprès des formations sanitaires et des prestataires

L'enquête auprès des ménages a été couplée d'une évaluation des structures de santé et d'une enquête auprès des prestataires. Cette évaluation est représentative par type d'structure et d'aire géographique (région/département) dans les trois régions. Pour cette opération également, les régions ont été considérées comme des strates. La taille d'échantillon définie s'élevait à 146 structures de santé, soit 17% des 871 structures de la zone couverte par le projet USAID Kulawa, avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5%. Les structures de santé visitées étaient composées des hôpitaux de district (12/12, soit 100%) ; des Centres de Santé Mère et Enfant (3/3, soit 100%), des Centres de santé intégré (83/257, soit 30%) et des Cases de Santé (48/598, soit 30%).

Tous les hôpitaux de district (HD) et les centres de santé de la mère et de l'enfant (CSME) des 3 régions ont été ciblés par l'étude. Pour ce qui est des centres de santé intégrés (CSI) et les cases de santé (CS), l'ensemble des 120 sites ou villages d'intervention échantillonnés pour l'enquête auprès des ménages ou fréquentés par leurs populations ont été coptés et automatiquement visités pour l'évaluation des structures de santé. Le complément des CSI et de CS a été tiré aléatoirement dans les bases de données respectives des centres de santé intégrés et des cases de santé de l'ensemble des 3 régions/strates pour atteindre le total de 146 structures de santé. Selon le type de structure sanitaire, l'équipe a interrogé un (1) responsable par structure, un (1) prestataire par CS, deux (2) par CSI, deux (2) par CSME, trois (3) par hôpital de district. Pour les structures sanitaires où le nombre de prestataires est supérieur au nombre de prestataires à enquêter, les prestataires des services de SR/PF ont été coptés pour l'étude.

Critères d'inclusion

Pour cette étude, les critères d'inclusion des participants reposaient principalement sur l'âge et le sexe pour l'enquête auprès des ménages et l'acceptation à participer à l'enquête. La population de l'étude était constituée de femmes âgées de 15 à 49 ans, d'hommes de 15 à 54 ans, des enfants de 0 à 35 mois et des

prestataires de santé résidents dans la zone d'intervention du projet. Ces critères visaient à couvrir les personnes qui sont visées par les interventions du projet. Pour les prestataires, le critère était le fait d'exercer dans la structure de santé tiré pour l'inventaire. Les prestataires sont constitués de médecins, d'infirmiers (ères) et de sages-femmes.

Recrutement et inscription des participants

Une fois les ménages sélectionnés, l'équipe de collecte des données a commencé à les visiter. L'équipe s'adressait en premier lieu au chef de ménage ou son représentant, en vue d'obtenir son consentement à participer à l'étude. Un questionnaire a été administré pour la composition du ménage, et dans le but d'avoir quelques caractéristiques du ménage. Le chef de ménage ou son représentant donnait son autorisation pour la participation des autres membres du ménage à l'étude. A cet effet, il a été tiré au hasard une cible parmi les hommes de 15 à 54 ans et une autre chez les femmes de 15 à 49 ans. Les agents de collecte de données ont effectué d'abord le consentement éclairé auprès des individus sélectionnés, avant l'administration des questionnaires.

Consentement éclairé

Un consentement éclairé a été recueilli auprès des participants et dans un cadre privé. Pour les femmes, les interviews ont été conduites dans des endroits isolés et en l'absence d'une tierce personne. Les participants à l'étude ont eu la possibilité de signer le formulaire de consentement, de refuser ou de reporter la décision. Il a été accordé aux individus le temps nécessaire pour décider s'ils désiraient s'inscrire ou non.

De plus, les participants ont été assurés qu'ils pouvaient refuser de répondre à toute question posée par les enquêteurs, et ils pouvaient retirer leur consentement à tout moment. Les questionnaires ont été adressés par des enquêteurs du même genre que les participants afin de minimiser l'inconfort et les biais. Un document pour obtenir le consentement spécifique pour les mineurs non mariés âgés de 15 à 17 ans a été élaboré. Ce consentement a été obtenu auprès leurs parents biologiques ou adoptifs, en vue de recueillir leur assentiment à interroger ces mineurs. Les enfants ont ensuite été informés que leurs parents sont d'accord pour les interroger mais ils ont également le choix d'accepter ou de refuser l'interview en dernier lieu sans aucune contrainte ou gène. Comme le mariage confère automatiquement un statut de majorité par émancipation, il n'y a pas eu de consentement spécifique aux mineurs mariés. Au niveau des structures sanitaires, les lettres d'autorisation du comité éthique du Niger et du Secrétariat Général du Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales ont facilité la collaboration des prestataires pour l'enquête. Le jour des interviews, l'agent de collecte obtient le consentement du responsable de la structure sanitaire pour mener tous les interviews nécessaires pour l'étude (inventaire et prestataires). Par la suite, un bureau isolé a été choisi pour conduire les différents entretiens afin de garantir la confidentialité sans perturber le déroulement des prestations de service.

2.4 Outils de l'évaluation

Les outils utilisés pour cette enquête évaluation étaient constitués d'un questionnaire individuel « Femme de 15 à 49 ans », d'un questionnaire individuel « Homme de 15-59 ans », d'un « Inventaire des centres de santé » et d'un questionnaire individuel « Prestataire de santé ». La collecte des données a été conduite au moyen de l'application ODK installée sur des tablettes. Le questionnaire individuel femme a été administré aux femmes membres des jardins ayant rempli les conditions et qui avaient donné leur consentement, à nouveau, de participer à l'évaluation. Les questionnaires de ménage et homme étaient également renseignés pour avoir des informations sur les ménages auxquels appartenaient les femmes éligibles. Le questionnaire ménage était adressé au chef de ménage ou à toute personne compétente membre du ménage, capable de fournir les informations sur le ménage. Le questionnaire individuel homme quant à lui concernait uniquement les époux des femmes interrogées.

Sécurisation des données

La gestion des données collectées a été soumise à une obligation de sécurité. Les mesures nécessaires prises pour assurer la confidentialité des données et éviter toute violation sont liées à la définition des paramètres de sécurité et de restriction en fonction des tâches (accès au serveur, gestion des données, verrouillage, etc.). Les fichiers de données sont stockés sur un serveur ONA avec un accès limité. Un mot de passe suffisamment fort protège tout accès non autorisé à son contenu.

2.5 Indicateurs d'évaluation des résultats

Le cadre de suivi/évaluation de USAID Kulawa comprend des indicateurs de surveillance. L'Annexe 6 portant sur les outils de collecte par indicateur présente un résumé des indicateurs d'évaluation inclus dans ce rapport.

2.6 Recrutement et formation des agents de collecte

Le recrutement des agents enquêteurs a été effectué du 1er au 6 novembre 2022 à Niamey, en respectant la procédure habituelle de recrutement des agents de collecte à GRADE Africa. Il s'agit successivement de l'annonce de recrutement, de la réception des dossiers de candidature, du dépouillement des dossiers de candidature, de la présélection des candidats potentiels et de l'entrevue pour la sélection des candidatures à former. Après la formation et en se basant sur la performance des participants, 54 enquêteurs, dont 12 chefs d'équipes, ont été retenus et, 9 enquêteurs ont été mis sur la liste d'attente en tant que réservistes.

Du 9 au 14 novembre 2022, dans la salle présidentielle du Stade Général Seyni Kountché (SGSK) de Niamey, les candidats retenus ont été formés sur le projet USAID Kulawa, l'étude (Méthodologie, Formulaires d'assentiment/consentement, Questionnaires), l'application ODK et sa pratique et les principes éthiques.

2.7 Supervision et suivi

La collecte s'était déroulée du 17 novembre au 3 décembre 2022. Un itinéraire avait été tracé pour chaque équipe, en vue de faciliter le déplacement des équipes et la gestion des véhicules. La méthodologie adaptée sur le terrain consistait d'abord à présenter au chef des villages l'objectif de la mission, puis convoquer une assemblée générale dans les villages afin d'expliquer à la l'ensemble de la communauté le but de la mission et demander sa collaboration. Après cette présentation de l'étude à la communauté, les agents de collecte procédaient d'abord au dénombrement des ménages, puis au tirage des ménages éligibles. La répartition des ménages à enquêter par enquêteur étaient effectuée par le Chef d'équipe. Après l'administration du questionnaire et l'identification des membres éligibles, ces derniers étaient repartis entre les enquêteurs par le chef d'équipe pour la facilitation de suivi de la collecte. Conformément au protocole de cette étude, le consentement/assentiment était requis avant chaque interview à travers les fiches préalablement préparées à cet effet pour les ménages et aussi pour les structures de santé.

Pour les cases de santé dont les noms des villages dans lesquels elles se trouvent ne figuraient pas dans le fichier, les responsables des CSI respectifs, et parfois avec le concours des chefs des villages, aidaient à les identifier et à les retrouver. Dans le souci d'avoir des données de qualité, les chefs d'équipes, en plus de la conduite de l'enquête (pour les chefs d'équipe femmes), ont assuré la vérification des formulaires renseignés avant l'envoi sur le serveur. Après chaque village, les équipes sont invitées à synchroniser les données collectées. Au niveau central, une extraction des données est effectuée chaque deux jours pour vérifier la qualité des données. Le coordonnateur central est chargé d'effectuer cette tâche et de partager les observations et commentaires issues de l'analyse aux différents superviseurs régionaux qui a leur tour remontent les informations aux chefs d'équipe. Environ 35% des questionnaires ont été vérifiés pour la qualité.

2.8 Bilan de collecte des données

Les données collectées sur les populations sont consignées dans le Tableau 5. Le taux de non-réponse le plus élevé, et qui reste toutefois faible, était de 6%, enregistré dans la région de Zinder. Il reste proche de celui enregistré à Maradi (5%). Le taux de non-réponse était presque négligeable à Tillabéri (1%). Ce taux de non-réponse demeure globalement inférieur à la marge du taux- d'erreur introduite lors du calcul de notre échantillon qui est de 7%.

Tableau 5 : Effectifs des ménages enquêtés et taux de non-réponse

Région	Effectif attendu	Effectif enquêté	Taux de non réponses
Maradi	1280	1213	5%
Tillabéri	1280	1263	1%
Zinder	1280	1202	6%
Total	3840	3678	4%

Pour les structures de santé, 146 ont été enquêtées. Les Centres de santé intégré (CSI) sont les plus nombreux (83), suivis par les Case de Santé (CS) qui sont au nombre de 48 pour l'ensemble des trois régions.

Tableau 6 : Effectifs des structures sanitaires et des prestataires enquêtés

Type d'structure	Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
Hôpital de district (HD)	4	3	5	12
Centre de Santé Mère et Enfant (CSME)	**1**	1	1	3
Centre de Santé Intégré (CSI)	27	29	27	83
Case de Santé (CS)	18	6	24	48
Total d'structures de santé	**50**	**39**	**57**	**146**
Prestataires enquêtés	**84**	**71**	**99**	**254**

Un Centre de Santé Mère et Enfant (CSME) a été enquêté au niveau de chaque région. Pour les Hôpitaux de district (HD), 4 ont été enquêtés à Maradi, 3 à Tillabéri et 5 à Zinder, soit un total de 12 hôpitaux de district.

La sélection des centres de santé intégrés (CSI) et les cases de santé (CS) dépendait de choix aléatoire des sites ou villages. Une fois les sites ou villages tirés de manière aléatoire, les sites ou villages viennent avec leurs CSI et CS de rattachement. Ces derniers sont considérés pour la collecte des données pour l'inventaire. Pour le cas de la région de Tillabéri, les sites ou villages tirés sont rattachés à 6 CS et 29 CSI.

2.9 Limites de l'étude

La présente étude comporte quelques limites d'ordre contextuel ou méthodologique. Ainsi, les résultats de l'étude ne sont représentatifs que de la zone d'intervention du projet USAID KULAWA. Il convient de souligner que la situation sécuritaire volatile n'a pas permis de visiter certains villages initialement échantillonnés qui ont été remplacés par la suite. Certaines structures sanitaires considérées comme des CSI ne disposent pas du personnel requis et des services adéquats d'un CSI. D'après les informations reçues des mères de la région de Tillabéri, les carnets de certains enfants sont gardés par les prestataires en raison de non-paiement de frais de carnet de 1 000 francs CFA exigés par les structures de santé.

3. PRINCIPAUX RÉSULTATS

3.1 Caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée

La population cible de l'étude est constituée des femmes âgées de 15 à 49 ans et des hommes âgés de 15 à 54 ans. Les résultats de l'enquête montrent que les adolescents et jeunes représentent 40,9% chez les femmes et 21,6% chez les hommes. Globalement, la tranche d'âge de 25 à 29 ans est la plus représentée dans l'échantillon chez les 2 sexes. Des disparités régionales sont constatées suivant les groupes d'âge. Les proportions des femmes âgées de 15-24 ans sont quasi-équivalentes dans les régions de Tillabéri (38,6%) et Zinder (39,7%) mais plus élevée à Maradi (43,3%). Chez les hommes, les disparités régionales s'observent chez les 30-34 ans avec des proportions de 17,0% à Tillabéri et 18,4% à Zinder contre 11,8% à Maradi.

La distribution de la population par statut matrimonial indique une forte proportion de personnes mariées monogames chez les femmes (67,7%) comme chez les hommes (62,8%). Les personnes célibataires sont relativement peu représentées avec une proportion de 6,0% chez les femmes et 17,3% chez les hommes. Les analyses au niveau des régions mettent en lumière des différences suivant le statut matrimonial de personnes enquêtées. Les femmes mariées polygames sont plus représentées à Maradi (29,6%) qu'à Tillabéri (15,4%) et Zinder (20,9%). Les mêmes tendances ressortent chez les hommes. S'agissant du niveau d'instruction, la majorité des femmes (56,9%) n'ont aucun niveau d'instruction tandis que chez les hommes l'instruction coranique (51,6%) concentre la part importante de l'échantillon. Les analyses par région font ressortir des disparités au niveau du degré secondaire quel que soit le sexe. En effet, les femmes de la région de Zinder (2,5%) sont moins représentées que celles des régions de Maradi (9,0%) et Tillabéri (11,2%) pour le niveau d'instruction secondaire. Les chefs de ménages représentent 82,2% chez les hommes contre 13,3% chez les femmes. Au niveau des régions, il ressort plus de femmes chef de ménage à Zinder (20,3%) par rapport à Maradi (9,5%) et Tillabéri (8,4%).

