



Organisation mondiale de la Santé

BUREAU PAYS : **Niger**

RAPPORT ANNUEL 2016



Bureau de l'Organisation Mondiale de la Santé
Niger, Niamey
Quartier Plateau, Avenue Mohamed VI
BP : 10 739 Tel: (+227)20752039

Fax: (+227)20752041
E-mail : afwcone@who.int
Facebook/omsniger
Twitter/omsniger



Photo 1: Visite de Mr le Ministre de la santé publique (2^{ème} à partir de la droite) et de Mr le Représentant du Bureau de l’OMS au Niger (1^{er} à partir de la droite) dans la région de Maradi



Photo 2: Réunion de mobilisation des ressources / riposte à l’épidémie de la fièvre de la vallée du Rift à Niamey en présence de Mr. le Ministre de la santé publique (1^{er} à partir de la droite), de Mr le Représentant du PNUD (2^{ème} à partir de la droite) et de Mr le Représentant du Bureau de l’OMS au Niger (3^{ème} à partir de la droite) autour de la table.

Sommaire

LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES.....	vi
LISTE DES PHOTOS.....	vii
PREFACE.....	xi
RESUME EXECUTIF.....	xii
INTRODUCTION.....	xviii
I. MALADIES TRANSMISSIBLES.....	1
1.1. Lutte contre le VIH/sida.....	1
1.2. Lutte contre la tuberculose.....	5
1.3. Lutte contre le paludisme.....	7
1.4. Prévention et lutte contre les maladies tropicales négligées.....	11
1.5. Vaccination et mise au point des vaccins.....	15
1.5.1 La surveillance active de la Paralysie Flasque aigue (PFA).....	16
1.5.2 Surveillance environnementale.....	17
1.5.3 Journées Nationales de Vaccination (JNV) contre la poliomyélite....	19
1.5.4 Organisation des opérations de ratissage.....	20
1.5.5 Activités de certification.....	22
1.5.6 Lutte accélérée contre les maladies cibles du PEV.....	23
1.5.7 PEV de routine.....	27
II. MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	30
2.1 Maladies non transmissibles.....	30
2.2 Nutrition.....	32
III. PROMOUVOIR LA SANTE A TOUTES LES ETAPES DE LA VIE.....	35
3.1 Promotion de la santé.....	35
3.2 Maternité à moindre risque.....	37
3.3 Santé et développement de l’enfant, de l’adolescent et du jeune.....	42
3.4 Déterminants socio-économiques de la santé et facteurs de risque.....	45
IV. SYSTEME DE SANTE.....	46
4.1 Leadership et gouvernance.....	47
4.2 Ressources humaines pour la santé.....	47
4.3 Système d’information sanitaire.....	55
4.4 Médicaments essentiels et technologies sanitaires.....	60
4.5 Prestations des soins et services.....	61
4.6 Financement de la santé pour tendre vers une couverture sanitaire universelle.....	65
V. PREPARATION ET REPONSE AUX URGENCES SANITAIRES ET AUX EPIDEMIES.....	68
5.1 Préparation aux urgences sanitaires et épidémies.....	69
5.1.1 Mise en œuvre de la liste de contrôle consolidée.....	69
5.1.2 Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte.....	71
5.1.3 Préparation aux crises humanitaires.....	72
5.2 Réponse aux urgences de santé publique et épidémies.....	75
5.2.1. Fièvre de la vallée du Rift.....	75
5.2.2. Méningite.....	79
5.2.3. Rougeole.....	80
5.2.4. Choléra.....	81
VI. SERVICES INSTITUTIONNELS ET FONCTIONS D’APPUI.....	83

6.1.	Leadership, gouvernance et partenariat.....	83
6.2.	Administration.....	86
6.3.	Ressources financières	87
6.4.	Ressources humaines	88
6.5.	Logistique.....	90
6.5.1	Parc automobile.....	90
6.5.2	Gestion du bâtiment.....	91
6.5.3	Inventaire	91
6.5.4	Achats	91
6.6.	Information, Communication et Technologies.....	92
VII.	DEFIS ET LEÇONS APPRISES	94
7.1	Défis majeurs	94
7.2	Leçons apprises.....	94
VIII.	DOCUMENTS CONSULTÉS.....	95

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Principaux indicateurs sociodémographiques et sanitaires du Niger	xviii
Tableau 2 : Séroprévalence du VIH chez différents groupes de population au Niger en 2015.....	2
Tableau 3: Présentation des indicateurs clés de la lutte contre la tuberculose au Niger en fin 2015.....	6
Tableau 4: Activités de surveillance environnementale au Niger de novembre 2015 à décembre 2016.....	18
Tableau 5: Résultats des échantillons d’eaux usées prélevées en 2016	18
Tableau 6: Résultats des AVS réalisées en 2016	19
Tableau 7: Indicateurs de santé reproductive, maternelle et néonatale au Niger en 2015	38
Tableau 8: Notification et audits des décès maternels au Niger de 2014 à 2016..	41
Tableau 9: Distribution du personnel de santé selon les spécialités au Niger en 2016.....	54
Tableau 10: Répartition des infrastructures sanitaires par région en 2015 au Niger	63
Tableau 11: Réalisations selon les composantes de la liste de contrôle consolidée au Niger.....	70
Tableau 12: Allocations budgétaires (USD) et taux de réalisation selon les plans de travail en 2016	88

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Séroprévalence au Niger selon les régions. 2006 et 2012	1
Figure 2: Proportions de personnes atteintes du VIH sous ARVs de 2012 à 2016 au Niger.....	3
Figure 3: Evolution des taux de succès thérapeutique du traitement de la tuberculose de 2010 à 2015 au Niger	6
Figure 4: Taux d'incidence cumulée du paludisme de 2009 à 2016 au Niger	8
Figure 5: Situation de l’Onchocercose avant et après l’OCP (1974 et 2002)	12
Figure 6: Carte de la distribution de la filariose lymphatique en 2016 au Niger .	13
Figure 7: Evolution du taux de PFA non polio de 1997 à 2016 au Niger.....	16
Figure 8: Taux de PFA non polio notifiés en 2016	17
Figure 9: Proportion de selles prélevés dans les 14 jours.....	17
Figure 10: Résultats des EVS de riposte (05 passages au VPOb et 02 passages au VPOM2) en 2016 au Niger	21
Figure 11: Distribution de cas confirmés de Rougeole par district sanitaire en 2016.....	24
Figure 12: Districts sanitaires avec des épidémies confirmées de rougeole en 2016	24
Figure 13: Taux d'incidence cumulée et couverture vaccinale de la rougeole de 2001 à 2016 au Niger	24
Figure 14: Cas de méningites pédiatriques au niveau des sites sentinelles en 2016 au Niger.....	27
Figure 15: Couvertures vaccinales par antigène en 2015 et 2016 au Niger.....	28
Figure 16: Evolution des taux de couverture en PENTA3 chez les enfants de 0 à 11 mois de 2012 à 2016 au Niger.....	29
Figure 17: Taux de décès maternels notifiés et audités de 2014 à 2016 au Niger	41
Figure 18: Evolution des ratios du personnel selon les catégories professionnelles de 2005 à 2015	50
Figure 19: Répartition du personnel de santé selon le milieu (rural, urbain) au Niger en 2016.....	53
Figure 20: Evolution du taux de couverture sanitaire de 2012 à 2016 au Niger ..	63
Figure 21: Evolution du taux d'utilisation de la contraception moderne de 2012 à 2016 au Niger.....	64
Figure 22: Evolution du taux d'accouchements assistés de 2011 à 2016 au Niger	64
Figure 23: Evolution de la dépense nationale de santé de 2011 à 2015 au Niger.	66
Figure 24: Evolution de la part du budget de l’Etat alloué à la santé de 2003 à 2015 au Niger.....	66
Figure 25: Distribution des cas de fièvre de la vallée du Rift au Niger en 2016...	76
Figure 26: Evolution de l’incidence de la méningite et des taux de létalité de 1986 à 2016 au Niger	79
Figure 27: Evolution de l’incidence et de la couverture vaccinale de la rougeole au Niger de 1990 à 2016.....	80
Figure 28: Notification des cas de choléra au Niger de 1994 à 2016.....	81

LISTE DES PHOTOS

Photo 1: Visite de Mr le Ministre de la santé publique (2 ^{ème} à partir de la droite) et de Mr le Représentant du Bureau de l’OMS au Niger (1 ^{er} à partir de la droite) dans la région de Maradi	ii
Photo 2: Réunion de mobilisation des ressources / riposte à l’épidémie de la fièvre de la vallée du Rift à Niamey en présence de Mr. le Ministre de la santé publique (1 ^{er} à partir de la droite), de Mr le Représentant du PNUD (2 ^{ème} à partir de la droite) et de Mr le Représentant du Bureau de l’OMS au Niger (3 ^{ème} à partir de la droite) autour de la table.....	ii
Photo 3: Cérémonie d’ouverture de l’atelier de dissémination des directives 2015 de l’OMS en matière de VIH / sida et hépatites virales.....	3
Photo 4: Dépistage volontaire du VIH chez une jeune femme dans un centre CDIS (CSI Danja /Maradi)	4
Photo 5: Journée mondiale de lutte contre le VIH/sida : « levons la main pour la prévention contre le sida » au camp Bagagi Iya, Niamey	5
Photo 6: Campagne de distribution de MILDA en 2016 à Niamey.....	9
Photo 7: Visite de supervision au niveau communautaire dans le cadre du projet RAcE dans la Région de Dosso. A gauche, le Représentant du Bureau de l’OMS, au milieu la chargée de programme et à droite un agent communautaire.....	9
Photo 8: Démonstration de l’utilisation des TDR—palu par un relais communautaire à Dosso (projet RAcE).....	10
Photo 9: Un relais communautaire entrain de faire un test de dépistage rapide du paludisme (TDR-palu) à Kamajiki dans le district sanitaire de Dogondoutchi.....	10
Photo 10: Séance d’éducation sanitaire et sensibilisation sur le ver de Guinée dans un camp de réfugiés maliens au Niger.....	14
Photo 11: Visite du site prélèvement des eaux usées de Koura 1 à Diffa.....	19
Photo 12: Enquête de monitoring à Tondibia, district 1 de Niamey.....	20
Photo 13: Equipe mixte Niger-Nigéria à Magaria avant le départ pour la vaccination contre la poliomyélite	21
Photo 14: Remise par M. Le Représentant de la lettre de la Commission Régionale de Certification attestant le Niger libéré de la poliomyélite à SEM le Premier Ministre	22
Photo 15: Lancement officiel du manuel régional de l’OMS «Promouvoir la santé bucco-dentaire en Afrique » à l’hôtel Gaweye de Niamey	31
Photo 16: Campagne de masse de contrôle de la glycémie et de la Pression Artérielle à l’occasion de journée mondiale de lutte contre le diabète 2016 à Niamey	32
Photo 17: Un enseignant dispensant un cours sur l’éducation nutritionnelle dans une école de Maradi.....	33
Photo 18: Préparation du pain dans une boulangerie, de la communauté urbaine de Niamey	34
Photo 19: Etat des toilettes dans une industrie agroalimentaire, de la communauté urbaine de Niamey.....	34
Photo 20: Atelier de plaidoyer et d’échange avec les Secrétaire généraux (SG) et des Directeurs des études et de la planification (DEP) des autres secteurs en faveur de la promotion de la santé.....	36
Photo 21: Visite du Représentant du Bureau de l’OMS (4 ^{ème} à partir de la droite) dans une salle de cours de l’Ecole Nationale de Santé publique de Niamey	39

Photo 22: Démonstration pratique des soins sage-femme à l'Ecole nationale de santé publique de Niamey en présence du Représentant de l'OMS (2ème à partir de la droite).....	39
Photo 23: Démonstration de la réanimation du nouveau-né lors d'une session de formation en SENN à Niamey	43
Photo 24: Kangourou : démonstration pendant la formation sur les SENN (Soins essentiels au nouveau-né)	43
Photo 25: Registre de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.....	44
Photo 26: Remise d'un lot de matériel informatique par le Représentant de l'OMS (à droite) au Ministre de la santé publique (au centre)	59
Photo 27: Participants à la formation sur la SIMR à Maradi.....	71
Photo 28: Don de Kits sanitaires d'urgence inter-institution par M. Le Représentant du Bureau de l'OMS (à droite) à M. le Secrétaire Général du MSP.....	73
Photo 29: Présentation et remise du Guide de l'OMS pour le contrôle des épidémies de méningite au Secrétaire Général du MSP. La présentation est faite par Dr Innocent NZEYIMANA, Outbreak and Disaster management (ODM) en présence du Représentant de l'OMS au Niger.....	74
Photo 30: Fièvre de la vallée du Rift : Formation des relais dans la région de Tahoua	77
Photo 31: Visite de terrain du Ministre de santé publique et des partenaires à Bella (Région de Dosso) lors d'une épidémie de choléra dans ladite localité en 2016.....	82
Photo 32: Atelier de validation de la stratégie de coopération avec le pays (SCP) par les partenaires à Niamey	84
Photo 33: Une vue d'une partie du parc automobile au Bureau de l'OMS à Niamey.	90
Photo 34: Visite de terrain de M. le Représentant du Bureau de l'OMS au Niger (2ème à partir de la droite) accompagné de Mr le Secrétaire Général du MSP (1er à partir de la droite) à Maradi, rencontre avec la Communauté	96
Photo 35: Sketch de sensibilisation, lors de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le paludisme.....	96
Photo 36 : Consultation d'un patient suspect de la fièvre de la vallée du Rift par un médecin de l'OMS à Tassara / District sanitaire de Tchintabaraden / Région de Tahoua.....	96