Tableau 7 : Caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée

Group d'âges	Maradi n=1011	Tillabéri n=920	Zinder n=709	Ensemble n=2640	Maradi n=819	Tillabéri n=549	Zinder n=669	Ensemble n=2037
	Femmes				Hommes			
15-19 ans	23,0%	19,8%	19,1%	20,8%	14,4%	12,8%	6,5%	10,8%
20-24 ans	20,3%	18,8%	20,6%	20,1%	11,8%	12,2%	9,3%	10,8%
25-29 ans	23,3%	20,1%	20,7%	21,6%	19,3%	15,6%	17,2%	17,8%
30-34 ans	12,6%	15,9%	14,9%	14,2%	11,8%	17,0%	18,4%	15,5%
35-39 ans	10,1%	12,3%	10,0%	10,6%	14,3%	14,8%	18,1%	16,0%
40-44 ans	5,2%	7,7%	8,7%	7,1%	13,3%	13,1%	12,9%	13,1%
45-49 ans	5,5%	5,3%	6,1%	5,7%	9,0%	14,4%	9,4%	10,2%
50-54 ans	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,1%	0,0%	8,1%	5,8%
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Statut matrimonial								
Marié monogame	61,6%	73,2%	70,8%	67,7%	57,1%	64,5%	68,5%	62,8%
Marié polygame	29,6%	15,4%	20,9%	23,1%	22,1%	8,7%	22,1%	18,5%
Divorcé /Séparé	0,7%	1,5%	5,0%	2,5%	0,6%	1,3%	1,1%	0,9%
Veuf/Veuve	0,6%	0,7%	0,6%	0,6%	0,0%	1,1%	0,5%	0,4%
Célibataire/Jamais marié	7,5%	9,1%	2,7%	6,0%	20,2%	24,4%	7,9%	17,3%
Union Libre	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Niveau d'instruction								
Aucun	53,5%	56,1%	61,0%	56,9%	8,6%	27,1%	11,5%	14,5%
Alphabétisé	7,9%	0,4%	5,0%	5,1%	6,0%	0,9%	1,1%	3,0%
Coranique	17,2%	12,7%	25,4%	19,3%	43,4%	35,0%	75,5%	51,6%
Primaire	12,4%	19,3%	6,1%	11,6%	21,9%	22,2%	7,0%	17,1%
Secondaire	9,0%	11,2%	2,5%	7,0%	19,4%	14,2%	4,6%	13,2%
Supérieur	0,0%	0,4%	0,0%	0,1%	0,9%	0,6%	0,3%	0,6%
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Lien de parenté								
Chef de ménage	9,5%	8,4%	20,3%	13,3%	80,3%	74,3%	91,9%	82,5%
Femme ou mari	81,7%	75,3%	73,3%	77,1%	0,1%	0,0%	0,2%	0,1%
Fils ou fille	8,1%	11,0%	5,1%	7,6%	18,8%	22,0%	7,2%	15,9%
Gendre/Belle-fille	0,2%	3,2%	0,2%	0,9%				
Petit-fils/fille ou enfant de la femme/mari	0,2%	0,4%	0,2%	0,3%	0,6%	1,5%	0,5%	0,8%
Père/mère	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%				
Frère ou sœur	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	1,1%	0,3%	0,4%
Coépouse	0,1%	0,0%	0,6%	0,3%				
Autre parent	0,1%	0,5%	0,2%	0,2%	0,0%	0,6%	0,0%	0,2%
Adopté/en garde	0,0%	0,9%	0,0%	0,2%	0,1%	0,4%	0,0%	0,2%
Sans lien de parenté	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

3.2 Connaissance, utilisation et attitudes sur la planification familiale

Cette section évalue les niveaux de connaissance et de l'utilisation des méthodes contraceptives de la population étudiée, ainsi que ses attitudes sur la planification familiale.

3.2.1 Connaissance de la PF et autres services de santé

Cet indicateur est la proportion d'hommes et de femmes de 15 à 49 ans ayant une connaissance de la PF/des autres services de santé au sein de la population cible. Une personne est supposée connaitre les méthodes PF/autres services de santé que lorsqu'elle remplit au moins trois (3) des éléments suivants : a) peut identifier au moins trois (3) méthodes de planification familiale (modernes ou traditionnelles) ; b) affirme où l'on peut obtenir une méthode moderne de PF ; c) peut identifier la période du cycle menstruel d'une femme pendant laquelle elle est la plus susceptible de tomber enceinte ; et, d) peut identifier comme mythe la croyance selon laquelle si une femme a déjà utilisé une méthode contraceptive, il lui est plus difficile de tomber enceinte plus tard.

Tableau 8 : Proportion d'hommes et de femmes de 15 à 49 ans ayant une connaissance en PF

Connaissance en PF %		Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
Femmes	Oui	**66,3%**	**59,2%**	**33,1%**	**52,1%**
	Non	33,7%	40,8%	66,9%	47,9%
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Hommes	Oui	**4,6%**	**9,5%**	**0,4%**	**3,7%**
	Non	95,4%	90,5%	99,6%	96,3%
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Ensemble	**Oui**	**39,2%**	**40,3%**	**18,2%**	**31,1%**
	Non	60,8%	59,7%	81,8%	68,9%
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Les résultats de l'étude (tableau 8) montrent que 52,1% des femmes et 3,7% des hommes ont déclaré avoir une connaissance élargie des méthodes contraceptives modernes (au moins trois des critères précités). La répartition de la connaissance de la PF/autre service suivant les 4 éléments est consignée dans le tableau 9 suivant :

3.2.2 Promotion de message SR/PF par le gouvernement américain

L'indicateur est le pourcentage des membres du public qui se souviennent avoir entendu ou vu un message spécifique de PF/SR promu par le gouvernement américain. Le « public » est défini comme la population cible pour le message particulier de PF/SR (par exemple, les femmes en âge de procréer). « Rappel » fait référence au pourcentage qui peut spontanément nommer (ou reconnaître lorsqu'il est mentionné) un message particulier de PF/SR. Le « Message spécifique de FP/SR promu par l'USG » fait référence à une communication promu par l'USG avec un aspect identifiable (par exemple, un logo, un personnage, etc.) que le répondant ne pouvait pas nommer à moins qu'il n'ait été exposé à la communication. Cet indicateur est calculé en pourcentage et est spécifique à l'année de rapportage.

Numérateur : nombre pondéré par l'échantillon de membres du public qui se souviennent d'un message spécifique de PF/SR promu par le Gouvernement américain

Dénominateur : nombre total pondéré par l'échantillon de membres du public étudiés) x 100.

Le Gouvernement américain, à travers son Agence pour le Développement international (USAID), appuie les programmes de planification familiale et de santé reproductive au Niger. Cet appui vise, entre autres, à sensibiliser et à informer les populations sur les dimensions de la PF, à rendre disponibles les services de PF et à organiser des actions de plaidoyer pour aider les populations à bénéficier de ces services sans contraintes majeures.

Tableau 9 : Proportion de femmes de 15 à 49 ans ayant entendu un message spécifique (SR/PF) promu au cours des 24 derniers mois par des programmes financés par le gouvernement américain

Message SR/PF promu par des programmes financés par le Gouvernement américain	Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
Femme				
Oui	**32,9%**	**25,2%**	**41,8%**	**34,5%**
Non	67,1%	74,8%	58,2%	65,5%
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Homme				
Oui	**46,7%**	**28,2%**	**11,8%**	**28,9%**
Non	53,3%	71,8%	88,2%	71,1%
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Ensemble				
Oui	39,0%	26,3%	28,1%	32,1%
Non	61,0%	73,7%	71,9%	67,9%
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Les résultats de l'étude montrent que plus d'une femme sur trois (34,5% des femmes de 15 à 49 ans) des trois régions de l'étude déclarent avoir entendu un message spécifique en santé reproductive/planification familiale promu par des programmes financés par le gouvernement américain. Les femmes de la région de Zinder semblent avoir plus accès aux messages, avec 41,8% d'entre-elles qui affirmant avoir entendu les messages. La région de Tillabéri enregistre le plus bas niveau d'exposition aux messages, avec 25,2% des femmes ayant entendu le message.

3.2.3 Utilisation actuelle de la contraception moderne

Il ressort des résultats que 12,0% des femmes enquêtées utilisent actuellement une méthode contraceptive moderne dans la zone d'intervention du projet.

Tableau 10 : Taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes

Taux d'utilisation	Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
Toutes les méthodes				
Toutes femmes	23,6%	14,8%	6,7%	15,2%
Femmes 15-24 ans	18,3%	12,1%	8,0%	13,2%
Femmes 25-49 ans	27,6%	16,5%	5,9%	16,6%
Méthodes modernes				
Toutes femmes	17,4%	14,7%	4,8%	12,0%
Femmes 15-24 ans	12,7%	12,1%	6,3%	10,2%
Femmes 25-49 ans	20,9%	16,3%	3,8%	13,2%

Le taux d'utilisation est plus élevé chez les femmes de la région de Maradi avec 17,4% d'utilisatrices. La région de Zinder enregistre le plus bas taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes (4,8%).

3.2.4 Attitudes sur la planification familiale

L'indicateur est la proportion de la population cible ayant une attitude positive envers la PF et les méthodes de PF. Il mesure les attitudes des individus parmi les populations cibles dans la zone du projet, envers la PF pour permettre à USAID Kulawa de mesurer les facteurs d'attitude contribuant aux résultats comportementaux, et pour aider le projet à hiérarchiser les facteurs intermédiaires pour la mise en œuvre. Éléments clés de la définition :

- Public cible : Hommes (15-59 ans) ; Femmes en âge de procréer (15-49 ans)
- Attitude "Positive" envers la PF : Une attitude positive est une évaluation favorable ou positive de la PF provoquée par des croyances, des expériences ou des émotions.
  Déclarations d'enquête :

Les énoncés du sondage utilisent une échelle ordinale à 5 points (c.-à-d. tout à fait d'accord, d'accord, ni d'accord ni en désaccord, en désaccord, fortement en désaccord); Un score "positif" par question doit être soit fortement d'accord/d'accord soit en désaccord/fortement en désaccord, selon l'objet de la question, et indiquer une évaluation favorable de la PF.

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec les affirmations suivantes :

1. Il convient qu'un mari et une femme parlent de l'espacement des naissances et des méthodes contraceptives.

2. Les hommes, dont les épouses utilisent des contraceptifs, manquent d'autorité sur leurs épouses et leur famille.

3. Il est honteux d'être associé à une femme qui utilise des contraceptifs.

4. Une femme est justifiée de demander à son mari d'utiliser un préservatif si elle sait qu'il a une maladie qui peut être transmise sexuellement.

5. Il convient qu'un mari et une femme utilisent des contraceptifs pour limiter le nombre d'enfants qu'ils ont.

Numérateur : nombre pondéré par l'échantillon de l'audience cible ayant une attitude positive envers la PF et les méthodes de PF

Dénominateur : Nombre pondéré par l'échantillon de l'audience cible interrogée

Les analyses font ressortir que, dans l'ensemble des régions de l'étude, 9 femmes de 15 à 49 ans sur 10 (90,1) ont une attitude positive face à la planification familiale. Les régions de Maradi (95,6) et Tillabéri (96,8) enregistrent des taux plus élevés des femmes ayant une attitude positive face à la planification familiale. Les femmes de la région de Zinder semblent moins favorables à la planification familiale avec un taux de 80,5%.

Tableau 11 : Proportion de la population cible ayant une attitude positive face à la PF

Attitudes par rapport à la PF		Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
Femmes	Positive	95,6%	96,8%	80,5%	90,1%
	Négative	4,4%	3,2%	9,5%	9,9%
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Hommes	Positive	85,3%	85,0%	82,0%	83,9%
	Négative	14,7%	15,0%	18,0%	16,1%
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Ensemble	Positive	91,1%	92,3%	81,2%	87,4%
	Négative	8,9%	7,7%	18,8%	12,6%
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Pour l'ensemble des régions de l'étude, près de 4 hommes sur 5 (83,9%) sont favorables à la planification familiale. Les régions de Maradi et Tillabéri, comme chez les femmes, ont les plus fortes proportions des hommes ayant une attitude positive. Les analyses par sexe révèlent que les femmes (90,1%) ont une perception plus positive de la PF que les hommes (83,9%).

3.2.5 Demande des contraceptifs et besoins non satisfaits en PF

L'indicateur principal est le pourcentage d'adolescentes (15-19 ans), ou leurs partenaires, qui sont en union ou sexuellement actives, non mariées, et qui ne désirent pas d'enfant ou pas d'enfant supplémentaire (limitation), ou de reporter la prochaine grossesse (espacement) et qui utilisent actuellement une méthode moderne de contraception. Les femmes utilisant une méthode traditionnelle sont présumées avoir un besoin non satisfait de contraception moderne.

Numérateur : nombre d'adolescentes (âgées de 15 à 19 ans) qui utilisent une méthode contraceptive moderne, y compris la stérilisation féminine, la stérilisation masculine (partenaire), la pilule, le DIU, les injectables, les implants, le préservatif masculin (partenaire), le préservatif féminin, la contraception d'urgence, une méthode vaginale, la méthode de l'aménorrhée lactationnelle ou d'autres méthodes modernes.

Dénominateur : Nombre total d'adolescentes (âgées de 15 à 19 ans) qui ont un besoin satisfait ou non satisfait de planification familiale (demande totale de planification familiale).

Les **procédures de calcul** des indicateurs sur le besoin et la demande de PF sont détaillées à l'annexe 7.

Les résultats montrent qu'il existe une demande des contraceptifs au sein des adolescentes et jeunes, surtout pour le besoin de l'espacement des naissances. Cette demande est de loin plus forte à Maradi (9,7%) qu'à Tillabéri (6,7%) et Zinder (0,0%).

Tableau 12 : Indicateurs de la demande contraceptive et des besoins non satisfaits (15-19 ans)

Indicateurs	Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
Besoin non satisfait en espacement (%)	3,00%	0,00%	0,00%	1,30%
Besoin non satisfait en limitation (%)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Besoin non satisfait total (%)	***3,00%***	***0,00%***	***0,00%***	***1,30%***
Besoin satisfait en espacement (%)	6,40%	6,70%	0,00%	4,30%
Besoin satisfait en limitation (%)	0,30%	0,00%	0,00%	0,10%
Besoin satisfait total (%)	***6,70%***	***6,70%***	***0,00%***	***4,40%***
Demande totale en espacement (%)	9,40%	6,70%	0,00%	5,60%
Demande totale en limitation (%)	0,30%	0,00%	0,00%	0,10%
Demande contraceptive totale (%)	***9,70%***	***6,70%***	***0,00%***	***5,70%***
Demande satisfaite par méthodes modernes (%)	47,50%	100,00%		60,70%
Demande satisfaite par toutes les méthodes PF (%)	69,00%	100,00%		76,80%

Une partie importante de cette demande contraceptive totale (5,7% au niveau des trois régions) est satisfaite par des méthodes contraceptives modernes ou traditionnelles (76,8%). En considérant uniquement les méthodes modernes, cette couverture des besoins passe à 60,7% au niveau de l'ensemble des trois régions. Tillabéri se distingue par une proportion élevée de demande satisfaite par des méthodes modernes. Cela ne semble pas le cas pour Zinder et Maradi (69,0% vs 47,5%).

La proportion des besoins non satisfaits en matière de planification familiale reste globalement faible, avec 1,3% des besoins totaux non satisfaits. Si ces besoins non satisfaits sont davantage plus faibles à Tillabéri (0,0%) et Zinder (0,0%), ils sont relativement plus importants à Maradi (3,0%). Toujours à Maradi, les besoins non satisfaits en espacement sont plus importants que ceux non satisfaits en limitation.

Les résultats globaux sur les femmes âgées de 15 à 49 ans (annexe 11) ont fait ressortir des différences régionales importantes. A Maradi, près de 30 % de demande de PF dont la majeure partie, concerne l'espacement. En plus, 86% de cette demande est satisfaite par n'importe quel type de méthode contraceptive (dont 69% par une méthode moderne). Cela signifie qu'il y a une demande relativement plus élevée et une forte utilisation de la PF. L'objectif du projet à Maradi pourrait être de combler le fossé entre les méthodes de PF traditionnelles et modernes parmi les utilisateurs de PF, en aidant à déplacer les utilisateurs de PF traditionnels vers des méthodes modernes, tout en travaillant à accroître les connaissances et l'accès aux méthodes modernes pour ceux qui ont des besoins non satisfaits. A l'inverse, à

Zinder, la situation est différente. Là, la demande totale est faible (<9%), mais la demande satisfaite est relativement élevée (~80% toute méthode de PF), mais avec seulement 56% de demande satisfaite avec une méthode moderne. Ici, il peut être plus utile de se concentrer sur l'augmentation de la demande de PF, en particulier sur l'amélioration des connaissances sur le moment et l'espacement sains des grossesses, ainsi que sur l'amélioration des attitudes à l'égard de la PF (par exemple, dissiper les mythes, promouvoir la prise de décision conjointe sur l'utilisation de la PF avec partenaires, etc). Le mCPR ne peut pas augmenter à Zinder si la demande de PF n'augmente pas d'abord.

3.3 Fécondité récente et soins prénatals

3.3.1 Fécondité récente des adolescences

L'indicateur est le taux de natalité chez les adolescentes ou le nombre de naissances chez les femmes âgées de 20-24 ans pour 1 000 femmes de ce groupe d'âge par an (OMS 2010). Il s'agit d'un sous-ensemble des taux de fécondité par âge (TFPA/ASFR).

Numérateur : nombre de naissances vivantes chez les adolescentes âgées de 20-24 ans au cours d'une année (Nombre total de naissances vivantes pondéré sur les 5 dernières années divisé par 5).

Dénominateur : Population totale d'adolescentes âgées de 20-24 ans au cours d'une année. En matière de santé de la reproduction, la fécondité des adolescentes occupe une place prépondérante. Les risques de décès liés à la maternité sont élevés pour les adolescentes et leurs bébés. Au Niger, les femmes de 20-24 ans enregistrent 34% des décès maternels (EDSN, 2012) et leurs bébés ont 5 fois moins de chances de survivre que ceux des femmes âgées de plus de 20 ans. Les taux de mortalité néonatale et infantile sont respectivement de 43‰ et 72‰ (ENAFEME-2021).

Tableau 13 : Taux de fécondité chez les 20-24 ans.

Région	Population des femmes âgées de 20-24 ans	Nombre total de naissances vivantes des 20-24 ans sur les 5 dernières années	Taux brut de fécondité (pour 1000) des adolescentes
Maradi	205	325	282
Tillabéri	194	244	249
Zinder	145	222	290
Ensemble	544	791	278

Le tableau 13 montre que le taux 278 naissances vivantes pour 1000 adolescentes âgées de 20-24 ans est encore élevé dans les régions d'intervention du USAID Kulawa (Maradi, Tillabéri et Zinder). La région de Tillabéri se caractérise par un taux inférieur de 249 ‰ par rapport aux autres régions qui présentent des taux supérieurs à 280‰.

3.3.2 Consultations prénatales

L'indicateur est le pourcentage de femmes qui ont eu quatre consultations prénatales ou plus au cours de la dernière grossesse. Cet indicateur mesure le pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) avec une naissance vivante qui ont reçu des soins prénatals (CPN) quatre fois ou plus au cours de leur grossesse la plus récente. La CPN devrait être fourni par du personnel de santé qualifié. Le « personnel de santé

qualifié » désigne les médecins, les infirmières, les sages-femmes, les accoucheuses qualifiées ou les agents cliniques. Les visites aux accoucheuses traditionnelles (AT) formées ou non sont exclues.

Numérateur : nombre pondéré par l'échantillon de femmes (20-24 ans) qui ont reçu au moins quatre consultations prénatales avec un professionnel de la santé qualifié au cours de la grossesse la plus récente qui a abouti à une naissance vivante au cours des cinq dernières années.
Dénominateur : nombre pondéré de l'échantillon de femmes (20-24 ans) qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années.

Les visites prénatales constituent une grande opportunité de sensibilisation et de renforcement des libertés reproductives des femmes. En plus du suivi médical de la grossesse et de la promotion de l'alimentation du nourrisson, ces visites constituent des occasions de proposer des méthodes contraceptives aux femmes.

Tableau 14 : Proportion de femmes de 15 à 49 ans ayant effectué au moins une visite prénatale lors de leurs dernières grossesses

Consultations prénatales lors de la dernière grossesse	Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
Oui	93,5%	93,5%	91,2%	92,7%
Non	6,5%	6,5%	8,8%	7,3%
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Les résultats du tableau 13, montrent que 9 femmes sur 10 ont effectué au moins une visite prénatale lors de leurs dernières grossesses, dans les trois régions. Aucune disparité régionale significative n'a été observée.

Quant à l'analyse sur le nombre de visites prénatales réalisée, il ressort des résultats de l'enquête (Tableau 14) que 5 femmes sur 10 ont effectué 4 visites prénatales ou plus lors de leurs dernières grossesses dans les régions de Maradi, Tillabéri et Zinder.

Tableau 15 : Proportion (%) de femmes de 15 à 49 ans ayant effectué 4 CPN et plus lors de la dernière grossesse

Nombre de CPN	Maradi n=781	Tillabéri n=563	Zinder n=475	Ensemble n=1819	ENAFEME-2021 Niveau National
4 CPN et plus	55,4%	52,1%	49,6%	52,6%	37,3%
Moins de 4 CPN	44,6%	46,0%	48,8%	46,4%	62,3%
NSP	0,0%	1,9%	1,6%	1,0%	0,3%
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Le suivi complet de la grossesse est une garantie pour une maternité sans risque ; mais ce suivi doit être assuré par un personnel qualifié (Médecin, Infirmier, Sage-femme) pour une meilleure prise en charge de la femme enceinte.

3.3.3 Consultations prénatales par un professionnel de santé

L'analyse des données montre que la plupart des consultations prénatales des femmes en âge de procréer sont assurées par un personnel qualifié, c'est à dire des personnels ayant des connaissances et des

compétences nécessaires pour assister la femme pendant la grossesse et capables d'apporter des soins efficaces tant à la mère qu'à l'enfant, après la naissance.

Tableau 16 : Proportions des femmes dont les consultations prénatales ont été assurées par un professionnel de santé qualifié

Consultations prénatales par un professionnel de santé qualifié	Maradi n=781	Tillabéri n=563	Zinder n=475	Ensemble n=1819	ENAFEME-2021 Niveau National
Oui	93,5%	93,0%	89,4%	92,1%	85,0%
Non	6,5%	6,3%	10,6%	7,9%	15,0%
Total	**100,00**	**100,00**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Les résultats du tableau 15 montrent que 9 consultations sur 10 sont assurées par un Médecin, un Infirmier ou une Sage-femme.

3.4 Violences basées sur le genre (echelle GEM)

3.4.1 Opinions de la population sur la violence aux femmes

L'indicateur est la proportion de personnes qui considèrent que battre sa femme est un moyen acceptable pour un mari de la discipliner pour n'importe quelle raison. La "population cible" reflète un groupe destiné à bénéficier des messages sur la violence conjugale. Sur la base de la liste de contrôle de l'OMS trouvée dans l'étude sur la santé des femmes et la violence conjugale à l'égard des femmes, les évaluateurs peuvent demander :

Parfois, un mari est ennuyé ou irrité par les choses que fait sa femme. A votre avis, un mari serait-il justifié de frapper ou de battre sa femme :

- Si elle est infidèle ?
- Si elle désobéit à son mari ?
- Si elle se dispute avec son mari ?
- Si elle refuse d'avoir des relations sexuelles avec lui ?
- Si elle ne fait pas le ménage correctement ?

Numérateur : Nombre de répondants, pondéré par l'échantillon, qui ont répondu « oui » à l'une des questions liées à ce qui justifie que la femme soit battue par son mari, comme indiqué ci-dessus
Dénominateur : nombre de personnes interrogées pondéré par l'échantillon.

Les résultats indiquent 31,1% des hommes des régions de l'étude affirmant qu'il serait justifié de frapper ou battre sa femme pour l'une des raisons suivantes :

Tableau 17 : Proportions de la population cible affirmant qu'il serait justifié de frapper ou battre sa femme

Justification de frapper ou battre sa femme		Maradi Femme (n=1011) Homme (n=819)	Tillabéri Femme (n=920) Homme (n=549)	Zinder Femme (n=709) Homme (n=669)	Ensemble Femme (n=2640) Homme (n=2037)
Hommes	Oui	27,0%	43,3%	29,9%	31,1%
	Non	73,0%	56,7%	70,1%	68,9%
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Femmes	Oui	76,3%	85,1%	86,4%	82,1%
	Non	23,7%	14,9%	13,6%	17,9%
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Ensemble	Oui	54,6%	69,2%	60,6%	60,0 %
	Non	45,4%	30,8%	39,4%	40,0 %
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Les résultats montrent que les femmes approuvent le fait de frapper ou battre sa femme plus que les hommes. Il ressort que 82,1% des femmes soutiennent qu'il serait justifié de frapper ou battre sa femme contre 31,1% des hommes.

Les analyses par région montrent que les hommes de Tillabéri (43,3%) sont de loin plus nombreux à approuver le fait de frapper ou battre sa femme. Les prévalences s'élèvent à 27,0% et 29,9% dans les régions de Maradi et Zinder respectivement. Par contre, les femmes de la région de Zinder (86,4%) approuvent cela plus que celles des régions de Maradi et de Tillabéri (85,1%).

Tableau 18 : Proportions de la population cible affirmant qu'il serait justifié de frapper ou battre sa femme par type de question

	Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble	Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
	Femmes				Hommes			
	Si elle est infidèle ?							
Oui	20,3%	34,2%	19,6%	23,8%	20,3%	34,2%	19,6%	23,8%
Non	73,0%	48,5%	69,2%	65,1%	73,0%	48,5%	69,2%	65,1%
Incertain	6,7%	17,3%	11,2%	11,1%	6,7%	17,3%	11,2%	11,1%
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Si elle désobéit à son mari ?							
Oui	17,1%	29,3%	12,3%	18,8%	17,1%	29,3%	12,3%	18,8%
Non	76,6%	54,3%	73,4%	69,5%	76,6%	54,3%	73,4%	69,5%
Incertain	6,4%	16,4%	14,4%	11,7%	6,4%	16,4%	14,4%	11,7%
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Si elle se dispute avec son mari ?							
Oui	12,8%	23,3%	11,1%	15,1%	12,8%	23,3%	11,1%	15,1%
Non	79,1%	61,6%	77,1%	73,7%	79,1%	61,6%	77,1%	73,7%
Incertain	8,1%	15,1%	11,8%	11,2%	8,1%	15,1%	11,8%	11,2%
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Si elle refuse d'avoir des relations sexuelles avec lui ?							
Oui	12,9%	21,9%	22,7%	18,6%	12,9%	21,9%	22,7%	18,6%
Non	75,7%	57,9%	70,0%	69,0%	75,7%	57,9%	70,0%	69,0%
incertain	11,4%	20,2%	7,3%	12,4%	11,4%	20,2%	7,3%	12,4%
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Si elle ne fait pas le ménage correctement ?							
Oui	7,0%	17,9%	9,1%	10,6%	7,0%	17,9%	9,1%	10,6%
Non	83,8%	67,9%	77,1%	77,3%	83,8%	67,9%	77,1%	77,3%
incertain	9,3%	14,2%	13,8%	12,1%	9,3%	14,2%	13,8%	12,1%
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

3.4.2 Echelle d'équité de genre (GEM)

L'indicateur est le pourcentage de la population cible ayant au moins un score d'équité modéré sur l'échelle GEM. Cet indice mesure les attitudes envers les normes de genre dans les relations intimes ou les attentes sociales différentes pour les hommes et les femmes, en utilisant l'échelle Gender Equitable Men (GEM).