Photos de la page de garde :

- En haut à gauche : Le Représentant du Bureau de l'OMS (à gauche) aux côtés de SEM le Premier Ministre (à droite) lors de la mission d'évaluation du plan d'urgence.
- En haut à droite : Séance de distribution de médicaments entrant dans le cadre de la lutte contre les maladies tropicales négligées.
- En bas à Gauche : Campagne de masse de contrôle de la glycémie et de la pression artérielle à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le diabète 2016 à Niamey.
- En bas à droite : Briefing des superviseurs nationaux, JNV polio en avril 2016 à Niamey

Photo de la préface : Mr. Assimawè PANA, Représentant de l'OMS au Niger

EQUIPE DE REDACTION

Ont contribué à la rédaction de ce rapport

Dr Assimawè PANA	Représentant
D Magagi GAGARA	MPN
Dr Abdoulaye YAM	Point focal IVE
Dr Bienvenu BARUANI	HSE
Mme Fanna KANE	OO
Dr Balkissa ADAMOU	FHP
Dr Ricardo OBAMA	MO / SURV
Dr Aichatou Diawara GBAGUIDI	RIO
Mr Moussa BIZO	HEC
Dr Mariama BAISSA	HIV / TUB / NUT
Dr Fatima ABOUBAKAR	RAcE
Mr Moussa HALADOU	DM
Mr Abdoul Hakim MOKHTAR	CAM
Mr Bachir CHAIBOU	ICT
Dr Rosine SAMA	ODM

SIGLES ET ABREVIATIONS

AQ	: Assurance qualité
ARVs	: Antirétroviraux
CAJ	: Centre ami des jeunes
CDC	: Center for Disease Control
CERMES	: Centre de Recherche médicale et sanitaire
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CILS	: Comité intersectoriel de lutte contre le SIDA
CONIPRAT	: Comité nigérien contre les pratiques traditionnelles
CPNR	: Consultation prénatale recentrée
CSN	: Cadre stratégique national
DRSP	: Direction Régionale de la Santé Publique
DSME	: Direction de la santé de la mère et de l'enfant
GAVI	: Alliance globale pour les vaccins et les immunisations
H4+	: Quatre agences et plus pour la Santé
MGF	: Mutilations génitales féminines
MTN	: Maladie tropicales négligées
ODD	: Objectifs de développement durable
OMD	: Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PCT	: Poly chimiothérapie
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PFA	: Paralysie flasque aigue
PNEVG	: Programme national d'éradication du ver de Guinée
PSN	: Plan stratégique national
PVS1	: Poliovirus sauvage de type 1
PVVIH	: Personnes vivant avec les virus d'immunodéficience humaine
RBM	: Roll Back Malaria
SAA	: Soins après avortement
SCP	: Stratégie de coopération avec le pays
SDMR	: Surveillance des décès maternels et riposte
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience humaine
SMNI	: Santé maternelle, néonatale et infantile
SONNE	: Soins obstétricaux et néonataux essentiels
SONU	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SR	: Santé de la reproduction
SRMNIA	: Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescent
THA	: Trypanosomiase humaine africaine
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	: Virus d'immunodéficience humaine



PREFACE

Le présent rapport annuel 2016 met en exergue la contribution du Bureau de la Représentation de l'OMS aux efforts de santé du gouvernement du Niger. Il porte sur l'état de réalisation des activités planifiées dans le plan de travail biennal 2016-2017 entre l'OMS et le Ministère de la Santé Publique. Les activités réalisées ont pu aboutir grâce à une étroite collaboration établie entre les équipes techniques du bureau de l'OMS et du Ministère de la Santé ainsi qu'avec les partenaires au secteur de la santé.

Au cours de l'année 2016, une épidémie de la Fièvre de la Vallée du Rift est survenue pour la première fois dans le pays. La préparation et la réponse à celle-ci, grâce à une synergie des actions entre l'OMS, le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de l'Élevage et les partenaires, ont permis une maîtrise rapide de la maladie.

Les problèmes sanitaires induits par la persistance, voire l'aggravation au cours de l'année de la situation sécuritaire dans la région sanitaire de Diffa, ont amené l'OMS à mobiliser des ressources supplémentaires pour faire face aux besoins additionnels dans le domaine de la santé.

La certification de l'absence de circulation de poliovirus sauvage, l'élimination du tétanos maternel et néonatal constituent sans nul doute des avancées significatives dans la lutte contre les maladies transmissibles au Niger.

Les équipes techniques de l'OMS ont apporté leur appui à la révision de la politique sanitaire et à l'élaboration du Plan de Développement Sanitaire 2017-2021 tout au long du processus.

Cependant, les défis sont encore de taille et vont nécessiter entre autres les efforts conjugués des communautés et de la société civile à travers leur meilleure implication dans les actions de santé, une réorganisation du Ministère de la Santé publique, une prise en compte des déterminants socio-économiques de la santé à travers la multisectorialité, le développement des ressources humaines, le renforcement de l'information sanitaire à tous les niveaux du système de santé, la mobilisation conséquente de ressources additionnelles pour les programmes de santé.

En effet, il s'agira de renforcer les acquis en matière de réduction de la mortalité des mères et des enfants pour lesquels des progrès importants ont été enregistrés ces dernières années mais aussi de créer les conditions pour la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle en lien avec les Objectifs du Développement Durable (ODD).

C'est pour moi, l'occasion de remercier une fois de plus le Gouvernement du Niger pour la parfaite collaboration avec l'OMS; ce qui a permis d'accompagner les autorités dans les efforts de développement du secteur de la santé pour un meilleur état de santé des populations.

Je remercie aussi tous les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé et particulièrement le Système des Nations Unies pour la complémentarité et la synergie des actions en faveur du secteur de la santé au Niger.

Dr Assimawè PANA
Représentant de l'OMS au Niger

RESUME EXECUTIF

Dans le cadre de la mise en œuvre de sa stratégie de coopération avec le pays et conformément à son mandat, l'OMS a apporté au cours de l'année 2016, des appuis techniques et financiers dans divers domaines de coopération.

Ces appuis multiformes traduisent la contribution du bureau pays de l'OMS à la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale, du plan de développement sanitaire 2011-2015 prorogé à 2016 et des plans sectoriels de lutte contre la maladie. Le présent rapport met en relief la contribution du bureau pays de l'OMS aux efforts de santé du Niger. Il indique les principales réalisations entreprises par catégorie, en lien avec le 12^{ième} programme général de travail et la stratégie de coopération avec le pays pour la période 2009-2015.

Ainsi, en matière de **lutte contre les maladies transmissibles**, l'OMS a apporté des appuis à la réalisation des activités de renforcement des capacités des prestataires de soins en prescription des ARVs, à la mise en place de nouveaux sites de dépistage et de nouveaux sites prescripteurs dans la région de Maradi. De même, l'OMS a appuyé l'élaboration du plan de passage à l'échelle de la prévention et du traitement par les ARVs. Elle a accompagné le **Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT)** dans l'élaboration de plans d'extension du réseau de laboratoire *Gen-xpert*, de mise à l'échelle de la prise en charge de la tuberculose multi résistante, d'assistance technique multipartenaires et a contribué à la coordination des activités du plan conjoint TB/VIH.

En 2016 l'OMS a appuyé l'évaluation du plan stratégique 2011-2015 et l'élaboration du nouveau plan stratégique 2017-2021 de lutte contre le **paludisme**. Elle a également appuyé l'introduction de la chimio prophylaxie saisonnière (CPS) dans les régions de Tahoua, Zinder, Maradi, Dosso, Tillabéry et Niamey, ainsi que la poursuite de la mise œuvre de la stratégie de prise en charge des maladies de l'enfant à travers le projet RAcE.

S'agissant des **maladies tropicales négligées**, le soutien de l'OMS a porté sur l'élaboration du plan stratégique directeur couvrant la période 2017-2021 et l'information et la sensibilisation sur le ver de Guinée à l'endroit des agents du Ministère de l'élevage des régions de Diffa et Tillabéry, des enseignants des écoles et instituts de santé.

Elle a doté le programme national de lutte contre la lèpre en médicaments pour la poly chimiothérapie et a appuyé l'organisation des opérations de dépistage de masse.

Concernant les **maladies évitables par la vaccination**, à savoir la poliomyélite, la rougeole, la fièvre jaune, le tétanos maternel et néonatal, les pneumonies, méningites pédiatriques et diarrhées à rotavirus, l'OMS a appuyé l'élaboration du rapport annuel de progrès des activités de l'éradication de la poliomyélite pour l'année 2015 et la documentation finale pour la certification, ainsi que le rapport phase 1b d'identification et destruction de tous les VPO2 et poliovirus sabin de type 2 au Niger.

La surveillance de la **rougeole** s'est matérialisée par un don de matériel et de kits de prélèvement des échantillons pour la mise en œuvre des activités du laboratoire de référence ainsi que le suivi des indicateurs de qualité de la surveillance de la rougeole.

Le renforcement des compétences et de monitoring des indicateurs de performance, ainsi que la dotation du MSP en moyens nécessaires à la détection et à la confirmation des cas suspects notifiés par le pays ont été les principaux appuis apportés par l'OMS en 2016 en matière de contrôle de la **fièvre jaune**.

Pour confirmer l'élimination du **TMN** au Niger, l'OMS a appuyé la réalisation d'une étude rétrospective en 2016 qui a montré que le TMN est éliminé au Niger.

Les activités de **surveillance des méningites bactériennes pédiatriques, des pneumonies et diarrhées à rotavirus** ont continué à bénéficier des appuis de l'OMS au cours de l'année 2016.

Afin d'atteindre les objectifs de **couvertures vaccinales** de 90% pour tous les antigènes du PEV régulier, l'OMS a apporté des appuis au PEV de routine dans quatre (4) districts sanitaires que sont Agadez, Birni-NKonni, Zinder Commune et Niamey-V qui avaient les couvertures vaccinales les plus basses et des taux d'abandon très élevés. Le bureau a assisté le programme dans l'élaboration des plans d'introduction du MenA dans le PEV de routine et la mise en œuvre d'une campagne de vaccination contre le Papilloma Virus Humain (HPV) en milieu scolaire dans cinq (5) Districts Sanitaires du pays.

En plus, au cours de l'année 2016, l'OMS a apporté un appui au lancement du manuel régional sur la santé bucco-dentaire. Elle a contribué à la documentation des accidents de la circulation routière, à la définition des indicateurs clés de **MNT** à intégrer dans le système d'information sanitaire et à la formation des agents chargés de la gestion des données sanitaires.

Dans le domaine de la **nutrition**, l'OMS a appuyé l'élaboration du plan d'action du comité national du CODEX Alimentarius ainsi que la rédaction d'un projet de mobilisation de ressources financières extérieures auprès du Fonds Fiduciaire du Codex phase 2 et la tenue de deux réunions trimestrielles du comité national.

En matière de **promotion de la santé**, l'OMS a procédé au renforcement des capacités des cadres régionaux de la santé et des autres secteurs non sanitaires, ainsi que les représentants de la société civile et du secteur privé. En plus, de la réunion de briefing des Secrétaires généraux d'une vingtaine de ministères techniques non sanitaires sur les questions des déterminants sociaux de la santé l'OMS a contribué à l'élaboration d'un plan stratégique 2016-2020 de promotion de la santé dans le pays.

Dans le cadre de la **maternité à moindre risque**, l'OMS a appuyé l'élaboration et la diffusion de registres soins après avortement (SAA) pour la collecte des informations en vue d'améliorer le suivi de certains indicateurs de la santé

maternelle. Elle a également appuyé le renforcement des capacités en SAA et SDMR.

En ce qui concerne la **Santé et le développement de l'enfant, de l'adolescent** et du jeune , plusieurs actions ont été menées par l'OMS, à savoir le renforcement des capacités des formateurs et des agents communautaires dans le district sanitaire de Say, l'évaluation du plan stratégique de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes (SSRAJ) 2011-2015, l'élaboration d'un programme d'orientation en santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes ainsi qu'un plan stratégique national multisectoriel SAJ 2017-2021.

En rapport avec les **déterminants sociaux de la santé**, les interventions de l'OMS ont porté sur le renforcement du partenariat avec les autres acteurs, y compris les organisations de la société civile dans le but d'accroître les synergies d'interventions dans le secteur de la santé.

Pour soutenir la **gouvernance** dans le secteur, l'OMS a appuyé la finalisation et validation du PDS 2017-2021 de même que l'évaluation dudit document avec l'outil JANS et la finalisation de la carte sanitaire. Pour assurer l'implication de la société civile dans les actions de santé et le renforcement des capacités des acteurs non étatiques, un appui a été apporté aux syndicats principaux de la santé (SUSAS, SYNPHAMED) pour l'organisation d'une campagne de sensibilisation des militants sur l'éthique et la déontologie médicale et d'un voyage d'étude pour la Société Nigérienne d'ophtalmologie à Cotonou.