Numérateur : le nombre de personnes cibles pondérées par l'échantillon qui obtiennent un score modéré ou élevé sur l'échelle GEM.

Dénominateur : le nombre de personnes cibles interrogées.

Les **procédures de calcul de l'échelle GEM** sont détaillées à l'annexe 8.

Procédures de notation : Chacun des éléments ci-dessus est noté sur une échelle de 3 points, où 1 = d'accord, 2 = partiellement d'accord et 3 = pas d'accord. Les réponses à chaque élément doivent être additionnées en fonction de la valeur en points attribuée à la réponse. La valeur totale des points pour l'échelle GEM varie de 24 à 72. Chaque score se traduit par un score d'équité faible (24-39 points) ; Modéré (40-56 points) ; et élevé (57-72 points).

Le tableau 17 présente les résultats de l'indice en fonction du pourcentage d'hommes et des femmes classés faible, moyen et haut en termes d'acceptation globale de normes plus équitables. L'échelle GEM a été construite à partir des réponses issues des quatre sous-thèmes suivants : éléments du domaine de la violence, domaine des relations sexuelles, éléments du domaine de la santé reproductive et de la prévention des maladies et le domaine des tâches domestiques et de la vie quotidienne.

Les résultats d'analyse de l'échelle GEM montrent que 5,8% des hommes et 2,9% des femmes soutiennent fortement les normes de genre équitables. Selon les régions, les hommes de Zinder (8,7%) et Tillabéri (6,5%) approuvent les normes de genre équitables plus que ceux de Maradi (2,4%). Chez les femmes, Tillabéri enregistre le plus fort taux de haute équité (12,0%) contre des très faibles taux de haute équité à Maradi (0,1%) et Zinder (0,3%).

Tableau 19 : Proportions de la population cible selon le soutien aux normes de genre équitables.

Echelle GEM		Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
Hommes	Equité faible	25,8%	39,6%	21,5%	26,5%
	Equité modérée	71,8%	53,9%	69,8%	67,7%
	Haute équité	2,4%	6,5%	8,7%	5,8%
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Femmes	Equité faible	78,8%	65,1%	56,1%	63,1%
	Equité modérée	31,1%	22,9%	43,7%	34,0%
	Haute équité	0,1%	12,0%	0,2%	2,9%
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Ensemble	Equité faible	49,8%	55,4%	40,3%	47,2%
	Equité modérée	49,1%	34,7%	55,6%	48,7 %
	Haute équité	1,1%	9,9%	4,1%	4,1%
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Il convient de noter que, toutes régions confondues, les hommes approuvent l'équité de genre plus que les femmes. Cet écart peut se justifier par le fait que, selon les cultures des régions de l'étude, l'homme jouant le rôle de chef de ménage, a le devoir de prendre en charge son ménage. Cependant, les maris éprouvent, de plus en plus, le sentiment du rôle indispensable de la femme dans le ménage et pour cela, ils pourraient souhaiter les associer de plus en plus dans la prise de décisions de toutes sortes.

3.5 Vaccination des enfants (12-23 mois)

L'indicateur est le pourcentage d'enfants d'un an (âgés de 12 à 23 mois) qui ont reçu une dose de vaccin BCG, trois doses de vaccin contre la poliomyélite, trois doses de vaccin DTC3 et une dose de vaccin contre la rougeole.

Numérateur : nombre d'enfants recensés (âgés de 12 à 23 mois) qui ont reçu les vaccins 1* BCG, 3*DTC3 et 1a rougeole.

Dénominateur : Nombre total d'enfants recensés dans la zone concernée.

Seuls les enfants dont le carnet de vaccination a été vu par l'agent de collecte ont été inclus au niveau du dénominateur et parmi ces enfants que ceux qui sont complètements vaccinés ont été identifiés. Il faut aussi souligner que les enfants dont les dates de vaccination ne sont pas reportées sur les carnets n'ont pas été pris en compte au numérateur.

La vaccination est reconnue comme une des mesures les plus efficaces pour prévenir la mortalité, la morbidité et les complications des maladies infectieuses chez les enfants. Selon l'indicateur de performance de l'USAID, un enfant est considéré comme complètement vacciné lorsqu'il a reçu un vaccin BCG, trois doses de vaccin DTP3 et une dose de vaccin contre la rougeole. Au cours de l'enquête, les informations recueillies sur la vaccination des enfants de 12-23 mois proviennent de deux sources complémentaires : les carnets et/ou cartes de vaccination (ce qui permet d'établir avec justesse la complétude vaccinale, ainsi que le respect du calendrier des vaccinations), et la déclaration de la mère, à partir des réponses données lorsqu'aucun document de vaccination de l'enfant n'était disponible.

Tableau 20 : Proportion des enfants âgés de 0 à 35 mois selon la disponibilité du carnet de vaccination

Statut vaccinal		Maradi n=576	Tillabéri n=641	Zinder n=579	Ensemble n=1796
Carnet de vaccination	Oui, vu	52,2%	33,1%	39,1%	43,1%
	Oui, pas vu	37,5%	51,5%	43,7%	42,9%
	Pas de carnet	10,3%	15,4%	17,2%	14,0%
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Les analyses de disponibilité des carnets de vaccination montrent que les carnets des 43,1% des enfants ont été vus par les agents de collecte des données dans l'ensemble des régions de l'étude. La disponibilité des carnets est plus élevée dans la région de Maradi (52,2%), suivie de la région de Zinder (39,1%). A Tillabéri, les carnets de vaccination étaient peu disponibles (51,5%).

Les résultats montrent aussi que 14,0% des enfants n'ont pas de carnet de vaccination. La région de Zinder enregistre le taux le plus élevé des enfants sans carnet de vaccination (17,2%) et la région de Maradi a le taux le moins élevé (10,3%).

Tableau 21 : Proportion des enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés (enfants qui ont des carnets vus)

Statut vaccinal		Maradi n=79	Tillabéri n=67	Zinder n=78	Ensemble n=224
Complétement vaccinés	Non	42,8%	71,3%	53,8%	51,2%
	Oui	57,2%	28,7%	46,2%	48,8%
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Les résultats de l'étude montrent que 48,8 % des enfants âgés de 12 à 23 mois sont complètement vaccinés dans les 3 régions de l'étude. Le taux de vaccination est plus élevé dans la région de Maradi (57,2%), suivie de la région de Zinder (46,2%). La région de Tillabéri enregistre le taux de vaccination le plus bas de la zone de l'étude (28,7%).

3.6 Prestations de service

3.6.1 Attitude des prestataires face aux adolescents

L'indicateur est le pourcentage de prestataires ayant des attitudes positives envers l'utilisation de la PF, les jeunes/adolescents utilisant la PF et d'autres services de santé. Cet indice mesure les attitudes des prestataires de santé à l'égard de l'utilisation par les adolescents (15-19 ans) et les jeunes (20-24 ans) de la planification familiale et d'autres services de Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents (SSRA).

Numérateur : Nombre de prestataires de soins qui expriment des attitudes positives à l'égard de l'utilisation de la PF/jeunes/adolescents utilisant la PF et autres services de santé

Dénominateur : nombre de prestataires étudiés dans le cadre de l'évaluation de USAID Kulawa.

Les procédures de calcul de l'indicateur de l'attitude des prestataires face aux adolescents sont détaillées à l'annexe 9.

La littérature démontre que les comportements peu accueillants et les attitudes de jugement des agents de santé sont des véritables obstacles à l'utilisation (et/ou à la continuité) des services de santé notamment chez les adolescents. L'embarras ou la gêne des adolescents à discuter de sujets sensibles avec les prestataires de santé, des attitudes moins favorables des prestataires à l'utilisation de PF et la déception quant à la façon dont les prestataires de santé posent des questions, l'incertitude quant à ce que les prestataires font de l'information, et le fait d'être traité de façon irrespectueuse et même le refus du service par leurs prestataires de santé sont souvent cités comme étant décourageants. Les prestataires de santé sont parfois mal à l'aise avec les sujets ou qu'ils croient à tort que le fait de fournir des informations sur la santé reproductive adaptées à leur âge encouragera l'activité sexuelle.

Tableau 22 : Proportion des prestataires ayant une attitude positive face à l'utilisation de la PF et ses services par les adolescents

Attitude des prestataires	Maradi n=401	Tillabéri n=269	Zinder n=505	Ensemble n=1175
Positive	35,7%	33,8%	46,5%	39,4%
Négative	64,3%	66,2%	53,5%	60,6%
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Nos analyses (voir tableau 23) révèlent que 39,4% des prestataires de la zone d'étude déclarent avoir une attitude positive face à la planification familiale. Les prestataires de la région de Zinder semblent plus favorables que ceux des régions de Maradi (35,7%) et Tillabéri (33,8%).

3.6.2 Unités de santé avec au moins un prestataire de service formé pour prendre en charge et orienter les victimes de VSBG

L'indicateur est le pourcentage d'établissements de santé dans la région géographique de l'étude (par exemple, pays, région, communauté) avec au moins un prestataire qui a été formé au cours des trois dernières années à l'identification, aux soins et au soutien de la violence sexuelle basée sur le genre (VSBG).

Cet indicateur est mesuré au niveau HD, CSME et CSI, où se déroulent les formations VSBG soutenues par USAID Kulawa. Les établissements de niveau CS ne sont pas inclus.

Cet indicateur est calculé comme suit :

(Nombre d'établissements de santé déclarant avoir au moins un prestataire qui a été formé au cours des trois dernières années pour la prise en charge clinique des victimes de VSBG/Nombre total d'établissements de santé enquêtés) x 100.

Les résultats montrent que 53,3% des unités ont au moins un prestataire de services formé pour prendre en charge et désigner les VSBG. Les régions de Maradi (61,2%) et Tillabéri (58,5%) semblent présenter plus d'unités de santé avec au moins un prestataire de services formé pour prendre en charge et désigner les VSBG que la région de Zinder (43,5%).

Tableau 23 : Pourcentage d'unités de santé avec au moins un prestataire de services formé pour prendre en charge et désigner les VSBG

Unités de santé VSBG	Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
Oui	61,2%	58,5%	43,5%	53,3%
Non	38,8%	41,5%	56,5%	46,7%
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

3.6.3 Accouchement dans une structure et sortie avec une méthode contraceptive moderne

D'après les résultats de l'étude, 28,0% de femmes qui accouchent dans une structure ont commencé ou quitté avec une méthode contraceptive moderne avant la sortie. Les femmes des régions de Tillabéri (37,0%) et Zinder (28,0%) semblent bénéficier de cet avantage plus celles de la région de Maradi (23,0%).

Tableau 24 : Pourcentage de femmes qui accouchent dans une structure et commencent ou quittent avec une méthode contraceptive moderne avant la sortie

PF avant la sortie	Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
Oui	23,0%	37,0%	28,0%	28,0%
Non	77,0%	63,0%	72,0%	72,0%
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

3.6.4 Accouchement dans une structure et conseils sur la Planification familiale avant la sortie

Les analysent démontrent que dans la zone de l'étude plus de 3 femmes sur 5 (70,0%) qui accouchent dans une structure reçoivent des conseils sur la planification familiale avant la sortie.

Les régions de Zinder (73,0%) et Tillabéri (87,0%) présentent plus des femmes parturientes reçoivent des conseils sur la planification familiale avant la sortie que la région de Maradi (59,0%).

Tableau 25 : Pourcentage de femmes qui accouchent dans une structure et reçoivent des conseils sur la planification familiale avant la sortie

Conseils avant la sortie	Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
Oui	59,0%	87,0%	73,0%	70,0%
Non	41,0%	13,0%	27,0%	30,0%
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

3.6.5 Nouveau-nés et soins postnatals

Tableau 26 : Nombre de nouveau-nés qui reçoivent des soins postnatals dans les deux jours suivant l'accouchement dans les programmes soutenus par le Gouvernement américain

	Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
Nombre de nouveau-nés (septembre 2021 à août 2022)	15 473	6 654	31 090	53 217
Nombre extrapolé sur la zone USAID Kulawa	**37 844**	**58 146**	**158 437**	**254 427**
Nombre de femmes ayant accouché dans les structures sanitaires (septembre 2021 à août 2022)	32 197	14 132	38 599	84 928
Nombre extrapolé sur la zone USAID Kulawa	**81 480**	**115 106**	**136 830**	**333 416**

3.6.6 Indicateurs de disponibilité des services

L'indicateur est l'indice de disponibilité des services qui mesure trois domaines d'indicateurs traceurs : l'infrastructure de santé, le personnel de santé et l'utilisation des services, en utilisant une moyenne non pondérée (**Voir annexe 10 pour les procédures de calcul**). Des études montrent que les obstacles à l'utilisation des soins de santé du côté de la demande existent, mais ont un impact moindre lorsque les services de soins de santé sont disponibles et accessibles. Le manque d'accès aux services de santé sexuelle et reproductive a de graves répercussions notamment sur les femmes résidant en milieu rural. C'est pourquoi le Niger et ses partenaires accroissent leurs investissements dans les systèmes de santé et veillent à ce que les femmes et les filles aient accès aux services de santé. La présente étude a cherché à évaluer le niveau de disponibilité des services dans les zones du projet. L'indice général de disponibilité des services est un score composite d'indicateurs calculés à partir de trois domaines : infrastructure de santé, personnel de santé et utilisation des services. Le score de l'infrastructure de santé est un score composite qui comprend trois domaines : la densité des structures pour 10 000 habitants, la densité des lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants et la densité des lits de maternité pour 10 000 habitants. Le score d'utilisation des services est un composite de deux domaines : les consultations externes et l'utilisation de l'hôpital.

Tableau 27 : Les indices de disponibilité des services

Indices	Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
Indice de l'infrastructure des services sanitaires	28,5	25,8	25,9	26,8
Indice du personnel de santé	6,8	4,1	4,6	5,3
Indice de l'utilisation des services	13,8	29,2	29,5	24,0
Indice de disponibilité des services	**16,4**	**19,7**	**20,0**	**18,7**

Les résultats de l'étude (voir tableau 28) montrent que le score global de disponibilité des services dans les zones du projet USAID Kulawa est de 18,7 %, ce qui indique une très faible disponibilité potentielle aux services de santé. En effet, les indices de l'infrastructure, du personnel de santé et de l'utilisation des services s'élèvent à 26,8 ; 5,3 et 24,0 respectivement contre une valeur normale attendue de 100. Ces faibles scores peuvent être attribués à des scores médiocres dans les sous-domaines suivants :

- ✓ La densité d'un (1) structure de santé pour 10 000 habitants est bien inférieure à la valeur cible de deux (2) structures de santé pour 10 000 habitants.
- ✓ La densité de lits pour patients hospitalisés de 7,4 lits est très inférieure à la valeur cible de 25 lits pour 10 000 habitants.
- ✓ La densité de 2,2 lits en maternité pour 10 000 femmes enceintes est également bien inférieure à la valeur cible de 10 lits pour 10 000 femmes enceintes.
- ✓ L'indice des effectifs des professionnels de santé de 5,3 agents pour 10 000 habitants est près de 4 fois inférieur à la cible de l'OMS de 23 agents pour 10 000 habitants.
- ✓ Le score d'utilisation de l'hôpital est à 46,2 admissions contre une norme de 10 admissions pour 100 habitants.

Les analyses par région montrent que les services de santé sont plus disponibles à Zinder (20,0) et Tillabéri (19,7) qu'à Maradi (16,7). En effet, les écarts sont dus à une faible utilisation des services dans la région de Maradi avec un score de 13,8 contre 29 à Tillabéri et Zinder. Il convient de noter que Maradi enregistre le plus grand indice des infrastructures des services sanitaires.

Etant donné que le projet USAID Kulawa ne construit pas des structures, n'offre pas des lits et n'embauche pas de personnel, il est peu probable les activités du projet influent sur la performance de cet indicateur.

CONCLUSION

La présente enquête de base a permis de mesurer les indicateurs de base du projet USAID Kulawa, soulignant plus particulièrement les niveaux de connaissance, d'utilisation et d'attitudes sur la PF ; de la fécondité récente et des soins prénatals ; des violences basées sur le genre (échelle GEM), de la vaccination des enfants de 12-23 mois et des indicateurs de disponibilité des services de santé. Le tableau de base en matière de demande contraceptive et des besoins non satisfaits en planification familiale dénote qu'en plus de l'amélioration de l'offre en SR/PF, le projet USAID Kulawa doit aussi travailler à créer la demande. Dans un contexte de faible prévalence contraceptive comme le Niger, les niveaux faibles des besoins non satisfaits en PF exprimeraient davantage une faiblesse de la demande qu'une performance de l'offre ou l'accessibilité des produits et services de SR/PF. D'une manière synthétique, les principaux indicateurs du projet se présentent comme suit :

Une faible connaissance de la PF et autres services de santé : 52,1% des femmes et 3,7% des hommes ont déclaré avoir une connaissance élargie des méthodes contraceptives modernes et autres services de santé. Deux éléments sont à l'origine de faible niveau de connaissance des méthodes contraceptives : faible connaissance de la période du cycle menstruel d'une femme pendant laquelle elle est la plus susceptible de tomber enceinte et faible connaissance du mythe selon lequel si une femme a déjà utilisé une méthode contraceptive, il lui est plus difficile de tomber enceinte plus tard. Des efforts sont encore nécessaires sur ces aspects afin de rehausser la connaissance de la population de la zone du projet sur les méthodes contraceptives.

Une faible prévalence contraceptive moderne : 12,0% des femmes enquêtées utilisent actuellement une méthode contraceptive moderne dans la zone d'intervention du projet. Les activités du projet doivent accentuer les efforts sous l'angle des obstacles à l'utilisation de l'utilisation de la contraception.

Attitudes Positives face à la planification familiale : dans l'ensemble des régions de l'étude, 8 femmes de 15 à 49 ans sur 10 (81,8%) et plus de 3 hommes sur 4 (76,6%) ont une attitude positive face à la planification familiale. Une attitude positive est une Ces résultats sous-tendent des croyances, des expériences ou des émotions positives de la population étudiée vis-à-vis de la planification familiale.

Forte fécondité des adolescentes : le taux de 43 naissances vivantes pour 1000 adolescentes âgées de 15-19 ans est encore élevé dans la zone d'intervention du projet. Considérant les liens directs entre la mortalité maternelle et la fécondité précoce, des efforts sont nécessaires pour rehausser l'âge à la première grossesse chez les adolescentes des zones d'intervention du projet.

Faible prévalence des consultations prénatales : 5 femmes sur 10 (52,6%) ont effectué au moins 4 visites prénatales lors de leurs dernières grossesses. Les suivis complets de la grossesse étant la garantie d'une maternité sans risque, des efforts sont encore nécessaires pour que toutes les femmes enceintes puissent bénéficier de nombre minimum des consultations prénatales par un personnel qualifié (Médecin, Infirmier, Sage-femme, accoucheuse qualifiée).

Médiocre niveau d'approbation de l'équité de Genre (échelle GEM) : 5,8% des hommes et 2,9% des femmes soutiennent fortement les normes de genre équitables. Les hommes approuvent l'équité de genre plus que les femmes. Plus d'efforts et d'engagement sont attendus du projet USAID Kulawa afin d'améliorer les indicateurs dans les domaines de la violence, des relations sexuelles, de la santé reproductive et de la prévention des maladies et des tâches domestiques et de la vie quotidienne.

Faible complétude de vaccination des enfants : 48,8 % des enfants âgés de 12 à 23 mois sont complètement vaccinés dans les régions de l'étude. A l'opposé, 51,2% des enfants n'ont pas bénéficié de tous les vaccins requis. Des efforts sont à fournir par le projet USAID Kulawa afin que tous les enfants puissent bénéficier de cette série de vaccination conformément aux recommandations de l'OMS contre les principales maladies évitables par la vaccination.

Très faible score de disponibilité des services de santé : le score global de disponibilité des services dans les zones du projet de 18,7% indique un très faible accès potentiel aux services de santé. En effet, les indices de l'infrastructure, du personnel de santé et de l'utilisation des services s'élèvent à 26,8 ; 5,3 et 24,0 respectivement contre une valeur normale attendue de 100. Des efforts sont encore nécessaires afin de rehausser les ratios (1) structure de santé par habitants ; lits d'hospitalisations par habitants ; lits en maternité par femmes enceintes et les ratios des professionnels de santé par habitants.

Faible demande contraceptive : près de 20% des femmes interrogées aimeraient retarder ou arrêter futures grossesses. Les femmes ne semblent généralement pas intéressées à limiter les grossesses et ne sont généralement pas intéressées à les espacer. La connaissance de la PF étant faible particulièrement chez les hommes, le travail pourrait être de promouvoir le moment et l'espacement des grossesses pour la santé, retarder la première grossesse et espacer de manière appropriée les suivantes. Un élément clé à cet égard consiste à améliorer les connaissances sur les avantages pour la santé des grossesses bien planifiées et espacées, ainsi que les connaissances sur les différentes options de méthode de PF pour soutenir cela, y compris la promotion de méthodes plus efficaces (comme le DIU et les implants, qui ont des taux de protection plus élevés et sont moins sujettes à une mauvaise utilisation, comme l'échec d'une méthode ou des lacunes dans la couverture), et les connaissances sur la façon d'arrêter d'utiliser ces méthodes lorsqu'une femme veut tomber enceinte à nouveau. Les hommes seront des acteurs très importants à cibler dans nos interventions SBC pour soutenir le retard des premières grossesses et l'espacement des naissances suivantes.

ANNEXES

Annexe 1 : Infrastructures sanitaires

Tableau 28 : Infrastructures sanitaires

	Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
a) Structures				
Nombre d'hôpital de district (HD)	4	3	5	12
Nombre de Centre de Santé Mère et Enfant (CSME)	1	1	1	3
Nombre de Centre de Santé Intégré (CSI)	27	29	27	83
Nombre de Case de Santé (CS)	18	6	24	48
Nombre total d'structures de santé	50	39	57	146
Nombre total d'structures de santé	314	169	391	874
Population en 2022 dans la zone Kulawa	**2973 426**	**1 838 518**	**3 805 437**	**8 617 381**
Nombre d'structures pour 10 000 habitants	1,1	0,9	1,0	1,0
Valeur cible	2,0	2,0	2,0	2,0
Score	52,8	46,0	51,4	50,7
b) Lits d'hospitalisation				
Nombre de lits d'hospitalisation	635	290	667	1592
Nombre de lits d'hospitalisation pour 10 000 habitants	2,1	1,6	1,8	1,8
Valeur cible	25,0	25,0	25,0	25,0
Score	8,5	6,3	7,0	7,4
c) Lits de maternité				
Nombre de lits de maternité	156	100	157	413
Population des femmes de 15-49 ans en 2022 dans la zone Kulawa	**644 311**	**396 441**	**813 783**	**1 854 535**
Nombre de lits de maternité pour 10 000 femmes	2,4	2,5	1,9	2,2
Valeur cible	10,0	10,0	10,0	10,0
Score	24,2	25,2	19,3	22,3

Annexe 2 : Personnel de santé et utilisation des services

Tableau 29 : Personnel de santé et utilisation des services

Personnel de santé	Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
a) Principaux professionnels de santé				
Principaux professionnels de santé	467	175	404	1046
Principaux professionnels de santé pour 10 000 habitants	1,6	1,0	1,1	1,2
Valeur cible	23,0	23,0	23,0	23,0
Score	**6,8**	**4,1**	**4,6**	**5,3**
Utilisation des services				
b) Utilisation				
Consultations externes par an	**222 454**	**181 256**	**402 956**	**806 666**
Consultations externes par personne/an	0,1	0,1	0,1	0,1
Valeur cible	5,0	5,0	5,0	5,0
Score	**1,5**	**2,0**	**2,1**	**1,9**
c) Utilisation				
Nombre de sorties d'hôpital/an	**77 903**	**103 855**	**216 310**	**398 068**
Sorties hospitalières pour 100/an	2,6	5,6	5,7	4,6
Valeur cible	10,0	10,0	10,0	10,0
Score	**26,2**	**56,5**	**56,8**	**46,2**

Annexe 3 : Données démographiques de la zone USAID Kulawa

Tableau 30 : Donées démographiques de la zone USAID Kulawa

Région	Districts	Population totale	12-23 mois	FAP 15-49 ans	10-24 ans
Maradi	Aguié	352 248	27 980	76 329	117 190
	Dakoro	902 716	71 704	195 610	300 327
	Gazaoua	229 876	18 259	49 812	76 478
	Guidan Roumdji	749 924	59 568	162 501	249 494
	Tessaoua	738 662	58 673	160 061	245 748
Tillabéri	Balleyara	153 613	12 202	33 124	51 106
	Filingué	439 795	34 934	94 834	146 317
	Kollo	667 306	53 005	143 892	222 008
	Say	251 818	20 002	54 300	83 778
	Tillabéry	325 986	25 894	70 293	108 453
Zinder	Damagaram Takaya	345 788	27 467	73 946	115 041
	Dungass	507 374	40 302	108 501	168 800
	Gouré	470 025	37 335	100 514	156 374
	Kantché (Matameye)	572 345	45 462	122 395	190 415
	Magaria	828 367	65 799	177 145	275 592
	Mirriah	727 651	57 799	155 607	242 084
	Takeita	353 887	28 110	75 678	117 736
Total USAID Kulawa		**8 617 381**	**684 495**	**1 854 542**	**2 866 941**

Annexe 4 : Principaux indicateurs primaires

Tableau 31 : Principaux indicateurs primaires

Indicateurs de performance	Méthode de collecte
1. Taux de prévalence de la méthode moderne de contraception	Enquête auprès des ménages
2. Taux de natalité chez les adolescentes	Enquête auprès des ménages
3. Indice de disponibilité des services	Évaluation des structures
4. Pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés	Enquête auprès des ménages
5. Pourcentage d'unités de santé avec au moins un prestataire de services formé pour prendre en charge et référer les VSBG	Évaluation des structures
6. Pourcentage d'adolescentes et de jeunes femmes dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits des méthodes modernes	Enquête auprès des ménages
7. Nombre de femmes recevant des utérotoniques au troisième stade du travail (ou immédiatement après la naissance) dans le cadre des programmes du gouvernement américain	
8. Nombre de nouveau-nés qui reçoivent des soins postnatals dans les deux jours suivant l'accouchement dans les programmes soutenus par le Gouvernement américain	Évaluation des structures
9. Pourcentage de femmes qui ont eu quatre consultations prénatales ou plus au cours de la dernière grossesse	Enquête auprès des ménages
10. Pourcentage de la population cible avec un score d'équité au moins modéré sur l'échelle Gender Equity Men (GEM)	Enquête auprès des ménages
11. Pourcentage de prestataires ayant des attitudes positives envers l'utilisation de la PF, les jeunes/adolescents utilisant la PF et d'autres services	Évaluation des structures
12. Pourcentage de la population cible ayant une meilleure connaissance de la PF/autres services de santé	Enquête auprès des ménages
13. Pourcentage de la population cible ayant des attitudes positives envers la PF	Enquête auprès des ménages
14. Pourcentage de l'auditoire qui se souvient avoir entendu ou vu un message spécifique de planification familiale/santé reproductive (PF/SR) soutenu par l'USG	Enquête auprès des ménages
15. Pourcentage de femmes qui accouchent dans une structure et commencent ou quittent avec une méthode contraceptive moderne avant la sortie	Évaluation des structures
16. Pourcentage de femmes qui accouchent dans une structure et reçoivent des conseils sur la planification familiale avant la sortie	Évaluation des structures