Pendant l'année écoulée plusieurs activités clés ont été réalisées dans le domaine des **ressources humaines** dont la finalisation de l'étude sur le marché du travail en personnel de santé au Niger et le démarrage d'une étude sur la charge de travail du personnel de santé dans les structures offrant des services et prestations de soins maternels et aux enfants. Un audit organisationnel et fonctionnel a été réalisé pour l'école nationale de santé publique Damouré Zika de Niamey.

Le **système d'information** sanitaire (SIS), a bénéficié de l'appui de l'OMS pour la finalisation de la carte sanitaire interactive. La Direction des statistiques a poursuivi le développement du DHIS (District Health Information Software) portal avec l'appui financier de l'Union Européenne

Pour le sous-secteur du **médicament**, le bureau a appuyé la formation des formateurs à l'utilisation du guide thérapeutique santé mère et enfant, la révision de la liste nationale des médicaments essentiels, la formation des gestionnaires sur la gestion des médicaments essentiels y compris les médicaments pour la santé de la mère et de l'enfant avec le soutien financier de la composante 5 du projet Muskoka et l'organisation de la journée africaine de médecine traditionnelle.

Pour contribuer à l'amélioration de la qualité des **soins et services**, un appui a été apporté à la validation des normes et le ministère s'est doté d'un dispositif qualité pour les structures de soins, les écoles de formations et les laboratoires.

Dans le cadre du processus de mise en place la **couverture sanitaire universelle**, l’OMS a appuyé le renforcement des capacités des membres du groupe technique de travail national mis en place par le Premier ministre, l’institutionnalisation des comptes nationaux de la santé entamé en 2014, la formation de cinq cadres du pays lors d’un atelier régional à Dakar. Elle a également contribué à la production de bases factuelles sur les dépenses en santé à travers les comptes nationaux de la santé.

Le Niger a fait face à plusieurs épidémies et urgences sanitaires au cours de l’année 2016. Il a pour la première fois été confronté à une épidémie de la **fièvre de la vallée du Rift** survenue dans la région de Tahoua. Pour endiguer cette épidémie, l’OMS a mobilisé dans le cadre de la riposte des ressources considérables pour la surveillance épidémiologique, l’entomologie, le laboratoire, la prise en charge des cas, la communication sur les risques et la coordination. Dans le domaine du **laboratoire**, l’OMS à travers « Global Outbreak Alert and Response Network » (GOARN) a mobilisé une équipe de l’institut pasteur de Dakar pour le développement des capacités des techniciens de laboratoire du CERMES aux techniques de diagnostic et à l’interprétation des résultats et a doté les laboratoires en équipements.

Dans le domaine de la **prise en charge** des cas, l’OMS a fourni des Kits sanitaires complets d’urgence inter institutions (IEHK), l’appui technique pour l’évaluation de la prévention et contrôle de l’infection (PCI) au niveau des sites de prise en charge et les autres structures sanitaires dans les districts à risque ainsi que le renforcement des capacités des agents de santé sur le module des précautions universelles et la prévention et contrôle de l’infection dans le contexte de la fièvre de la Vallée de Rift.

En matière de **communication** sur les risques, la mobilisation sociale et l’engagement communautaire, l’OMS a contribué à l’élaboration d’un plan de communication, d’outils et supports (affiches, dépliants, aide-mémoire, et guide de formation des relais communautaires, fiche de collecte des données par les relais communautaires). Elle a appuyé l’identification et la formation des relais communautaires dans les districts sanitaires de Tchintabaraden, Tassara, Tillia et Keita. et a fourni son appui technique à la préparation et la réalisation d’une table ronde des partenaires pour la mobilisation des ressources organisée par le MSP. Dans le domaine de la **coordination**, le Bureau a contribué à la réactivation des comités (national, régionaux et départementaux) de gestion des épidémies, à la tenue de la Table Ronde en vue de la coordination des appuis des partenaires et la mobilisation des ressources, au fonctionnement du comité technique de lutte contre l’épidémie de la fièvre de la vallée du rift et aux missions conjointes (ministères santé, élevage, faune et forêts) de supervision des activités de lutte contre la Fièvre de la Vallée du Rift selon « l’approche une seule santé ».

Dans le cadre de la lutte contre la **méningite**, l’OMS a appuyé le MSP pour l’élaboration d’un micro plan pour la conduite d’une campagne de vaccination, la soumission de la requête au Groupe international pour l’approvisionnement en vaccin anti-méningococcique (ICG).

Pour lutter contre la **rougeole**, l'OMS a fourni des appuis aux équipes cadres des districts pour les investigations et la mise en œuvre des actions ciblées (riposte vaccinale, surveillance épidémiologique cas par cas, renforcement du PEV de routine, prise en charge des cas).

Faisant suite à la déclaration par le MSP sur l'écllosion d'une épidémie de **choléra**, l'OMS a fourni des appuis à l'organisation de la vaccination dans la région de Diffa. Elle a mené une évaluation du centre de traitement de choléra dans l'aire de santé de Bella (Région de Dosso) en vue de s'enquérir de la situation sur le terrain. Enfin le Bureau pays l'OMS a participé à la réunion de surveillance transfrontalière des pays du bassin de Lac Tchad tenue à Douala au Cameroun en octobre 2016.

Dans le cadre de la préparation à la riposte à la **MVE**, l'OMS a appuyé la formulation du plan de mise en œuvre du centre opérationnel d'urgence, la production et diffusion de procédures opérationnelles standards adaptées au contexte nigérien, l'élaboration d'un plan de formation en SIMR et de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre les infections liées aux soins. Un renforcement de capacité a été donné sur la biosécurité pour les laborantins et la prise en charge pour les agents de santé En **Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte**, avec l'appui de l'OMS le Niger a validé les modules de formation sur la SIMR, organisé une formation des formateurs centraux et régionaux en SIMR et des formations en cascade à l'endroit des prestataires.

Le bureau a doté le MSP d'un important lot de kits sanitaires (acquis dans le cadre du fonds japonais et différents projets du Fonds Central d'Intervention d'Urgence des Nations Unies pour la réponse rapide) pour parer aux **crises humanitaires**. L'OMS a recruté un consultant pour l'appui à la coordination des interventions sanitaires d'urgence dans la région de Diffa et un consultant pour la logistique d'urgence du Bureau pays.

Pour mieux cibler les appuis au pays, le Bureau et le MSP ont élaboré la stratégie de coopération de 3^{ème} génération 2017-2021 avec la pleine participation de toutes les parties prenantes.

Dans le cadre de la **visibilité** de l'OMS, plus d'une centaine de communiqués sur les actions de l'OMS ont été faites à travers les réseaux sociaux touchant un large public au Niger et à travers le monde et des bulletins d'information ont été régulièrement édités et diffusés. Le bureau a participé activement aux différents comités et commissions inter-agences dans le cadre de l'approche « one UN » et a produit et partagé aux partenaires plusieurs supports de communication.

Des rencontres stratégiques ont été organisées tant avec les autorités nationales, qu'avec les agences des Nations Unies, les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé afin de réitérer l'engagement et la disponibilité de l'OMS à accompagner le pays dans ses efforts de développement sanitaire soutenu. Le bureau pays a participé de façon efficace et efficiente aux différentes rencontres de la plateforme des partenaires techniques et financiers du compact et d'autres

cadres de coordination et de concertation. L'OMS a contribué aux missions de supervision du Ministre de la Santé sur le terrain.

En terme des réalisations de l'**administration**, pour l'année 2016, on note le respect des procédures d'utilisation des fonds alloués dans toutes les catégories des plans de travail, le suivi régulier de la mise en œuvre directe des activités et la prise en compte des indicateurs de mesure de performance dans la gestion administrative. Le niveau de mise en œuvre du budget est satisfaisant pour l'ensemble avec des variations allant de 54,7% à 92,8%.

INTRODUCTION

Le Niger a une superficie de 1 266 491 km². Sa population est estimée à **19 865 066** habitants dont 50,6 de femmes. Le pays compte huit (08) régions que sont Agadez, Diffa, Dosso, Maradi, Niamey, Tahoua, Tillabéry et Zinder. Les principaux indicateurs du pays sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1: Principaux indicateurs sociodémographiques et sanitaires du Niger

Indicateur	Valeur
Population	19 865 066 habitants
Taux d’accroissement	3,9%
Femmes	50,6%
Indice synthétique de fécondité	7,6
Mortalité maternelle	520 pour 100 000 naissances vivantes
Mortalité infantile chez les moins de 5 ans	126 pour 1000 naissances vivantes
Proportion d’accouchements assistés	39,7%
Prévalence contraceptive	20,46%
Rang de l’indice de développement humain	188
PIB/Habitant	228.919 ¹ F CFA
Dépense totale santé / habitant	17.643 F CFA
Espérance de vie à la naissance	64,3 ans

Le système de santé du Niger comprend trois niveaux, à savoir le niveau périphérique, le niveau régional et le niveau national. Ainsi le Niger compte 72 districts sanitaires dont 26 avec des hôpitaux de district fonctionnels, 913 centres de santé intégrés (CSI) et 2516 cases de santé².

Cette armature de base est complétée par un ensemble d’établissements parapublics (huit centres médico-sociaux, 45 pharmacies populaires, 32 infirmeries de garnison) et privés (56 cabinets médicaux, 45 cliniques, 196 salles de soins, 120 pharmacies, 11 laboratoires, et 19 écoles de santé). La plupart des infrastructures privées, notamment les cabinets médicaux, les cliniques, les pharmacies et les laboratoires, sont concentrées à Niamey.

Le pays a réalisé des progrès significatifs dans certains domaines, notamment celui de la lutte contre les maladies évitables par la vaccination. La situation sanitaire reste cependant préoccupante, marquée par une mortalité maternelle et infantile élevée, la double charge des maladies transmissibles et non transmissibles, l’insalubrité du milieu, la dégradation de l’environnement, la précarité des conditions d’hygiène et d’assainissement y compris dans les formations sanitaires, le changement climatique, les difficultés d’approvisionnement en eau potable, la survenue quasi régulière de situations d’urgence auxquelles le pays n’est pas toujours préparé. Comme dans la plupart

¹ INS comptes rapides 2015

² Annuaire statistiques sanitaires 2015

des pays en développement, au Niger les actions sur les déterminants sociaux de la santé restent très timides. Cette situation est due à une très faible prise en compte de ces déterminants dans les politiques et stratégies de développement sanitaire jusque-là mises en œuvre par le gouvernement. Ainsi malgré la libéralisation de l'espace médiatique, l'émergence d'une presse privée florissante, le développement des radios de proximité et le développement de la téléphonie mobile, les comportements non favorables à la santé persistent et compromettent les efforts de lutte contre la maladie. Il manque encore une stratégie nationale en communication pour un changement de comportement (CCC) même s'il existe des plans de communications dans certains services et programmes de santé.

Ces nombreux facteurs de risque contribuent à accroître la charge de maladie dans la population, en particulier chez les plus vulnérables. Bien que la Constitution du pays garantisse le droit de tous à la santé, il existe en réalité des inégalités dans l'accès aux services de santé pour certaines catégories de personnes, notamment les populations pauvres, les femmes et les jeunes filles. La couverture sanitaire physique globale est de 48.47% et la protection sociale de la population face au risque de maladie faible (24% de la population bénéficie d'une couverture maladie).

La seconde stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger avait été développée pour couvrir la période 2009-2013. Suite à l'adoption par le Gouvernement du Niger de son Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-2015 et de son Plan de Développement Economique et Social (PDES) 2012-2015, aux orientations du Bureau régional de l'OMS demandant aux pays d'actualiser les stratégies de coopération en cours dans la perspective d'un alignement des futurs processus de formulation des SCP sur ceux des documents nationaux, le Ministère de la Santé Publique et le Bureau de l'OMS au Niger ont convenu de procéder à la revue interne de la stratégie de coopération avec le pays (SCP) 2009-2013 et à son extension pour l'aligner sur l'horizon 2015, terme des documents stratégiques nationaux qui ont été prorogés jusqu'en 2016. La Stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger 2009-2015 a maintenu son agenda stratégique autour de quatre (4) axes pendant la période 2014-2015 : i) Améliorer la performance du système de santé, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires ; ii) Intensifier la lutte contre la maladie et mieux gérer les crises associées aux urgences sanitaires; iii) Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant ; iv) Promouvoir un environnement favorable à la santé. Ce sont ces axes qui ont servi de base à l'élaboration du plan de travail 2016-2017 du bureau.

Le rapport fait le point des principales réalisations du Bureau de l'OMS au Niger, dans les six catégories d'activités définies dans le 12ième programme général de travail en appui au développement sanitaire. Il s'agit de : 1) maladies transmissibles, 2) maladies non transmissibles, 3) promotion de la santé à toutes les étapes de la vie, 4) système de santé, 5) préparation, surveillance et interventions et 6) services institutionnelles et fonctions d'appui.