Annexe 5 : Liste des sites

Tableau 32 : Liste des sites

No	Région	Communes	District	CSI	Case de Santé	Villages
1	Maradi	Aguié	Aguié	Guidan Dawaye		Dan Dawa
2	Maradi	Aguié	Aguié	Aguié		Gamji sabou
3	Maradi	Aguié	Aguié	Débi		Hardo habou
4	Maradi	Aguié	Aguié	Maiguizawa Kagnou		Karoubni
5	Maradi	Aguié	Aguié	Nakikarfi	Nakikarfi	Roubabia Peulh
6	Maradi	Tchadoua	Aguié	Gawaro	Gawaro	Chantali Peulh
7	Maradi	Tchadoua	Aguié	Danbouzoéu	Danbouzou	Guicki
8	Maradi	Tchadoua	Aguié	Magami		Magami
9	Maradi	Dakoro	Dakoro	Kornaka		Dalla
10	Maradi	Dakoro	Dakoro	Sabon Machi		Maza Tsaye
11	Maradi	G. Roumdji	G. Roumdji	Guidan Roumdji		Bagouari garin
12	Maradi	G. Roumdji	G. Roumdji	Kouroungousao		Cpt mai karfi
13	Maradi	G. Roumdji	G. Roumdji	Guidan Roumdji		Dan madatchi
14	Maradi	G. Roumdji	G. Roumdji	Dargue		Doumana ara
15	Maradi	G. Roumdji	G. Roumdji	Guidan Roumdji		Garin bagouari
16	Maradi	G. Roumdji	G. Roumdji	Dan Tourke		Garin magagi
17	Maradi	G. Roumdji	G. Roumdji	Tiadi	Dan zeina	Goulougoutchi
18	Maradi	G. Roumdji	G. Roumdji	Kouroungousao	Maikarhi	Guidant amani
19	Maradi	G. Roumdji	G. Roumdji	Dan Tourke		Kalangawa
20	Maradi	G. Roumdji	G. Roumdji	Chadakori		Kemro sofoua
21	Maradi	G. Roumdji	G. Roumdji	Halbaoua		Koumkoussoum
22	Maradi	G. Roumdji	G. Roumdji	Nwala		Mairigua sofoua
23	Maradi	G. Roumdji	G. Roumdji	Chadakori	Guidan tawaye	N'wala serkin toudou +cpt
24	Maradi	G. Roumdji	G. Roumdji	Sae Saboua	Mallumai saboua	Sae saboua
25	Maradi	G. Roumdji	G. Roumdji	Tibiri		Sourra sarkin galma
26	Maradi	G. Roumdji	G. Roumdji	Guidan Roumdji		Toda peulh
27	Maradi	G. Roumdji	G. Roumdji	Dargue		Yakaou
28	Maradi	G. Roumdji	G. Roumdji	Karazome		Zongon-samaila
29	Maradi	Gangara	Gazaoua	Dan Kolio	Birnin kouka	Guidan Kajé
30	Maradi	Gangara	Gazaoua	Malam Dawey	Malan dawey	Malan dawey
31	Maradi	Gazaoua	Gazaoua	Birnin Guéza	Assaya	Assaya
32	Maradi	Gazaoua	Gazaoua	Bougouzaoua	Bougouzaoua	El Gahia
33	Maradi	Gazaoua	Gazaoua	Birnin Guéza	Birnin guéza	Hardo Issa
34	Maradi	Gazaoua	Gazaoua	Birnin Guéza	Birnin guéza	Mayaki
35	Maradi	Gazaoua	Gazaoua	Bougouzaoua	Yadagamou	Yadagamou
36	Maradi	Baoudeta	Tessaoua	Baoudeta	Sarba	Totsa
37	Maradi	Hawan Dawki	Tessaoua	Hawan Dawki	Tchola	Toumboudouhou
38	Maradi	Korgom	Tessaoua	Korgom	Dadin sarki	Dadin Sarki
39	Maradi	Korgom	Tessaoua	Romaza	Koufai	Koufai
40	Maradi	Tessaoua	Tessaoua	Gounaka	Kalgo	El Dawa Haoussa

No	Région	Communes	District	CSI	Case de Santé	Villages
41	Tillabéri	Taghazar	Ballayara	Kossey		Sansani
42	Tillabéri	Taghazar	Ballayara	Csi urbain		Mbama2
43	Tillabéri	Taghazar	Ballayara	Tabla		Sansani 1
44	Tillabéri	Taghazar	Ballayara	Kabe		Zamtourey
45	Tillabéri	Taghazar	Ballayara	Tabla		Gohinjo 2
46	Tillabéri	Filingué	Filingué	Filingue		Badebayé
47	Tillabéri	Filingué	Filingué	Bakin toullou		Bakin Toulou 2
48	Tillabéri	Filingué	Filingué	Sabon gari	Tidiba	Tidiba
49	Tillabéri	Fourfeye centre	Filingué	Itchiguine		Kouka 2
50	Tillabéri	Imanane	Filingué	Bonkoukou		Touwila
51	Tillabéri	Imanane	Filingué	Diguina		Gao Aljanna
52	Tillabéri	Tondi Kandia	Filingué	Tibewa		Deytagui Koura Koira
53	Tillabéri	Tondi Kandia	Filingué	Attologa		Naguizé
54	Tillabéri	Tondi Kandia	Filingué	Damana		Sourgo koara
55	Tillabéri	Dantchandou	Kollo	Banizoumbou		Carre
56	Tillabéri	Dantchandou	Kollo	Dantchandou		Falanga
57	Tillabéri	Hamdoullaye	Kollo	Fataboki		Fataboki peulh
58	Tillabéri	Hamdoullaye	Kollo	Kollo djogono		Kirou foudou beri
59	Tillabéri	Karma	Kollo	Karma		Moulkou2
60	Tillabéri	Karma	Kollo	Goube		Tondikokou
61	Tillabéri	Kirtachi	Kollo	Babangata	Tondifou	Tondifou
62	Tillabéri	Kirtachi	Kollo	Sounga		Sounga peulh(ga kaina)
63	Tillabéri	Kollo	Kollo	Sakey koirazeno		Daitegui zarma
64	Tillabéri	Kouré	Kollo	Boula gandatche		Boula koira tegui
65	Tillabéri	Liboré	Kollo	Sorey bene		Sorey ganda
66	Tillabéri	Namaro	Kollo	Larba touloumbo		Koutoume bigaré
67	Tillabéri	Namaro	Kollo	Larba touloumbo		Koya
68	Tillabéri	N'Dounga	Kollo	N'dounga		Fondobon
69	Tillabéri	Youri	Kollo	Youri		Bouériré
70	Tillabéri	Gueladjo	Say	T foulbe		Gassangari
71	Tillabéri	Say	Say	Tientiargou		Seino Koba
72	Tillabéri	Say	Say	Ganki bassarou	Finaré	Finaré
73	Tillabéri	Tamou	Say	Django		Ouro baba
74	Tillabéri	Tamou	Say	Django		Bogga
75	Tillabéri	Anzourou	Tillabery	Kofouno		Doukou koira tegui
76	Tillabéri	DESSA	Tillabery	Kandadji		Kandadji
77	Tillabéri	DESSA	Tillabery	Famale		Haoussa guabo
78	Tillabéri	Kouthèye	Tillabery	Assani		Kassani goungo
79	Tillabéri	Kouthèye	Tillabery	Sansane haoussa		Kobague
80	Tillabéri	Sakoira	Tillabery	Diambala		Kalangou
81	Zinder	Droum	DS de Mirriah	Gogo		GARIN KALLKO
82	Zinder	Dakoussa	DS de Takieta	Zangon Dachi		Dan Jigawa 2
83	Zinder	Garagoumsa	DS de Takieta	Gaouna	Aroungouza	Aloulouba2
84	Zinder	Garagoumsa	DS de Takieta	Gaouna		Tarami

No	Région	Communes	District	CSI	Case de Santé	Villages
85	Zinder	Tirmini	DS de Takieta	Magrami		Gafai
86	Zinder	Tirmini	DS de Takieta	Magrami	Rouan Kouka	Magna oukou 1
87	Zinder	Dogo Dogo	DS Dungass	Dina		Fokouni
88	Zinder	Dungass	DS Dungass	Dungass		Dan Gora
89	Zinder	Goushi	DS Dungass	Baboujé	Majéwa Tataré	BOUZALI
90	Zinder	Goushi	DS Dungass	Goushi	Yakaouda	SAROU
91	Zinder	Mallaou	DS Dungass	Doungouzourou		Dagangam
92	Zinder	Mallaou	DS Dungass	Baraguini		Walwa
93	Zinder	Gouré	DS Gouré	Kargueri	Dalari	Dagradi
94	Zinder	Gouré	DS Gouré	Kargueri	Bassori	Garin Gabass
95	Zinder	Gouré	DS Gouré	Gamdou Doumdoum	Challagel	Kangouri 2
96	Zinder	Gouré	DS Gouré	Kargueri		Mainari- Bouzou
97	Zinder	Gouré	DS Gouré	Zagari	Bouzounkaza	Zangouna
98	Zinder	Guidiguir	DS Gouré	Abari		Guizibouk 1
99	Zinder	Guidiguir	DS Gouré	FALAMA		Tegogina
100	Zinder	Bandé	DS Magaria	Kakitama		Garin liman
101	Zinder	Dan Tchiao	DS Magaria	Dan Tchiao	Bangaya	Garin Jimis
102	Zinder	Magaria	DS Magaria	Tinkim	Farayé	Dadin Sarki
103	Zinder	Magaria	DS Magaria	Mai damoussa	Satoumaoua	Zoudi
104	Zinder	Sasoumbroum	DS Magaria	Sasoumbroum	Goungara	Madja
105	Zinder	Washa	DS Magaria	Gayi	Illala Barma	Illala Habou
106	Zinder	Yekoua	DS Magaria	Jalgawassa	Dounawa	Guidan Dawa
107	Zinder	Yekoua	DS Magaria	Jalgawassa		Mai Killia
108	Zinder	Chirnawa Est	DS Matameye	Chirnawa Tagabass	Marekou	Intarnatsa
109	Zinder	Dan Barto	DS Matameye	Dan Barto	Zakarawa	Tsaba Toulou
110	Zinder	Doungou	DS Matameye	Maiwando	Baban Djibji	Guidan Zagagoua
111	Zinder	Kantché	DS Matameye	Dan Goudao	Kourni Bandwa	Dogwon Dawa
112	Zinder	Kourni	DS Matameye	Kourni	Ragana Haoussa	Inkitchissou sani
113	Zinder	Mataméye	DS Matameye	Katofou		Gomba Bougage
114	Zinder	Tsaouni	DS Matameye	Ban Nama	Marké Bougagé	Bagudawa
115	Zinder	Tsaouni	DS Matameye	Ban Nama		Zané Galadimawa
116	Zinder	Yaouri	DS Matameye	Yaouri	Garaké	Wadigawa
117	Zinder	Damagaram Ta Kaya	DS Ta Kaya	Gueza		Gueza bougaje
118	Zinder	Damagaram Ta Kaya	DS Ta Kaya	Gueza	Chantier Garin Kori	Wawiram
119	Zinder	Guidimouni	DS Ta Kaya	Guidimouni	Guéguéri	Garin Gouzou
120	Zinder	Guidimouni	DS Ta Kaya	Chanya	N'goul kokao	Rimka

Annexe 6 : Outils de collecte de données par indicateur

Tableau 33 : Outils de collecte de données par indicateur

Indicateurs	Population cible
1. Taux de prévalence des méthodes modernes de contraception	Femmes 15-49 ans
2. Taux de natalité chez les adolescentes	Jeunes femmes 20-24 ans
3. Pourcentage d'enfants complètement vaccinés à l'âge de 12 mois	Enfants de 12 à 23 mois
4. Pourcentage d'adolescentes et de jeunes femmes dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits par des méthodes modernes	Femmes 15-24 ans
5. Pourcentage du public cible qui déclare que battre sa femme est un moyen acceptable pour les maris de discipliner leurs femmes	Hommes (15-54 ans); femmes en âge de procréer (15-49 ans).
6. Pourcentage de la population cible ayant au moins un score d'équité modéré sur l'échelle GEM.	Hommes (15-54 ans); femmes en âge de procréer (15-49 ans).
7. Pourcentage de la population cible ayant une meilleure connaissance des services de PF/autres services de santé	Hommes (15-54 ans); femmes en âge de procréer (15-49 ans).
8. Pourcentage des populations cibles ayant une attitude positive à l'égard du PF	Hommes (15-54 ans); femmes en âge de procréer (15-49 ans).
9. Pourcentage du public qui se souvient avoir entendu ou vu un message spécifique sur la planification familiale/santé reproductive (PF/SR) soutenu par le programme Kulawa de l'USAID.	Hommes (15-54 ans); femmes en âge de procréer (15-49 ans).
10. Pourcentage de femmes ayant effectué 4 visites ou plus pour la CPN au cours de leur dernière grossesse.	Femmes 15-49 ans
11. Pourcentage de femmes qui ont accouché dans un établissement et qui ont reçu des conseils sur la PF avant de quitter l'établissement	Femmes 15-49 ans
12. Pourcentage de femmes et d'hommes ayant subi des violences sexuelles au cours des 12 derniers mois	Hommes (15-54 ans); femmes en âge de procréer (15-49 ans).
13. Pourcentage de la population ayant une attitude positive à l'égard du signalement des cas de violence sexuelle	Hommes (15-54 ans); femmes en âge de procréer (15-49 ans).
14. Proportion de la population connaissant les comités locaux de lutte contre la violence liée au sexe.	Hommes (15-54 ans); femmes en âge de procréer (15-49 ans).

Annexe 7 : Calculs des indicateurs de besoin et demande de planification familiale

Besoin et demande de planification familiale

Pourcentage de femmes ayant a) un besoin non satisfait de planification familiale, b) un besoin satisfait de planification familiale, c) une demande totale de planification familiale selon que ce soit pour l'espacement, la limitation et le total, et le pourcentage de la demande de planification familiale qui est satisfaite.

Définition
Pourcentage de femmes actuellement mariées, de toutes les femmes et de femmes non mariées sexuellement actives avec :

1. Besoin non satisfait de planification familiale,
2. Satisfait le besoin de planification familiale,
3. Demande totale de planification familiale que ce soit pour l'espacement, la limitation et le total
4. Pourcentage de la demande totale de planification familiale qui est satisfaite
5. Pourcentage de la demande totale de planification familiale satisfaite par les méthodes modernes

Couverture :
Population de base :

a) Toutes les femmes
b) Actuellement mariées
c) Femmes célibataires sexuellement actives

Période : situation actuelle au moment de l'enquête

Numérateurs :
1) Besoin de contraception non satisfait : Nombre de femmes qui n'utilisent pas de méthode de contraception et sont :

a) Pour l'espacement (v626a = 1) :

- Fécondes et disent qu'ils veulent attendre deux ans ou plus pour leur prochaine naissance ;
- Fécondes et ne savent pas si elles veulent un autre enfant ;
- Féconde, veut un autre enfant, mais ne sait pas quand accoucher ;
- Enceinte et souhaitait une grossesse en cours plus tard ; ou
- Aménorrhée post-partum et dernier accouchement souhaité plus tard

b) Pour limiter (v626a = 2) :

- Féconde et ne veut plus d'enfant ;
- Enceinte et ne voulait pas de grossesse actuelle ; ou
- Aménorrhée post-partum et ne voulait pas le dernier accouchement

c) Besoin total non satisfait : Nombre de femmes ayant un besoin non satisfait de planification familiale pour espacer ou limitation (v626a = 1 ou v626a = 2)

2) Besoin de contraception satisfait : nombre de femmes qui utilisent une méthode de contraception et

a) Pour l'espacement (v626a = 3) :

- Non considéré comme limitatif (voir ci-dessous)

b) Pour limiter (v626a = 4) :

- Ne veux plus d'enfants ;
- Sont stérilisés ; ou
- Disent qu'elles ne peuvent pas tomber enceintes lorsqu'on les interroge sur leur désir d'avoir de futurs enfants

c) Total des besoins satisfaits (v626a = 3 ou v626a = 4) : nombre de femmes ayant un besoin satisfait d'espacement ou limiter

3) Demande totale de contraception : Nombre de femmes ayant un besoin satisfait ou un besoin non satisfait :

a) Pour l'espacement (v626a = 1 ou v626a = 3)
b) Pour limiter (v626a = 2 ou v626a = 4)
c) Total (v626a en 1, 2, 3, 4)

4) Demande satisfaite : nombre de femmes qui utilisent une méthode contraceptive (v626a dans 3,4)

5) Demande satisfaite par les méthodes modernes : Nombre de femmes qui utilisent des méthodes modernes méthode contraceptive, y compris la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, la pilule, le stérilet, les injectables, implants, préservatif masculin, préservatif féminin, contraception d'urgence, méthodes vaginales, allaitement méthode de l'aménorrhée, ou autres méthodes modernes (v313 = 3).

Dénominateurs :
Indicateurs des besoins non satisfaits, des besoins satisfaits et de la demande totale :

Nombre de

a) Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans
b) Femmes actuellement mariées (v502 = 1)
c) Femmes célibataires sexuellement actives – y compris les femmes qui ne sont pas actuellement mariées ou union consensuelle (célibataire, divorcé, veuf et séparé) et qui a eu des rapports sexuels dans les 30 derniers jours (v502 ≠ 1 & v528 en 0:30)

Indicateurs de satisfaction de la demande :
Nombre de

a) Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans
b) Femmes actuellement mariées (v502 = 1)
c) Femmes célibataires sexuellement actives – y compris les femmes qui ne sont pas actuellement mariées ou union consensuelle (célibataire, divorcé, veuf et séparé) et qui a eu des rapports sexuels

dans les 30 derniers jours (v502 ≠ 1 & v528 en 0:30) qui ont soit un besoin non satisfait de planification familiale, soit un besoin satisfait de planification familiale (v626a en 1, 2, 3, 4)

v626a Besoin non satisfait de contraception (Définition 3)

v313 Utilisation actuelle par type de méthode

v502 Actuellement/anciennement/jamais en union

v528 Temps écoulé depuis le dernier rapport sexuel (en jours)

v005 Poids de l'échantillon individuel de la femme

Indicateurs des besoins non satisfaits, des besoins satisfaits et de la demande totale :

Numérateur divisé par le dénominateur, multiplié par 100.

Le calcul des numérateurs pour les indicateurs de besoins satisfaits et non satisfaits prend d'abord en statut contraceptif. Les femmes qui utilisent la contraception sont considérées comme ayant un besoin satisfait de planification.

Pour les femmes qui n'utilisent pas de contraception, la détermination du besoin de planification familiale implique plusieurs étapes supplémentaires. Les non-utilisateurs sont séparés en ceux qui sont actuellement mariés et ceux qui ne sont pas mariés mais qui sont sexuellement actifs. Une femme non mariée est considérée comme étant sexuellement active si la femme a eu des rapports sexuels dans les 30 jours précédant l'enquête. Les femmes célibataires qui ne sont pas sexuellement actives sont considérées comme n'étant pas exposées au risque de grossesse et, par conséquent, n'ont pas besoin pour la planification familiale.

Pour attribuer le statut de besoin aux non-utilisatrices célibataires mariées et sexuellement actives, ces femmes sont séparées en deux groupes : (1) celles qui sont enceintes ou en aménorrhée post-partum et (2) celles qui ne le sont pas aménorrhée enceinte ou post-partum. Les femmes sont considérées comme aménorrhéiques post-partum si leur période n'était pas revenue depuis leur dernière naissance vivante au cours de la période de deux ans précédant l'enquête.

Les non-utilisatrices célibataires mariées et sexuellement actives qui ne sont pas enceintes ou en aménorrhée post-partum sont encore séparés en ceux qui sont considérés comme féconds et ceux qui sont infertiles. Les femmes sont classées comme infertiles s'ils entrent dans l'une des catégories suivantes :

- mariée depuis plus de 5 ans, n'a pas eu d'enfant au cours des 5 dernières années et n'a jamais utilisé de contraception ;
- a répondu « je ne peux pas tomber enceinte » à la question sur le désir d'avoir de futurs enfants ;
- a répondu « ménopause/hystérectomie » pour la raison de ne pas utiliser de contraception ;

- la réponse au temps depuis la dernière période est > 6 mois et non aménorrhéique post-partum (0-59 mois);
- la réponse au temps depuis la dernière période est « ménopause/hystérectomie » ou « jamais menstruée » ; ou
- la réponse au temps écoulé depuis la dernière période est "la dernière période était avant la dernière naissance" et la dernière naissance était 5+ il y a des années.

Les femmes infertiles n'ont pas besoin de planification familiale. Parmi les autres femmes qui n'en ont pas besoin figurent les femmes mariées ou les femmes non mariées sexuellement actives qui n'utilisent pas de contraception et qui sont :

- enceinte et souhaitait la grossesse en cours ;
- aménorrhéique post-partum et souhaitait leur dernier accouchement ; ou
- féconde et souhaite un autre enfant dans les 2 ans.

Les non-utilisateurs célibataires mariés et sexuellement actifs ont un besoin non satisfait d'espacement s'ils sont :

- enceinte et voulait la grossesse plus tard ;
- aménorrhéique post-partum et souhaitaient leur dernier accouchement plus tard ; ou
- fécond et veulent le prochain enfant dans 2 ans et plus, veulent un autre enfant mais sont indécis sur le moment ou sont indécis s'ils veulent un autre enfant.

Les non-utilisateurs célibataires mariés et sexuellement actifs ont un besoin non satisfait de limitation s'ils sont :

- enceinte et ne souhaitait pas du tout la grossesse en cours ;
- aménorrhéique post-partum et ne voulait pas du tout leur dernier accouchement ; ou
- féconde et ne veut plus d'enfants.

Indicateurs de satisfaction de la demande :

Numérateur divisé par le dénominateur, multiplié par 100.

Le numérateur de la proportion de la demande satisfaite comprend le nombre de femmes utilisant actuellement méthode contraceptive tandis que le numérateur de la demande satisfaite par les méthodes modernes comprend le nombre de femmes utilisant une méthode contraceptive moderne.

Les dénominateurs incluent les femmes ayant un besoin satisfait (celles qui utilisent la contraception si la méthode est une méthode moderne ou une méthode traditionnelle) et ceux qui ont un besoin non satisfait de planification familiale.

Annexe 8 : Calcul de l'échelle GEM

Cet indice mesure les attitudes envers les normes de genre dans les relations intimes ou les attentes sociales différentes pour les hommes et les femmes, en utilisant l'échelle Gender Equitable Men (GEM).

Calculé comme :
N : le nombre de personnes cibles pondérées par l'échantillon qui obtiennent un score modéré ou élevé sur l'échelle GEM
D : le nombre de personnes cibles interrogées

Public cible : Hommes (15-59 ans) ; femmes en âge de procréer (15-49 ans)

Échelle GEM pour le Niger : Il y a 4 sous-thèmes et 24 énoncés au total. Ils sont:

Éléments du domaine de la violence:

- Il y a des moments où une femme mérite d'être battue
- Une femme doit tolérer la violence pour garder sa famille unie
- C'est bien pour un homme de battre sa femme si elle est infidèle
- Un homme peut frapper sa femme si elle refuse d'avoir des relations sexuelles avec lui
- Si quelqu'un (homme ou femme) insulte un homme, il doit défendre sa réputation avec force
- Un homme utilisant la violence contre sa femme est une affaire privée qui ne devrait pas être discutée en dehors du couple

Domaine des relations sexuelles:

- C'est l'homme qui décide quel type de relation sexuelle à avoir
- Les hommes sont toujours prêts à avoir des relations sexuelles
- Les hommes ont plus besoin de sexe que les femmes
- Un homme a besoin d'autres femmes même si tout va bien avec sa femme
- Vous ne parlez pas de sexe, vous le pratiquer simplement
- Cela me dégoûte quand je vois un homme agir comme une femme
- Une femme ne devrait pas initier du sexe
- Une femme qui a des relations sexuelles avant de se marier ne mérite pas de respect

Éléments du domaine de la santé reproductive et de la prévention des maladies:

- Les femmes qui ont des préservatifs en leur possession sont légères ou immorales
- Les hommes devraient être scandalisés si leurs femmes leur demandent d'utiliser un préservatif
- Il est de la responsabilité de la femme d'éviter de tomber enceinte
- Ce n'est que lorsqu'une femme a un enfant qu'elle est une vraie femme
- Un vrai homme produit un enfant de sexe masculin

Tâches domestiques et domaine de la vie quotidienne:

- Nettoyer les fesses d'un bébé, donner un bain et nourrir les enfants est la responsabilité de la mère
- Le rôle d'une femme est de prendre soin de sa maison et de sa famille
- Le mari décide de l'achat des principaux articles ménagers
- L'homme doit avoir le dernier mot sur les décisions dans sa maison
- Une femme doit obéir à son mari en toutes choses

Procédures de notation:

Chacun des éléments ci-dessus est noté sur une échelle de 3 points, où 1 = d'accord, 2 = partiellement d'accord et 3 = pas d'accord. Les réponses à chaque élément doivent être additionnées en fonction de la valeur en points attribuée à la réponse. La valeur totale des points pour l'échelle GEM varie de 24 à 72. Chaque score se traduit par un score d'équité faible (24-39 points) ; Modéré (40-56 points) ; et élevé (57-72 points). Ensuite, on peut analyser les associations entre l'échelle GEM et des variables telles que l'utilisation du préservatif, l'utilisation de la contraception et la violence conjugale. Les scores de l'échelle GEM ont également été comparés avant et après une intervention.

Annexe 9 : Calcul de l'indicateur de l'attitude des prestataires face aux adolescents

Cet indice mesure les attitudes des prestataires de santé à l'égard de l'utilisation par les adolescents (15-19 ans) et les jeunes (20-24 ans) de la planification familiale et d'autres services de Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents (SSRA).

Les attitudes "positives" sont celles qui devraient logiquement conduire à des résultats positifs en matière de SSRA.

Les thèmes et les rapportages d'attitude énumérés ci-dessous.
Résultat de l'indicateur calculé comme suit :

Numérateur : Nombre de prestataires de soins qui expriment des attitudes positives à l'égard de l'utilisation de la PF/jeunes/adolescents utilisant la PF et autres services de santé

Dénominateur : nombre de prestataires étudiés dans le cadre de l'évaluation de USAID Kulawa
Cet indicateur inclura des prestataires de divers cadres, y compris des médecins, des infirmières et des sages-femmes, de divers domaines de services (par exemple, SMNI, nutrition, SR/PF, etc.) en fonction de ceux sélectionnés pour participer à l'évaluation de l'établissement de santé sur leur site.

Indexer les thèmes et les rapportages d'attitude :
Attitudes envers les informations et les services de PF et de SSR offerts aux jeunes :

6. Les adolescentes célibataires à la recherche de services de santé sexuelle et reproductive doivent être informées de s'abstenir lorsqu'elles demandent des contraceptifs
7. Discuter de relations sexuelles avec des femmes et des hommes non mariés est honteux
8. Les adolescents non mariés ne devraient pas recevoir de contraceptifs car la culture et la religion interdisent les rapports sexuels avant le mariage.
9. Les parents doivent être informés si leurs filles non mariées viennent dans un établissement de santé pour rechercher des services de santé reproductive.
10. Je gronderais un adolescent célibataire s'il demande des contraceptifs.
11. Je refuserais de fournir des contraceptifs aux adolescents avant le mariage.
12. Il est acceptable d'enseigner aux jeunes non mariés sur la contraception.
13. Les services de santé reproductive ne sont disponibles que pour les femmes mariées.
14. Les femmes et les hommes de tous âges doivent être accueillis dans la clinique pour des services de santé sexuelle et reproductive s'ils en font la demande.