I. MALADIES TRANSMISSIBLES

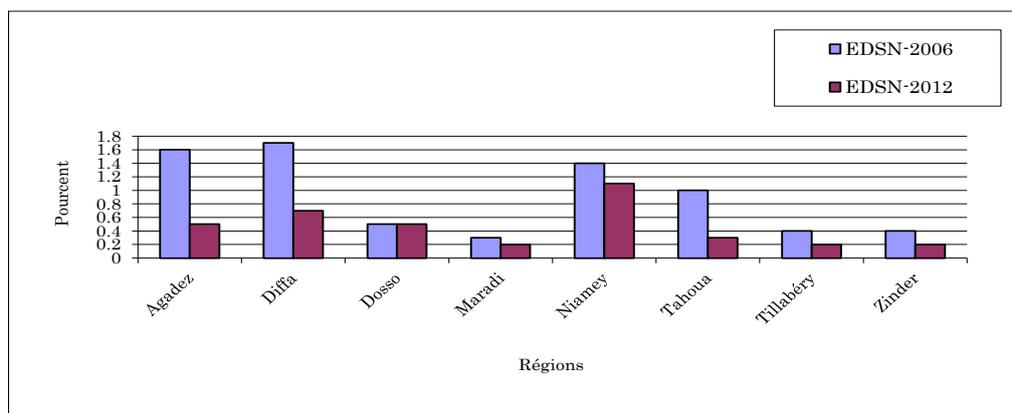
Dans le chapitre des maladies transmissibles, il sera question des activités relatives à la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme.

1.1. Lutte contre le VIH/sida

Le VIH/sida reste l’un des principaux problèmes de santé publique dans le monde et plus particulièrement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Au vu des défis que pose cette maladie, une stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida pour la période 2016-2021 a été adoptée par l’assemblée mondiale de santé de 2016. La mise en œuvre de cette stratégie contribuera à l’objectif d’élimination de l’infection à VIH/Sida prôné par le programme de développement durable à l’horizon 2030. Ainsi les pays sont encouragés à atteindre l’objectif des « 3 fois 90 », c’est à dire dépister 90% des PVVIH, mettre 90% d’entre eux sous thérapie antirétrovirale et faire en sorte que 90% d’entre eux aient une charge virale indétectable.

Au Niger, pays à faible prévalence, l’épidémie du VIH est de type concentrée, au sein de la population générale la tendance de la séroprévalence est à la baisse, car elle est passée de 0,87% à 0,4% chez les adultes de 15-45 ans selon les enquêtes réalisées en 2006 et 2012. De manière générale, les résultats des enquêtes montrent que toutes les régions (excepté Dosso pour des raisons non encore élucidées) ont enregistré des baisses importantes de séroprévalence entre 2006 et 2012 comme on peut le constater à travers la figure 1. Ces mêmes études ont mis en évidence une disparité de la séroprévalence entre les milieux urbain (0,8%) et rural (0,3%). Dans ce dernier groupe, la séroprévalence est de 1,1% chez les femmes contre 0,5% chez les hommes.

Figure 1: Séroprévalence au Niger selon les régions. 2006 et 2012



Source : EDSN-MICS 2012

Comparativement à la prévalence dans la population générale, certains sous-groupes de la population présentent des taux de séroprévalence élevés comme le démontre une étude de surveillance de seconde génération réalisée en 2015 par l’Institut national des statistiques (INS). Les résultats de cette étude sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Séroprévalence du VIH chez différents groupes de population au Niger en 2015

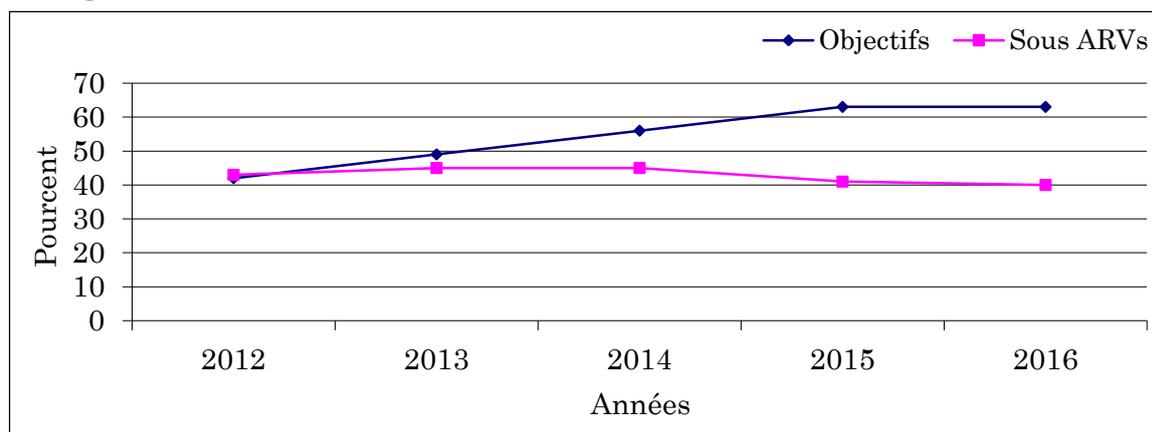
Groupes cibles	Prévalence (%)
Hommes ayant des rapports sexuels avec d’autres hommes	17,2
Professionnelles du sexe	16,68
Population carcérale	1,9
Réfugiés	1,6
Forces de défense et de sécurité	1,1
Routiers / camionneurs	0,9
Jeunes 15-24 ans	0,5
Enseignants	0
Mineurs / orpailleurs	0

Source : Rapport de surveillance de seconde génération 2016

Ainsi, au regard de l’objectifs 3 fois 90, les principaux défis du Niger dans la lutte contre le VIH/Sida sont les faibles taux de dépistage et de traitement des PVVIH. En effet, plus de 90% de la population ne connaît pas son statut sérologique pour le VIH et seul près de 40% des 49000 PVVIH estimés en 2016 (GARP 2016) ont accès aux ARVs comparativement aux recommandations de la stratégie mondiale « traiter tous », qui vise l’accès de tous les PVVIH à un traitement ARVs de qualité. L’objectif relatif à une charge virale indétectable chez 90% des personnes sous ARVs n’est guère atteint.

Comme on peut le constater à travers la figure 2, les projections en terme d’accès aux ARVs sont loin d’être atteintes et les proportions réelles n’ont guère atteint 50%. De même, en mai 2014, le Niger a adopté les recommandations 2013 de l’OMS en matière de mise sous traitement ARV. Suite à cela, le seuil de mise sous traitement est passé de 350 à 500 CD4, ce qui a eu un impact en termes d’augmentation du dénominateur expliquant ainsi la tendance à la baisse de la proportion de PVVIH sous ARVs à partir de 2015.

Figure 2: Proportions de personnes atteintes du VIH sous ARVs de 2012 à 2016 au Niger



Source : Rapport GARP 2016

En matière de prévention de la transmission de l’infection à VIH de la mère à l’enfant (PTME), 52% femmes enceintes séropositives sont encore sous protocole de prévention option A (bi ou mono thérapie ARV), ce qui pose un problème de respect des engagements pris à passer à l’option B+ (trithérapie ARV) et accélérer la mise à l’échelle de l’accès aux ARVs à toutes les PVVIH y compris les femmes enceintes séropositives.

En 2016, le bureau pays de l’OMS a appuyé le Ministère de la Santé dans l’élaboration et l’adoption d’un plan d’accélération du dépistage de la prévention et du traitement des PVVIH par les ARVs , à l’adaptation et à la dissémination des dernières lignes directrices 2015 de l’OMS en matière de VIH et Hépatites dont le lancement de l’atelier est illustré à travers la photo 3 ci-dessous. Un appui a été donné par l’OMS dans la réalisation de l’analyse de la situation en prélude à la revue du CSN 2013-2017 pour la prise en compte de la stratégie mondiale d’élimination du VIH 2016-2021.



Photo 3: Cérémonie d’ouverture de l’atelier de dissémination des directives 2015 de l’OMS en matière de VIH / sida et hépatites virales

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'accélération suscité, et profitant du financement du projet conjoint des agences du système des Nations Unies dans la région de Maradi, en cours depuis 2012, l'OMS a appuyé en 2016 l'amélioration de l'accès des PVVIH au traitement ARVs. Ainsi, 68 agents de santé ont été formés en matière de conseil dépistage à l'initiative du soignant (CDIS) et 32 paramédicaux à la délégation de tâches de la prescription des ARVs. Ce qui a permis de rehausser de 0% à 25% la proportion de centres CDIS dans la région de Maradi et de couvrir 36% des CSI de rattachement des sites prostitutionnels de cette région en prescription ARVs. Désormais, les personnels des CSI concernés sont en mesure d'effectuer sur place le test de dépistage du VIH comme le montre la photo 4.



Photo 4: Dépistage volontaire du VIH chez une jeune femme dans un centre CDIS (CSI Danja /Maradi)

L'OMS a également appuyé la formation de 684 agents de santé des sites PTME des régions de Maradi, Zinder et Diffa à l'option B+ en guise de contribution à l'élimination de la transmission verticale du VIH (PTME). Suite à ces formations, 100% des agents des sites PTME des trois régions suscitées sont aptes à prescrire la trithérapie antirétrovirale dans le cadre de la PTME. Avec l'appui de l'OMS, le Niger a également élaboré un plan d'accélération de la prévention et du traitement par les ARVs.

Comme chaque année, la journée mondiale de lutte contre le VIH/sida a été l'occasion pour sensibiliser les autorités et les communautés pour leur adhésion et leur contribution à la lutte contre cette affection. En 2016, cette journée a été célébrée à Niamey, dans le camp militaire Bagagi-Iya, une manière de matérialiser l'engagement des militaires en faveur de la lutte contre le VIH/sida (photo 5).



Photo 5: Journée mondiale de lutte contre le VIH/sida : « levons la main pour la prévention contre le sida » au camp Bagagi Iya, Niamey

En 2017, l'OMS va apporter un appui à la finalisation du processus de révision du Cadre stratégique national, à la poursuite de la mise en œuvre du plan de passage à l'échelle du dépistage, de la prévention et du traitement par les ARVs, ainsi qu'à l'élaboration de la note conceptuelle dans le cadre du second cycle de financement du Fonds Mondial.

1.2. Lutte contre la tuberculose

Au plan mondial, 10,4 millions de personnes ont contracté la tuberculose en 2015 et 1,8 million en sont mortes. La région Africaine totalise 23% des cas de tuberculose notifiés à travers le monde et 74% des cas de co-infection tuberculose/VIH. On estime, la même année que 480 000 personnes ont développé une tuberculose multi résistante à travers le monde. Une des cibles des objectifs de développement durable à l'horizon 2030 est de mettre un terme à l'épidémie mondiale de tuberculose. La stratégie OMS pour mettre fin à la tuberculose, approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2014, appelle à réduire de 90% le nombre de décès dus à la tuberculose et de 80% le taux d'incidence de la tuberculose, entre 2015 et 2030.

Avec un taux d'incidence estimé à 95 nouveaux cas pour 100,000 habitants³, le Niger se classe parmi les pays à haute endémicité tuberculeuse. Le taux de détection de la maladie (54% en 2016) reste encore faible. Pour la cohorte de 2015, le taux de létalité était de 7% et le taux de succès thérapeutique était de 79%, pour des objectifs fixés respectivement à moins 5% et plus 85% par

³ Rapport mondial OMS, 2016

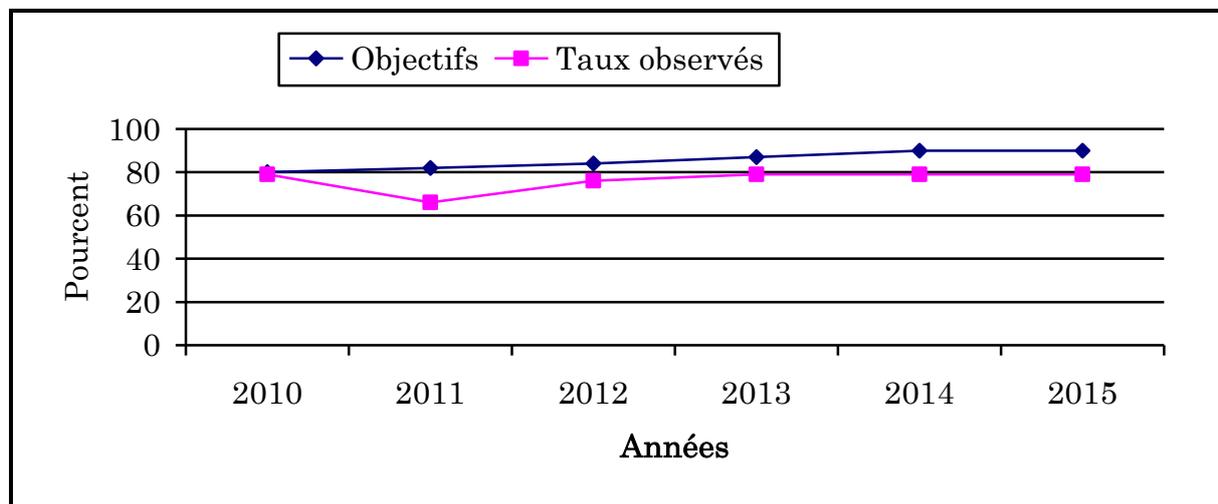
l’OMS⁴. Les données présentées dans le tableau 3, montrent que malgré les efforts déployés, le Niger se situe nettement en dessous des normes internationales en matière de lutte contre la tuberculose.