Normes et croyances sur les adolescents et les jeunes :

15. Mes convictions personnelles guident la façon dont je fournis des services de santé aux adolescents.

16. Seules les filles devraient recevoir des informations sur la santé sexuelle et reproductive car ce sont elles qui ont le plus de problèmes liés au comportement sexuel.
17. Si un client ne me dit pas volontairement qu'il a été victime de violences perpétrées par des membres de sa famille, je ne devrais pas lui demander directement car cela ne me regarde pas.
18. Par définition, les garçons ne peuvent pas être victimes d'agressions sexuelles.
19. Les garçons et les filles ne devraient pas recevoir d'informations sur la puberté car cela les encouragerait à adopter un comportement sexuel.
20. Éduquer les jeunes sur des sujets liés à la santé reproductive conduit à l'immoralité sexuelle.
21. Si un garçon ou une fille a un ulcère génital, c'est parce qu'il ou elle est facile.
22. Si une jeune femme entre dans un établissement de santé et dit qu'elle a été victime d'agression sexuelle, elle a probablement fait quelque chose pour le mériter.

Attitudes envers l'environnement clinique et politique :

23. Les matériels éducatifs sur la santé sexuelle et procréative devraient être librement accessibles aux garçons et aux filles non mariés.
24. Les jeunes devraient bénéficier du même niveau de confidentialité que les adultes lorsqu'ils reçoivent des services de santé sexuelle et reproductive.
25. Les écoles et les établissements doivent travailler ensemble pour fournir des informations et des services de santé reproductive aux jeunes.
26. La violence sexuelle et sexiste chez les jeunes devrait retenir l'attention u gouvernement en tant que problème social important.
27. Il est important de s'assurer que tous les services fournis aux jeunes le sont en privé afin que personne d'autre dans la clinique ne puisse entendre.

Possibilités de réponse :
Pas du tout d'accord - 1 // Pas d'accord - 2 // D'accord - 3 // Tout à fait d'accord - 4

Procédures de notation :
Les scores des sujets sont moyennés pour calculer les scores totaux des mesures et des sous-échelles allant de 1 à 4. Des scores plus élevés (55 -88) représentent des attitudes plus positives envers les jeunes et l'utilisation des services de SSR.

Les enquêtes incluent à la fois des variables dépendantes (c'est-à-dire les attitudes des prestataires) et des variables indépendantes (c'est-à-dire les données démographiques des prestataires).

Annexe 10 : Calcul de l'indice de disponibilité des services

L'indicateur est l'indice de disponibilité des services qui mesure trois domaines d'indicateurs traceurs : l'infrastructure de santé, le personnel de santé et l'utilisation des services, en utilisant une moyenne non pondérée.

Infrastructures de santé :

a) # d'établissements soutenus par USAID Kulawa pour 10 000 habitants/2 * 100 (max/100)
b) # de lits d'hospitalisation dans les établissements soutenus par USAID Kulawa pour 10 000 habitants/25 * 100 (max. 100)
c) # de lits de maternité dans les établissements soutenus par USAID Kulawa pour 10 000 habitants/10 * 100 (max/100)

Personnel de santé :

d) Nombre de personnels de santé de base dans les établissements soutenus par USAID Kulawa pour 10 000 habitants/23 * 100 (max/100)

Utilisation des services :

e) # de visites ambulatoires par personne/an dans les établissements soutenus par USAID Kulawa/5 * 100 (max/100).
f) # de sorties d'hôpital pour 100 habitants/an/10 * 100 (max/100).

L'indice de disponibilité des services est calculé comme suit :
[((a+b+c)/3) +d+ ((e+f)/2)]/3

" Personnel de santé de base " comprend :

- CSI : responsable du CSI et la sage-femme
- Hôpitaux : Directeur de l'hôpital , responsable service pédiatrie y compris le CRENI , responsable Maternité y compris la PF , responsable service Hygiène Assainissement, responsable service Médecine, responsable service d'accueil
- CSME : Directeur CSME, responsable service pédiatrie y compris le CRENI, responsable Maternité y compris la PF , responsable service santé maternelle et néonatale , responsable service Hygiène Assainissement

Annexe 11 : Demande et besoins non satisfaits

Tableau 34 : Indicateurs de demande et besoins non satisfait

		Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
FEMMES 15-49 ANS					
Besoins non satisfaits	Besoin non satisfait en espacement (%)	1,3%	1,0%	0,1%	0,9%
	Besoin non satisfait en limitation (%)	2,8%	0,8%	1,6%	1,7%
	Besoin non satisfait total (%)	4,1%	1,7%	1,7%	2,6%
Besoins satisfaits	Besoin satisfait en espacement (%)	23,7%	16,0%	6,2%	16,3%
	Besoin satisfait en limitation (%)	1,6%	0,4%	0,9%	1,0%
	Besoin satisfait total (%)	25,3%	16,4%	7,1%	17,3%
Demande contraceptive	Demande totale en espacement (%)	25,0%	17,0%	6,4%	17,2%
	Demande totale en limitation (%)	4,4%	1,2%	2,4%	2,7%
	Demande contraceptive totale (%)	29,4%	18,2%	8,7%	19,9%
Demande contraceptive satisfaite	Demande satisfaite par méthodes modernes (%)	69,0%	89,8%	56,5%	74,1%
	Demande satisfaite par toutes les méthodes PF (%)	86,2%	90,4%	80,7%	86,9%
FEMMES 15-24 ANS					
Besoins non satisfaits	Besoin non satisfait en espacement (%)	1,6%	0,8%	0,4%	1,0%
	Besoin non satisfait en limitation (%)	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%
	Besoin non satisfait total (%)	1,8%	0,8%	0,4%	1,1%
Besoins satisfaits	Besoin satisfait en espacement (%)	19,2%	13,2%	4,6%	13,4%
	Besoin satisfait en limitation (%)	0,7%	0,0%	0,4%	0,4%
	Besoin satisfait total (%)	19,9%	13,2%	4,9%	13,8%
Demande contraceptive	Demande totale en espacement (%)	20,8%	14,0%	4,9%	14,4%
	Demande totale en limitation (%)	0,9%	0,0%	0,4%	0,5%
	Demande contraceptive totale (%)	21,7%	14,0%	5,2%	14,8%
Demande contraceptive satisfaite	Demande satisfaite par méthodes modernes (%)	67,0%	94,2%	66,7%	75,6%
	Demande satisfaite par toutes les méthodes PF (%)	91,8%	94,2%	93,3%	92,7%
FEMMES 25-49 ANS					
	Besoin non satisfait en espacement (%)	1,1%	1,1%	0,0%	0,8%

		Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
Besoins non satisfaits	Besoin non satisfait en limitation (%)	4,8%	1,3%	2,6%	2,9%
	Besoin non satisfait total (%)	5,9%	2,4%	2,6%	3,7%
Besoins satisfaits	Besoin satisfait en espacement (%)	27,3%	17,9%	7,3%	18,4%
	Besoin satisfait en limitation (%)	2,3%	0,7%	1,2%	1,4%
	Besoin satisfait total (%)	29,6%	18,6%	8,5%	19,9%
Demande contraceptive	Demande totale en espacement (%)	28,4%	19,0%	7,3%	19,2%
	Demande totale en limitation (%)	7,1%	2,0%	3,8%	4,4%
	Demande contraceptive totale (%)	35,5%	21,0%	11,1%	23,6%
Demande contraceptive satisfaite	Demande satisfaite par méthodes modernes (%)	70,0%	87,8%	53,2%	73,5%
	Demande satisfaite par toutes les méthodes PF (%)	83,5%	88,7%	76,6%	84,3%
FEMMES 15-19 ANS					
Besoins non satisfaits	Besoin non satisfait en espacement (%)	3,00%	0,00%	0,00%	1,30%
	Besoin non satisfait en limitation (%)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	Besoin non satisfait total (%)	**3,00%**	**0,00%**	**0,00%**	**1,30%**
Besoins satisfaits	Besoin satisfait en espacement (%)	6,40%	6,70%	0,00%	4,30%
	Besoin satisfait en limitation (%)	0,30%	0,00%	0,00%	0,10%
	Besoin satisfait total (%)	**6,70%**	**6,70%**	**0,00%**	**4,40%**
Demande contraceptive	Demande totale en espacement (%)	9,40%	6,70%	0,00%	5,60%
	Demande totale en limitation (%)	0,30%	0,00%	0,00%	0,10%
	Demande contraceptive totale (%)	**9,70%**	**6,70%**	**0,00%**	**5,70%**
Demande contraceptive satisfaite	Demande satisfaite par méthodes modernes (%)	47,50%	100,00%		60,70%
	Demande satisfaite par toutes les méthodes PF (%)	69,00%	100,00%		76,80%

Annexe 12 : Fiche synoptique des indicateurs

Indicateurs de performance	Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
A- Connaissance, utilisation et attitudes sur la planification familiale				
Taux de prévalence contraceptive : **toutes les méthodes**				
Toutes femmes	23,6%	14,8%	6,7%	15,2%
Femmes 15-24 ans	18,3%	12,1%	8,0%	13,2%
Femmes 25-49 ans	27,6%	16,5%	5,9%	16,6%
Taux de prévalence contraceptive : **méthodes modernes**				
Toutes femmes	17,4%	14,7%	4,8%	12,0%
Femmes 15-24 ans	12,7%	12,1%	6,3%	10,2%
Femmes 25-49 ans	20,9%	16,3%	3,8%	13,2%
Pourcentage de la population cible ayant une meilleure connaissance de la planification familiale/autres services de santé.	39,2%	40,3%	18,2%	31,1%
Femmes de 15 à 49 ans	66,3%	59,2%	33,1%	52,1%
Hommes de 15 à 54 ans	4,6%	9,5%	0,4%	3,7%
Pourcentage de la population cible ayant des attitudes positives envers la planification familiale.	91,1%	92,3%	81,2%	87,4%
Femmes de 15 à 49 ans	95,6%	96,8%	80,5%	90,1%
Hommes de 15 à 54 ans	85,3%	85,0%	82,0%	83,9%
Pourcentage de l'auditoire qui se souvient avoir entendu ou vu un message spécifique de planification familiale/santé reproductive (planification familiale / santé reproductive) soutenu par l'USG.	39,0%	26,3%	28,1%	32,1%
Femmes de 15 à 49 ans	32,9%	25,2%	41,8%	34,5%
Hommes de 15 à 54 ans	46,7%	28,2%	11,8%	28,9%
B- Fécondité récente et soins prénatals				
Taux de fécondité chez les adolescentes (15-19 ans) (pour 1000)	282	249	290	278
Pourcentage de femmes qui ont eu quatre consultations prénatales ou plus au cours de la dernière grossesse.	56,0%	50,4%	48,8%	52,2%
C- Demande contraceptive et Besoins Non Satisfaits				
FEMMES 15-24 ANS				
Besoin non satisfait en espacement (%)	1.6%	0.8%	0.4%	1.0%
Besoin non satisfait en limitation (%)	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%
Besoin non satisfait total (%)	1.8%	0.8%	0.4%	1.1%
Besoin satisfait en espacement (%)	19.2%	13.2%	4.6%	13.4%
Besoin satisfait en limitation (%)	0.7%	0.0%	0.4%	0.4%
Besoin satisfait total (%)	19.9%	13.2%	4.9%	13.8%
Demande totale en espacement (%)	20.8%	14.0%	4.9%	14.4%
Demande totale en limitation (%)	0.9%	0.0%	0.4%	0.5%
Demande contraceptive totale (%)	21.7%	14.0%	5.2%	14.8%

Indicateurs de performance	Maradi	Tillabéri	Zinder	Ensemble
Demande satisfaite par méthodes modernes (%)	67.0%	94.2%	66.7%	75.6%
Demande satisfaite par toutes les méthodes PF (%)	91.8%	94.2%	93.3%	92.7%
FEMMES 15-49 ANS				
Besoin non satisfait en espacement (%)	1,3%	1,0%	0,1%	0,9%
Besoin non satisfait en limitation (%)	2,8%	0,8%	1,6%	1,7%
Besoin non satisfait total (%)	4,1%	1,7%	1,7%	2,6%
Besoin satisfait en espacement (%)	23,7%	16,0%	6,2%	16,3%
Besoin satisfait en limitation (%)	1,6%	0,4%	0,9%	1,0%
Besoin satisfait total (%)	25,3%	16,4%	7,1%	17,3%
Demande totale en espacement (%)	25,0%	17,0%	6,4%	17,2%
Demande totale en limitation (%)	4,4%	1,2%	2,4%	2,7%
Demande contraceptive totale (%)	29,4%	18,2%	8,7%	19,9%
D- Violences basées sur le genre				
Pourcentage de la population cible avec un score d'équité au moins modéré sur l'échelle GEM	50,20%	44,60%	59,70%	52,80%
Femmes de 15 à 49 ans	31,2%	34,9%	43,9%	36,9%
Hommes de 15 à 54 ans	74,2%	60,4%	78,5%	73,5%
Pourcentage de la population cible affirmant qu'il serait justifié de frapper ou battre sa femme	54,6%	69,2%	60,6%	60,0 %
Femmes de 15 à 49 ans	76,3%	85,1%	86,4%	82,1%
Hommes de 15 à 54 ans	27,0%	43,3%	29,9%	31,1%
E- Vaccination des enfants (12-23 mois)				
Pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés	57,2%	28,7%	46,2%	48,8%
F- Prestations de service				
Proportion des prestataires ayant une attitude positive face à l'utilisation de la planification familiale et ses services par les adolescents	39,2%	39,2%	46,5%	42,3%
Le Pourcentage d'unités de santé avec au moins un prestataire de services formé pour prendre en charge et désigner les VSBG.	61,2%	58,5%	43,5%	53,3%
Nombre de nouveau-nés qui reçoivent des soins postnatals dans les deux jours suivant l'accouchement dans les programmes soutenus par le Gouvernement américain.	15 473	6 654	31 090	53 217
Nombre extrapolé sur la zone USAID Kulawa	37 844	58 146	158 437	254 427
Pourcentage de femmes qui accouchent dans une structure et commencent ou quittent avec une méthode contraceptive moderne avant la sortie	23%	37%	28%	28%
Pourcentage de femmes qui accouchent dans une structure et reçoivent des conseils sur la planification familiale avant la sortie.	59%	87%	73%	70%
Indice de disponibilité des services	**16,4%**	**19,7%**	**20,0%**	**18,7%**