Tableau 3: Présentation des indicateurs clés de la lutte contre la tuberculose au Niger en fin 2015

Indicateurs	Nombre de cas	Pourcent	Normes internationales
Incidence de la tuberculose	19 cas /1000 habitants ⁵		
Taux de dépistage		54	> 80%
Microscopie positive	7 157	79,2	
Taux de létalité		7	< 5%
Taux de succès thérapeutique		79	>85%
Perdus de vue		9	<5%
Co-infection VIH/sida		5	
TBMR ⁶ (dépistés vs attendus)	47 ⁷	13	>80%

A la lumière de ce que précède, on constate que le pays fait face à plusieurs défis, dont entre autres, les faibles taux de détection des cas et de succès thérapeutique. En effet, ce dernier reste en dessous de 80% depuis 2010 (figure 3). Le dépistage et traitement de la tuberculose multi résistante, la gestion des perdus de vu (9%) et de la coïnfection VIH/Sida-Tuberculose (5%), constituent également des préoccupations des autorités sanitaires du Niger⁸.

Figure 3: Evolution des taux de succès thérapeutique du traitement de la tuberculose de 2010 à 2015 au Niger



Source : Rapport d’activité 2016 du PNLT

⁴ Profil pays OMS 2016

⁵ Estimation OMS en 2015

⁶ Tuberculose multi résistante

⁷ Sur 370 attendus

⁸ Annuaire des statistiques 2015

En 2016, le Bureau pays de l’OMS a accompagné le Programme National de Lutte contre la Tuberculose dans l’élaboration d’un plan d’extension du réseau de laboratoire *Gene-Xpert* et d’un plan de mise à l’échelle de la prise en charge de la tuberculose multi résistante. Elle a appuyé la coordination des activités du plan conjoint TB/VIH et l’élaboration d’un plan d’assistance technique multipartenaires. Avec ces interventions l’OMS a contribué au renforcement des capacités de gestion du programme national de lutte contre la tuberculose au Niger.

En perspective pour 2017, un accompagnement sera donné principalement pour l’élaboration du guide technique sur la tuberculose, à la formation des agents, la mise en place des appareils *Gene-Xpert* acquis grâce au financement du Fonds Mondial, la formation d’un pool national en maintenance préventive et curative de ces appareils, la revue épidémiologique du programme, la revue du réseau de laboratoire et celle du programme Tuberculose, la révision du plan stratégique du PNLT, ainsi que la rédaction de la note conceptuelle pour la mobilisation des ressources financières externes (2^{ème} cycle du nouveau financement du Fonds Mondial).

1.3. Lutte contre le paludisme

Le paludisme demeure un problème majeur de santé publique et de développement dans le monde et plus particulièrement en Afrique. Le nombre de personnes affectées par la maladie est estimé à plus de 800 millions dans 47 pays d’endémie palustre en Afrique, dont 82% à risque élevé de la maladie.

Le 66^{ème} comité régional de l’OMS pour l’Afrique, tenu du 19 au 23 août 2016 à Addis a adopté le cadre de mise œuvre de la stratégie technique mondiale 2016-2030 de lutte contre le paludisme dans la région Africaine. Les cibles de cette stratégie sont : a) réduire les taux de mortalité liée au paludisme d’au moins 90 % d’ici à 2030 par rapport à 2015 ; b) réduire l’incidence du paludisme d’au moins 90 % d’ici à 2030 par rapport à 2015 ; c) éliminer le paludisme dans au moins 20 pays d’endémie et d) empêcher la réapparition du paludisme dans tous les États Membres exempts de cette maladie.

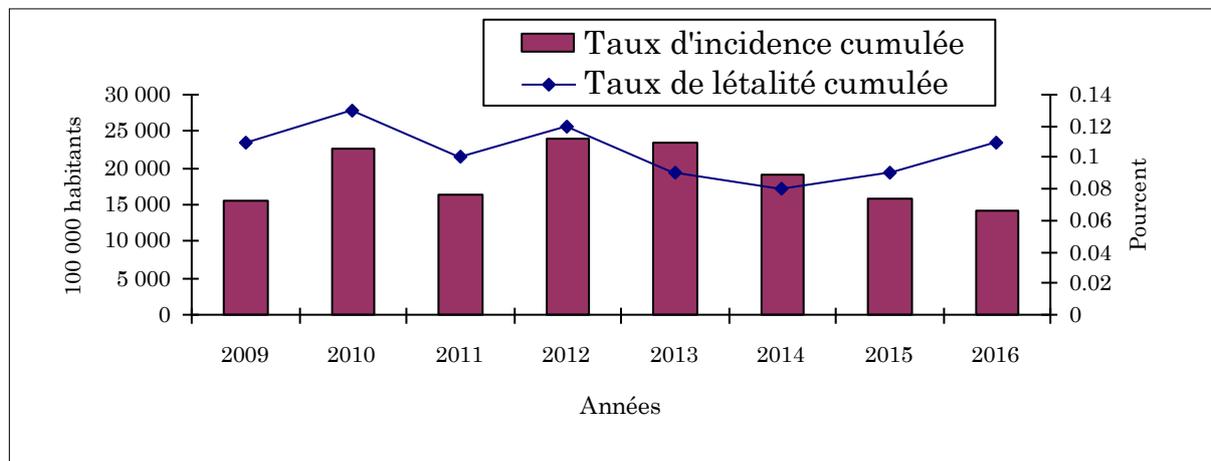
Ce cadre de mise en œuvre constitue désormais le guide technique qui doit servir de base à la formulation des stratégies nationales de contrôle ou d’élimination du paludisme en Afrique et ce, en adéquation avec les spécificités épidémiologiques, socio-économiques, politiques et culturelles de chaque contexte

Au Niger, le paludisme représente la première cause de morbidité et de mortalité dans le pays⁹. En 2016, un total de 2 710 907 de cas de paludisme a été enregistré dont 72 431 cas chez les femmes enceintes, avec 3 098 décès, soit un taux de létalité de 0,1%. Une tendance à la baisse de l’incidence du paludisme est observée au Niger de 2014 à 2016. Malgré cette baisse de l’incidence, la létalité

⁹ Annuaire statistiques sanitaires nationales 2015.

quant à elle continue d’évoluer en dents de scie ce qui mérite des études plus poussées pour expliquer cette tendance (figure 4).

Figure 4: Taux d'incidence cumulée du paludisme de 2009 à 2016 au Niger



Source : Rapports MDO / MSP

En 2012, l’OMS avait mis en place un projet pilote intitulé « Rapid Acces Expansion » (RAcE) of integrated community case management ou projet intégré de prise en charge communautaire des maladies de l’enfant (ICCM) sur financement de l’Agence canadienne pour le développement international (ACDI). Le projet couvre la période 2012 à 2017 et est mis en œuvre par l’ONG Word vision.

En dépit de ses efforts et bien que des progrès significatifs aient été enregistrés dans la lutte contre le paludisme, les défis restent encore de taille. En effet, on assiste entre autres à : i) une forte morbidité et mortalité dues au paludisme, ii) un faible taux de couverture sanitaire, iii) une insuffisance du financement du programme de lutte contre le paludisme, iv) une insuffisance du respect des directives techniques de prise en charge des cas et v) une insuffisance dans la fiabilité des données collectées.

En 2016 l’OMS a appuyé le MSP, dans l’évaluation du plan stratégique 2011-2015 et dans l’élaboration du nouveau plan stratégique 2017-2021 de lutte contre le paludisme. Ce nouveau plan cadre avec les orientations stratégiques de la stratégie technique mondiale en matière de lutte contre le paludisme. L’OMS a ainsi contribué au renforcement des capacités de coordination et de gestion du programme national de lutte contre le paludisme.

L’OMS a également appuyé l’introduction de la chimio prophylaxie saisonnière (CPS) chez les enfants de 3 à 59 mois dans les régions de Tahoua, Zinder, Maradi, Dosso, Tillabéry et Niamey ainsi que la poursuite de la mise à échelle de la distribution des MILDA dans la population générale et chez les femmes enceintes en particulier. La distribution de MILDA est illustrée à travers la photo 6. L’objectif de ces deux interventions était de contribuer à réduire l’incidence et la

mortalité liées au paludisme chez les personnes vulnérables que sont les femmes enceintes et les enfants de moins de moins de 5 ans.



Photo 6 : Campagne de distribution de MILDA en 2016 à Niamey

De plus, l’OMS a appuyé techniquement le suivi et l’évaluation du projet RAcE à travers des missions de supervision au niveau opérationnel (ci-dessous, une photo prise lors d’une de ces missions de supervision), des audits de la qualité des données, l’appui aux recherches opérationnelles et à la coordination du projet.



Photo 7: Visite de supervision au niveau communautaire dans le cadre du projet RAcE dans la Région de Dosso. A gauche, le Représentant du Bureau de l’OMS, au milieu la chargée de programme et à droite un agent communautaire

Les interventions du projet RAcE ont permis d’augmenter l’accessibilité des populations rurales les plus vulnérables aux soins de santé et la mise à jour des documents de politique et stratégies en matière de prise en charge des maladies de l’enfant au niveau communautaire.

En effet, tous les cas de fièvre, diarrhée et toux ou difficulté respiratoire enregistrés au niveau des districts sanitaires de Boboye, Dosso, Doutchi et Keita sont pris en charge (Diagnostic et traitement, conseils et références) par les relais communautaires comme on le constate à travers les photos 8 et 9.



Photo 8: Démonstration de l’utilisation des TDR—palu par un relais communautaire à Dosso (projet RAcE)



Photo 9: Un relais communautaire en train de faire un test de dépistage rapide du paludisme (TDR-palu) à Kamajiki dans le district sanitaire de Dogondoutchi

Enfin, dans le cadre de son appui au PNLP à la mobilisation des ressources l’OMS a contribué à la rédaction de la note conceptuelle et à la tenue de l’atelier RBM pour l’analyse des gaps programmatiques pour l’accès au financement du Fonds Mondial sur les 3 ans à venir de 2018 à 2020.

En 2017, l’OMS va poursuivre son appui à l’élaboration du plan stratégique de mise à échelle de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l’enfants en communauté (PCIME_C ou ICCM) , à la mobilisation des ressources pour l’extension du projet RAcE et l’appui à la coordination et gestion du PNLP.

1.4. Prévention et lutte contre les maladies tropicales négligées

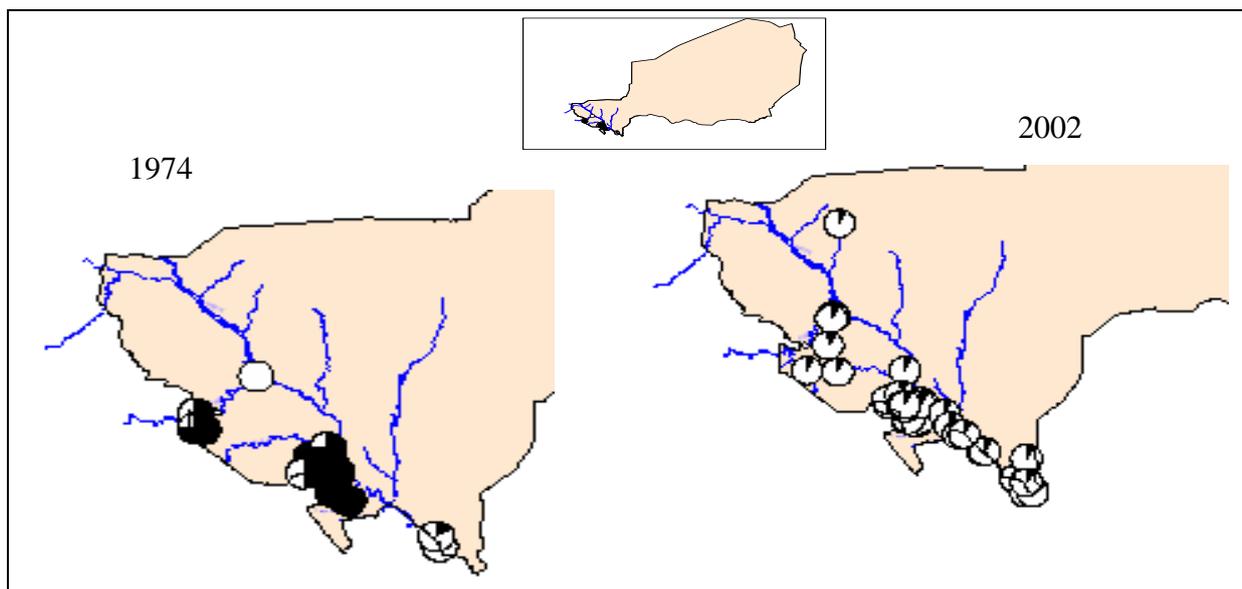
Les maladies tropicales négligées (MTN) sont un groupe diversifié de maladies transmissibles qui prévalent dans des conditions tropicales et subtropicales dans 149 pays et affectent plus d'un milliard de personnes, ce qui coûte chaque année aux économies en développement des milliards de dollars. La Région africaine supporte près de la moitié de la charge de la morbidité mondiale due aux MTN. Tous les 47 pays de la Région sont endémiques pour au moins une des MTN et au moins 5 MTN sont Co endémiques dans 36 pays.

La stratégie de lutte contre les maladies tropicales négligées dans la Région africaine 2014–2020 adopté au cours du 63^{ème} comité régional de l’Afrique s’articule autour de quatre objectifs : a) Élargir l’accès aux interventions sur les MTN; b) Renforcer la planification axée sur les résultats, la mobilisation de ressources et la viabilité financière des programmes nationaux de lutte contre les MTN; c) Renforcer le plaidoyer, la coordination, les partenariats et l’appropriation nationale; d) Renforcer le suivi, l’évaluation, la surveillance et la recherche. Cette stratégie a défini 3 axes d’intervention prioritaires à savoir a) la chimiothérapie préventive intégrée, b) La prise en charge intensive des cas et c) Le renforcement des capacités du système et du programme de santé.

En 2016, après la clôture du programme africain pour l'onchocercose (APOC) en décembre 2015, le projet spécial élargi pour l’élimination des Maladies Tropicales Négligées (ESPEN) a été créé en vue d’accompagner les pays de la région Africaine dans la mise en œuvre de la stratégie. Son objectif est d’alléger le fardeau que représentent les cinq maladies tropicales négligées (MTN) les plus répandues sur le continent africain à savoir, l’onchocercose, la schistosomiase, les géohelminthiases, la filariose lymphatique et le trachome.

En effet, au début des activités du programme de Lutte contre l’onchocercose en Afrique de l’Ouest (OCP) en 1974, le Niger était l’un des pays les plus touchés par la maladie dans la sous-région (prévalence de 60 à 70% dont 5% de cécité). Grâce aux actions de l’OCP la prévalence a été ramenée à 0% depuis plusieurs années (voir figure 5 ci-dessous).

Figure 5: Situation de l’Onchocercose avant et après l’OCP (1974 et 2002)



Source : Plan directeur de lutte contre les maladies tropicales négligées 2016-2020, Niger

La **schistosomiase** est présente dans toutes les régions du Niger avec des prévalences variables. L’enquête qui a été conduite à Djambala dans le département de Tillabéry et à Falmado dans le département du Boboye (Echosanté, 2003), a montré une prévalence d’infection de 57,1% pour *S.haematobium* et 43,8 % de prévalence pour *S. mansoni* uniquement présent à Djambala. La prévalence des co-infestations *S.mansoni*, *S.haematobium* était de 28,6 % chez les enfants. L’enquête a décrit la présence des grands foyers dans la vallée du Fleuve Niger ; des Dallols, de la Maggia, du Goulbi de Maradi, du bassin du lac Tchad, de la Komadouguou, dans l’Air et au niveau des multiples mares semi permanentes qui se forment pendant la saison des pluies.

Les **géo-helminthes** sont également présents partout au Niger. Ils sont favorisés par la pauvreté, l’accès limité à l’eau potable, le manque d’hygiène et d’assainissement. Mais l’endémicité actuelle des géo helminthiases est difficile à évaluer car dans le recueil des statistiques sanitaires par le SNIS, elles sont classées dans la même rubrique que les affections abdominales.

La cartographie des derniers districts suspectés d’être endémiques à la **filariose** a été conduite entre 2013-2014 dans les districts sanitaires d’Arlit, Bilma et Filingué. A l’issue de cette cartographie, 31 districts sur les 42 que comptait le pays sont classés endémiques. Le traitement de masse avec l’Ivermectine, l’Albendazole a débuté en 2007 avec 9 districts puis a évolué à 18 districts en 2008, 22 en 2009 et 31 en 2014. Le dernier district à être admis dans le TDM est celui d’Arlit en 2015. La figure 6 montre la distribution de la filariose lymphatique au Niger.

en œuvre du plan, le Niger depuis 2013 a mené des campagnes de traitements de masse chaque année dans les régions du fleuve (Tillabéry, Dosso et la Ville de Niamey) et les autres régions une fois tous les deux ans (Maradi, Diffa, Agadez ; Tahoua et Zinder). Au total, 11 districts ont été couverts en 2013.

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la mise en œuvre de ces activités, l'OMS a assuré l'appui technique à l'organisation deux ateliers sous régionaux (à Lomé et Monrovia) auxquels le Niger a été convié pour renforcer les capacités techniques du pays. L'OMS a aussi assuré l'approvisionnement en médicaments (Ivermectine, Albendazole, Praziquantel) pour les campagnes de traitement des masses.

Au-delà des 5 maladies éligibles à la chimiothérapie préventive, l'OMS a appuyé au cours de l'année 2016 la surveillance du ver de guinée. En effet, le Niger a été certifié indemne de la maladie en 2013. La Commission internationale pour la certification de l'éradication du ver de guinée a recommandé à l'endroit du Niger, de maintenir un niveau élevé de surveillance de la maladie et de connaissance des populations pour le système de récompense.

Cependant, le Mali, pays voisin du Niger est encore endémique pour le ver de guinée. C'est ainsi, qu'avec l'appui de l'OMS, une visite conjointe Mali-Niger des camps des réfugiés maliens au Niger a été organisée pour s'assurer de la mise en œuvre de la surveillance du ver de guinée dans les camps mais aussi pour partager l'expérience du Niger dans le processus de certification d'éradication de la maladie. A cette occasion les matériels de sensibilisation ont été utilisés comme le montre la photo 10 ci-dessous. Par ailleurs les médias nationaux ont été sollicités pour la diffusion des messages sur la connaissance de la maladie ainsi que le système de récompense et le montant octroyé en cas de notification d'un cas de ver de Guinée.



Photo 10: Séance d'éducation sanitaire et sensibilisation sur le ver de Guinée dans un camp de réfugiés maliens au Niger

En 2017 l'OMS, en collaboration avec ses partenaires, va poursuivre son appui en médicaments pour assurer de la mise en œuvre des interventions prioritaires de la stratégie à savoir : la chimiothérapie préventive intégrée, la prise en charge intensive des cas et le renforcement des capacités du système et du programme de santé.

1.5. Vaccination et mise au point des vaccins

Cette section décrit les différentes stratégies préconisées par l'OMS pour la mise en œuvre de l'Initiative Mondiale d'Éradication de la poliomyélite (IMEP), il s'agit de:

- la surveillance active de cas de Paralyse Flaque Aiguë (PFA) survenant chez tout enfant âgé de moins de 15 ans ;
- l'organisation régulière des Journées Nationales de Vaccination (JNV) contre la poliomyélite ;
- l'organisation d'opérations de ratissage (campagnes supplémentaires et ponctuelles de vaccination polio, en dehors des JNV et du PEV de routine) dès que l'on a détecté un foyer de transmission du poliovirus sauvage dans une localité donnée ;
- le renforcement du Programme Elargi de Vaccination de routine (PEV classique) afin qu'au moins 80% des enfants soient vaccinés contre la poliomyélite avant l'âge de 12 mois, grâce à l'administration à chacun d'eux de 4 doses de vaccin antiPolio Oral (VPO) dans les structures de soins de santé.

De nombreux progrès ont été enregistrés depuis que l'Assemblée Mondiale de la Santé a lancée l'Initiative Mondiale de l'éradication de la poliomyélite en 1988. A cette époque, la poliomyélite était endémique dans plus de 125 pays du monde entier avec plus de 350.000 enfants paralysés par cette maladie. Depuis, plus de 16 millions de personnes qui auraient pu être paralysées ont été sauvées grâce à la vaccination.

Lors de la 65ème Assemblée Mondiale de la Santé tenue en mai 2012, l'éradication de la polio a été déclarée comme une urgence de santé publique au niveau mondial avec l'élaboration d'un plan stratégique de la phase finale de la polio 2013-2018 ayant pour objectifs de: (i) Détecter les poliovirus et interrompre leur transmission, (ii) renforcer les systèmes de vaccination, introduire le vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) et retirer les vaccins antipoliomyéliqués oraux (VPO), (iii) Confiner les poliovirus et certifier l'interruption de leur transmission et (iv) Planifier la transmission des acquis.

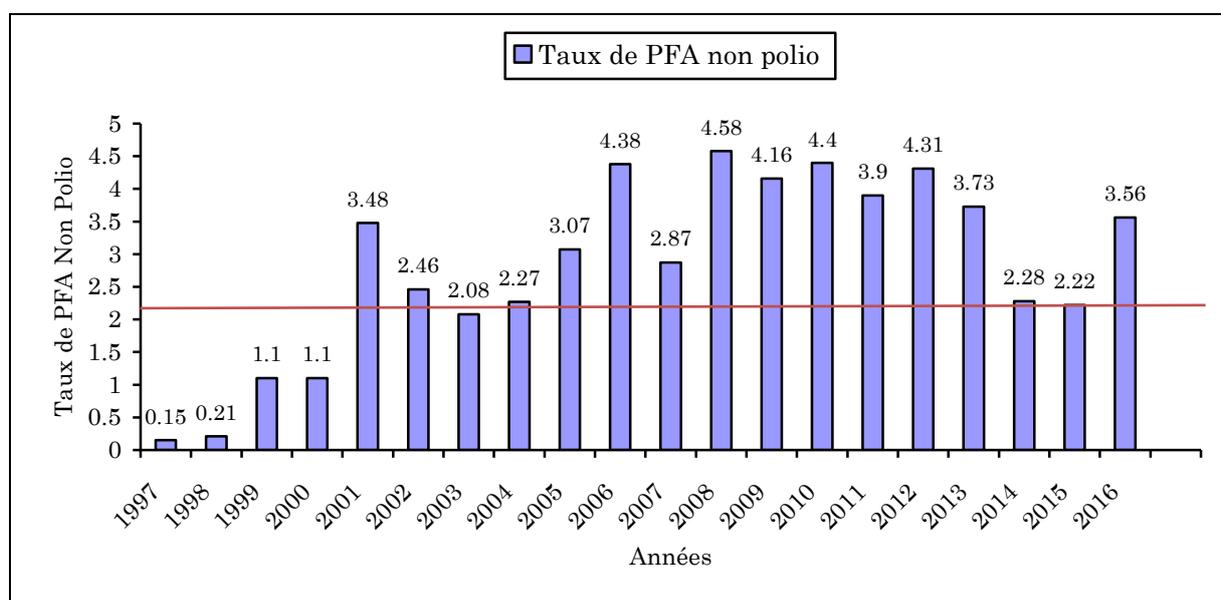
En 2016, la transmission du poliovirus sauvage est à son niveau le plus bas et trois (3) pays que sont le Pakistan, l'Afghanistan et le Nigéria restent endémique avec seulement 37 cas de poliomyélite notifiés dans le monde entier.

1.5.1 La surveillance active de la Paralysie Flasque aigue (PFA)

Au Niger, aucun cas de Poliomyélite n’a été notifié depuis novembre 2012, cependant le risque d’importation de la polio resté élevé principalement à cause du nomadisme, des mouvements transfrontaliers avec le Nigeria, liés actuellement à la situation sécuritaire qui prévaut dans le pays.

Après la mise en place de la surveillance en 1998, la notification des cas de PFA s’est régulièrement améliorée passant de 15 cas en 1998 à 366 cas en 2016. Aussi, le taux de PFA non Polio est passé de 0.15 cas x 100.000 enfants de moins de 15 ans en 1997 et a atteint plus de 2/100.000 à partir de 2001 (voir figure 7).

Figure 7: Evolution du taux de PFA non polio de 1997 à 2016 au Niger

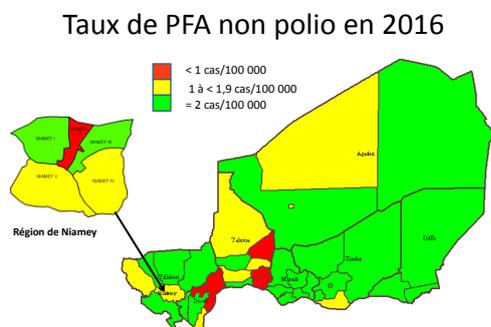


Source : DSRE / MSP

En 2016, la performance de la surveillance des PFA a été globalement satisfaisante avec un taux de PFA non Polio de 3,5 cas pour 100.000 enfants de moins de 15 ans (figure 8) et un pourcentage d’échantillons de selles prélevés dans les 14 jours de 90% (figure 9). En plus du district sanitaire de Loga qui n’a pas rapporté de cas de PFA, 07/44 districts que compte le pays ont un taux de PFA non polio inférieur à deux cas pour 100.000 enfants de moins de 15 ans. Aussi 6 districts sanitaires ont un pourcentage de selles prélevés dans les 14 jours inférieur à 80%.

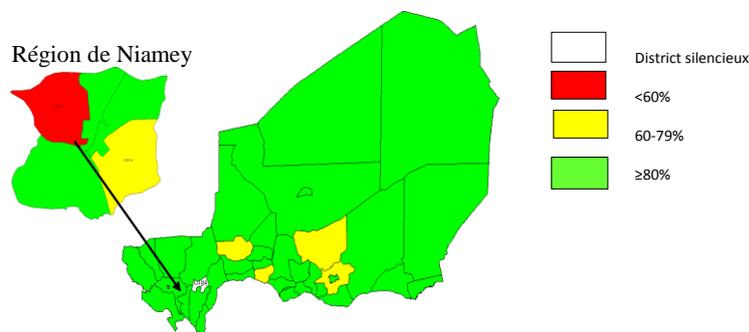
Ces contreperformances sont essentiellement dues à la mobilité du personnel formé et à une insuffisance de la supervision des agents de santé. Des actions ont été prises pour le renforcement des performances au niveau de ces districts, notamment le financement des supervisions formatives, les visites des sites de surveillance active et le déploiement des consultants et des STOP TEAM dans les districts à risque.

Figure 8: Taux de PFA non polio notifiés en 2016



Source : DSRE / MSP

Figure 9: Proportion de selles prélevées dans les 14 jours



Source : DSRE / MSP

En avril 2016, l’ensemble des pays utilisant le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) ont remplacé le VPO trivalent (VPOt) par le VPO bivalent (VPOb), qui contient des virus vaccinaux des types 1 et 3, afin de limiter la circulation du virus vaccinal du type 2, qui est responsable de la majorité des cas de PVDVc.

1.5.2 Surveillance environnementale

La surveillance environnementale se fait à travers l’analyse d’échantillons d’eaux usées et complète la surveillance de la PFA en permettant d’identifier la transmission éventuelle de poliovirus en l’absence de détection de cas de PFA liés à la poliomyélite.

Au Niger, la surveillance environnementale a été initiée en novembre 2015 avec l’équipement du laboratoire CERMES pour la concentration des eaux usées grâce à l’appui technique et financier de l’OMS. En novembre 2015, la surveillance environnementale a débuté avec 04 sites à Niamey et en mars 2016, elle s’est étendue avec respectivement 02 sites supplémentaires à Maradi et 2 sites à Diffa. Ci-dessous, la photo 11 montre un site de prélèvement à Diffa. Un total de 61 échantillons a été recueilli dans les 08 sites depuis novembre 2015, dont 5 échantillons en 2015 et 56 en 2016 (tableaux 4 et 5).



Photo 11: Visite du site prélèvement des eaux usées de Koura 1 à Diffa

1.5.3 Journées Nationales de Vaccination (JNV) contre la poliomyélite

Le Niger a commencé en 1997 la mise en œuvre des activités de vaccination supplémentaire. De 1997 à 2015, une série de soixante et un (61) passages des JNV, vingt-six (26) passages des JLV et huit (8) ratissages ont permis d’atteindre la plupart des enfants âgés de 0 à 5 ans. Dès 2000, date de la mise en place des JNV synchronisées en Afrique de l’ouest et de la stratégie porte à porte, un nombre important d’enfants zéro (0) dose a été observé dans les proportions de 7,78%. Avec l’amélioration de la qualité des JNV et l’introduction en 2004 du monitoring indépendant, la proportion des enfants «zéro dose» a été réduite à moins de 5%. L’engagement des autorités politiques au plus haut niveau pour l’éradication de la poliomyélite d’une part et le rôle déterminant des comités de sensibilisation mis en place d’autre part, ont largement contribué à la réduction du nombre de cas de refus à la vaccination

En 2016, trois (3) passages d’activités de vaccination supplémentaire contre la Polio ont été organisés au 1er semestre avec des couvertures vaccinales administratives de plus de 95% (tableau 6 ci-dessous). Celles-ci sont accompagnées de monitoring. Ci-dessous une photo prise lors du monitoring dans le district 1 de Niamey.

Tableau 6: Résultats des AVS réalisées en 2016

Mois	Type AVS	Nombre de districts concernés sur les 44	Couverture vaccinale	Monitorages indépendants (% d’enfants manqués)	LQAS	
					Districts acceptés	Districts rejetés
Janvier 2016	JLV	28	100%	3%	18/23	May-23
Mars 2016	JNV	44	101,4%	4%	28/39	11/39
Avril 2016	JNV	44	100,3%	3%	36/37	1/39

Photo 12: Enquête de monitoring à Tondibia, district 1 de Niamey



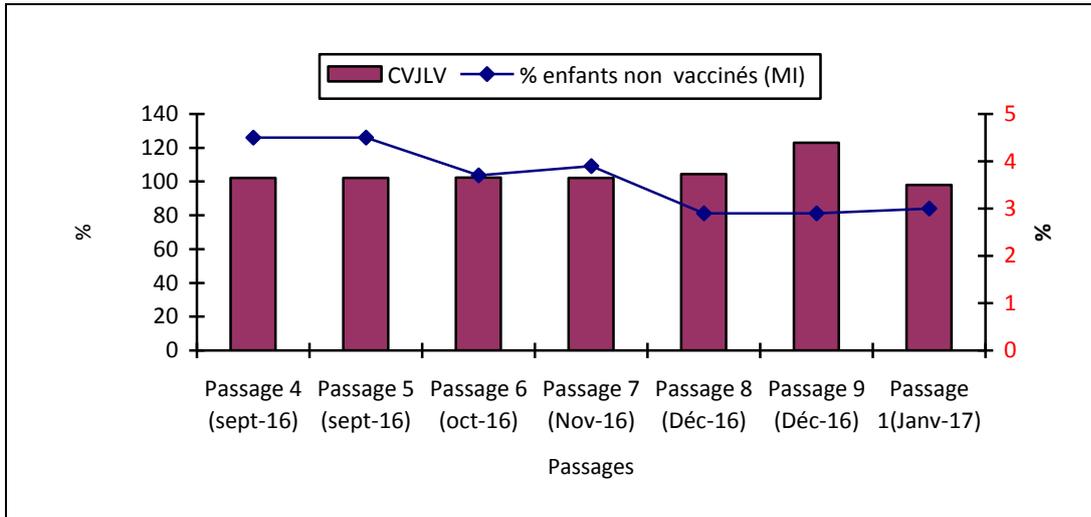
Source : DI / MSP

1.5.4 Organisation des opérations de ratissage

La notification de 04 cas de polio virus sauvage de type 1 dans l’Etat de Borno au Nigeria au deuxième semestre de 2016 et de cas poliovirus dérivé du vaccin de type 2 à Maiduguri et dans l’Etat de Sokoto, ont amené les ministres en charge de la santé des pays de la zone du Lac Tchad à déclarer cette épidémie comme une urgence de santé publique. Pour faire face à cette situation, le Niger en coordination avec les autres pays du Bassin du Lac Tchad ont organisées des activités de riposte pour arrêter la propagation du virus (ci-dessous une photo d’une équipe mixte Niger-Nigéria). Raison pour laquelle 05 JLVs de riposte utilisant le vaccin bivalent ont été réalisés du septembre à décembre 2016 (figure 10).

Aussi, suite à la découverte d’un (01) cas de Poliovirus dérivé du vaccin type 2 (PVDVc2) en août dans le même Etat de Borno, des JLVs de riposte utilisant le vaccin monovalent de type 2 ont été proposées du 16 au 19 décembre 2016 pour le Niger, le Tchad, le Cameroun, en synchronisation avec le Nigeria. Pour le Niger, cette riposte avait concerné seulement la région de Diffa.

Figure 10: Résultats des EVS de riposte (05 passages au VPOb et 02 passages au VPOm2) en 2016 au Niger



Source : DI / MSP



Photo 13: Equipe mixte Niger-Nigéria à Magaria avant le départ pour la vaccination contre la poliomyélite

1.5.5 Activités de certification

En sa qualité de membre du secrétariat des Comités National de Certification et du Comité National d'Expert de la Polio, l'OMS a appuyé l'élaboration du rapport annuel de progrès des activités de l'éradication de la poliomyélite pour l'année 2015 et la documentation finale pour la certification, ainsi que le rapport phase 1b d'identification et destruction de tous les VPO2 et poliovirus sabin de type 2 au Niger.

Les différentes activités menées au cours de l'année 2016 ont permis de maintenir la performance de la surveillance des PFA et de finaliser le processus de la documentation finale du pays pour obtenir le statut de pays indemne (libre) de la poliomyélite.

Le pays a été déclaré en juin 2016 libéré de la poliomyélite par la Commission régionale de certification de la région africaine après 3 ans sans transmission du poliovirus sauvage dans le pays. Ci-dessous la photo de remise de la certification.



Photo 14: Remise par M. Le Représentant de la lettre de la Commission Régionale de Certification attestant le Niger libéré de la poliomyélite à SEM le Premier Ministre

Par conséquent, le Niger a élaboré en 2015 son plan pluriannuel complet 2016-2020 et son plan de réponse à une éventuelle importation de virus polio sauvage, car le maintien du statut de pays sans polio représente un défi majeur pour le pays.

Plus de 6.700.000 de dollars américains furent mobilisés par l'OMS pour soutenir les différents passages de vaccination. L'OMS a collaboré avec le CDC dans le cadre de la formation de formateurs du personnel de niveau central et des régions en surveillance de PFA et de la rougeole. L'OMS continue de soutenir la recherche du poliovirus à travers la surveillance environnementale de la

Poliomyélite mise en place depuis octobre 2014 avec l'implication du laboratoire CERMES.

Pour le maintien du Niger comme pays indemne de polio, l'OMS va continuer à appuyer les activités entrant dans le cadre du renforcement de l'immunité collective des enfants par l'organisation d'AVS de qualité avec une attention particulière dans les zones d'accès difficile et/ou d'insécurité. La surveillance des PFA devra être renforcée particulièrement au niveau communautaire pour assurer une meilleure surveillance dans des zones inaccessibles et d'insécurité.

1.5.6 Lutte accélérée contre les maladies cibles du PEV

Les maladies cibles du PEV sont la rougeole, la fièvre jaune, le tétanos maternel et néonatal, les pneumonies et méningites pédiatriques et diarrhées à rotavirus.

A. La rougeole

En 2010, l'Assemblée mondiale de la Santé a défini 3 étapes à franchir à l'horizon 2015 dans la lutte contre la rougeole: 1) accroître la couverture systématique par la première dose de vaccin à valence rougeole (MCV1) chez les enfants âgés de 1 an pour atteindre un taux $\geq 90\%$ au niveau national et $\geq 80\%$ dans chaque district; 2) réduire l'incidence annuelle mondiale de la rougeole à < 5 cas pour 1 million d'habitants; et 3) réduire la mortalité rougeoleuse mondiale de 95% par rapport aux estimations de 2000.

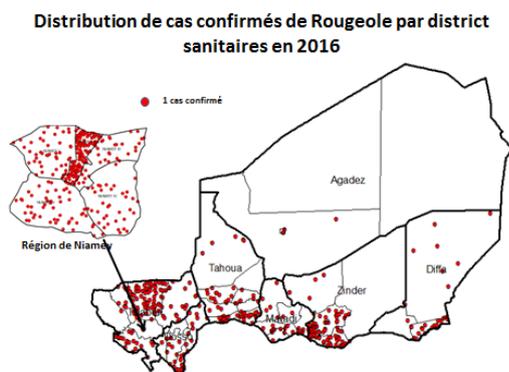
En 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le Plan d'action mondial pour les vaccins, qui visait l'élimination de la rougeole dans 4 Régions de l'OMS à l'horizon 2015. De 2000 à 2015, le nombre total de cas de rougeole notifiés chaque année dans le monde a baissé de 70%.

Au Niger, les données de surveillance épidémiologique, montre la survenue de cas de rougeole chaque année. En 2016, la répartition des cas confirmés par district sanitaire est présentée dans la figure 11 et celle des districts avec épidémies confirmées dans la figure 12.

Détecter à temps toute épidémie, afin de réduire l'incidence de la rougeole représente un défi majeur dans la lutte cette maladie.

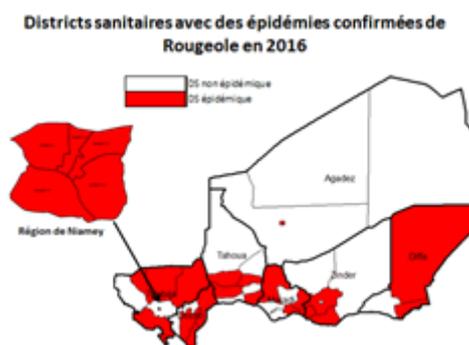
En 2016, l'OMS a appuyé la mise en œuvre des activités du laboratoire de référence à travers l'acquisition et le don du matériel et des kits de prélèvement des échantillons. Cela a permis de confirmer les épidémies de rougeole dans 23 districts du pays sur la base de la définition d'une épidémie (3 cas confirmés dans un district dans l'intervalle d'un mois)

Figure 11: Distribution de cas confirmés de Rougeole par district sanitaire en 2016



Source : DSRE / MSP

Figure 12: Districts sanitaires avec des épidémies confirmées de rougeole en 2016

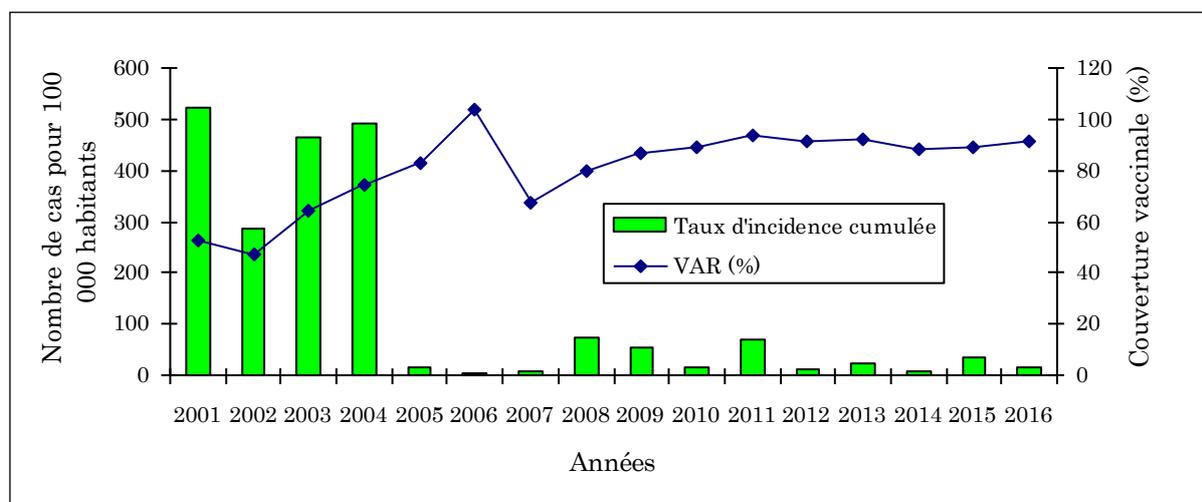


Source : DSRE / MSP

Elle a appuyé la campagne de suivi au niveau national et de la campagne de riposte organisée dans la région de Maradi, ainsi que les indicateurs de qualité de la surveillance de la rougeole.

Les appuis de l’OMS à la surveillance ont contribué à une détection des épidémies de rougeole par leur confirmation rapide et à orienter les actions de réponse afin d’en réduire l’incidence. En effet, le maintien du taux de couverture vaccinale à des niveaux élevés (>80%) obtenu grâce aux efforts de toutes les parties prenantes semble jouer un rôle important dans la baisse de l’incidence de cette maladie constatée depuis 2001 à travers la figure 13.

Figure 13: Taux d'incidence cumulée et couverture vaccinale de la rougeole de 2001 à 2016 au Niger



Source : Rapport d’activités DI / MSP

En perspective, l'OMS va appuyer l'introduction du vaccin combiné rougeole-rubéole et la mise en place des sites sentinelles de surveillance de la rubéole congénitale.

B. Contrôle de la fièvre jaune

La fièvre jaune est endémique dans 47 pays de certaines régions du monde dont 34 en Afrique et 13 en Amérique latine. Une modélisation basée sur des sources de données africaines a permis d'estimer la charge de morbidité imputable à cette maladie en 2013: il y a eu 84.000 à 170.000 cas graves et 29.000 à 60.000 décès. Depuis le lancement de l'Initiative Fièvre jaune en 2006, des progrès importants ont été accomplis dans la lutte contre la maladie en Afrique de l'Ouest et plus de 105 millions de personnes ont été vaccinées dans le cadre de campagnes de masse.

Au Niger, la surveillance de la fièvre jaune a été mise en place depuis 2004 et le défi principal demeure l'amélioration de la performance de cette maladie.

Bien que les indicateurs de performances ne soient pas atteints, la proportion des districts ayant notifié au moins un cas suspect de fièvre jaune est passée de 43% en 2015 à 55% en 2016 (cible = 80%). Le taux d'ictère fébrile au niveau national est passé de 0,1 cas pour 100 000 habitants en 2015 à 0,3 cas pour 100.000 habitants en 2016 (cible= 2 pour 100.000 habitants). Aucun district n'a atteint cet indicateur pour l'année 2016 et aucun cas de fièvre jaune n'a été confirmé.

Le renforcement des compétences en matière de contrôle de la fièvre jaune et de monitoring des indicateurs de performance, ainsi que la dotation du MSP en moyens nécessaires à la détection et à la confirmation des cas suspects notifiés par le pays ont été les principaux appuis apportés par l'OMS en 2016.

Ces interventions ont contribué à rehausser le taux de détection des cas suspects de fièvre jaune et d'ictères fébriles dans le pays.

En 2017, l'OMS va poursuivre ses activités en appuyant la finalisation d'une étude d'analyse du risque de fièvre jaune afin d'évaluer la performance du système de surveillance en place.

C. Elimination du TMN

Entre 2000 et octobre 2016, le TMN a été éliminé dans 41 pays à travers le monde. Néanmoins, à l'échelle mondiale, le TMN demeure un problème de santé publique majeur dans 18 pays en développement et est responsable d'une proportion considérable des décès néonataux.

Depuis 2002 le Niger met en œuvre les stratégies recommandées pour l'élimination du TMN. Une revue documentaire accompagnée de visite des districts à faible performance réalisée au mois d'avril et d'octobre 2015 a conclu à la probabilité de l'élimination du TMN au Niger.

Cependant, la vigilance doit être de rigueur dans le pays en matière de surveillance des cas.

Pour confirmer la thèse de l'élimination du TMN au Niger, l'OMS a appuyé la réalisation d'une étude rétrospective en 2016. Elle a montré que deux (02) cas de tétanos ont été identifiés sur 34 décès néonataux enregistrés dans le district sanitaire de Tanout considéré comme district à plus haut risque. Le nombre de tétanos néonatal identifié étant inférieur à trois (3), le TMN a été considéré comme éliminé dans ledit district pour la période du 1er avril 2015 au 31 mars 2016. Par extrapolation, le TMN a été considéré comme éliminé au Niger pour la même période.

En 2017, l'OMS va poursuivre ses efforts en vue de maintenir l'acquis de TMN éliminé au Niger et contribuer à l'élaboration d'un Plan de Maintien du Statut d'Élimination du TMN et sa mise en œuvre avec la participation de tous les acteurs et partenaires impliqués dans la santé de la mère et de l'enfant.

D. Surveillance des pneumonies et méningites pédiatriques et diarrhées à rotavirus

La méningite et la pneumonie sont les principales causes de morbidité et de mortalité chez l'enfant à l'échelle mondiale. On estimait que le pneumocoque était la cause de 11% des décès d'enfants de <5 ans dans le monde avant l'introduction du vaccin antipneumococcique conjugué (PCV). Depuis 2007, l'OMS a recommandé d'intégrer celui-ci dans les programmes de vaccination du monde entier, en particulier dans les pays enregistrant un taux élevé de mortalité chez les enfants. Des estimations récentes montrent globalement que le rotavirus est la cause la plus fréquente d'une gastro-entérite sévère chez les enfants de <5 ans dans le monde et est responsable de 215.000 décès à l'échelle mondiale de diarrhée par rotavirus chez les enfants <5 ans. Après l'introduction du vaccin contre le rotavirus dans le programme de vaccination de routine, d'autres entéropathogènes prennent le relais comme causes de la diarrhée grave chez les enfants âgés de plus de 5 ans.

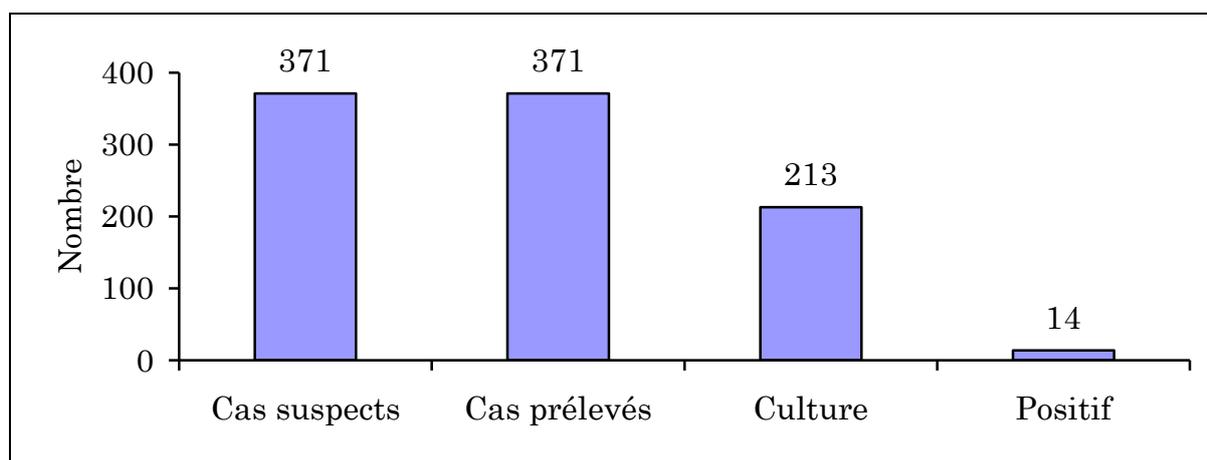
Avec l'introduction des nouveaux vaccins contre les méningites à *hémophilus influenzae*, les pneumonies et les diarrhées à rotavirus en août 2014, le MSP a mis en place un système surveillance sentinelle des méningites pédiatriques au niveau de 5 sites (hôpitaux nationaux de Niamey et Zinder, centres hospitalier régionaux de Maradi, Tahoua et Dosso) et des diarrhées à rotavirus au niveau de l'hôpital national de Niamey avec l'appui de l'OMS à travers des sessions de formations, des réunions régulières des acteurs impliqués et des missions de supervisions organisées au niveau des sites sentinelles.

En dépit de ses efforts le principal défi reste l'amélioration de la performance des sites sentinelles.

En 2016, le bureau a fourni son appui à la réalisation de formation des agents des sites sentinelles de Dosso, Maradi, Zinder sur la surveillance des méningites bactériennes pédiatriques et à la supervision desdits sites, ce qui a permis de relancer les activités. Force est de constater cependant que les performances sont

encore timides au niveau des sites sentinelles. En effet, même si tous les 371 cas suspects de méningite notifiés en 2016 au niveau des sites sentinelles ont été prélevés, seuls 213 (57,4%) ont fait l’objet de culture, desquels 14 ont été trouvés positifs (figure 14). Il s’agit de 8 cas de pneumocoque, 4 cas de méningocoque et 2 cas de hémophilus influenzae b (Hib).

Figure 14: Cas de méningites pédiatriques au niveau des sites sentinelles en 2016 au Niger



Source : Rapport d’activités 2016 des sites sentinelles / MSP

Les activités soutenues par l’OMS ont permis de relancer les activités au niveau de tous les sites sentinelles du pays.

En 2017, l’OMS poursuivra son appui en vue d’une extension de la surveillance des diarrhées à rotavirus aux autres entéropathogènes et du renforcement de la surveillance des méningites bactériennes dans les sites sentinelles.

1.5.7 PEV de routine

Dans l’optique d’améliorer la couverture vaccinale de la population, le Niger a adhéré au nouveau cadre stratégique de vaccination dans le monde «Vision et Stratégie Mondiale pour la Vaccination» (GIVS), adopté par l’Assemblée Mondiale de la Santé en 2005 et au Plan d’action mondial pour les vaccins 2011-2020 (GVAP) dont le but est d’atteindre une couverture nationale de 90% et de 80 % dans chaque district pour tous les vaccins inclus dans les programmes nationaux.

En 2014, le plan stratégique régional 2014-2020, inspiré du Plan d’action mondial 2011-2020, mettait en exergue la nécessité pour les pays d’augmenter les couvertures vaccinales mais aussi d’introduire de nouveaux vaccins pour réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination.

Pour tendre vers ces objectifs, des plans pluriannuels complets 2007-2010 puis 2011-2015 ont été élaborés et mis en œuvre. Aussi pour protéger la cible, le pays a introduit plusieurs nouveaux vaccins dans le PEV au Niger selon la chronologie suivante :

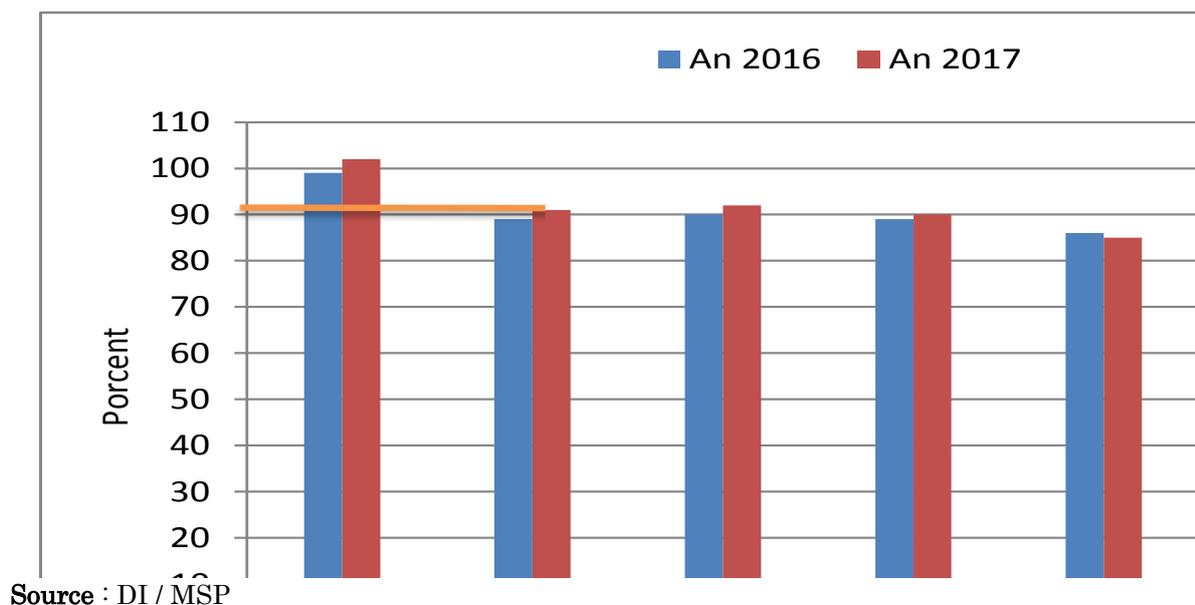
- 1987 BCG, DTC, Polio, Rougeole, VAT, fièvre jaune
- 2009 Vaccin contre l’Hépatite B (Hep) et contre l’Hémophilus influenzae B (Hib) sous forme de pentavalent avec le DTC (DTC–HepB–Hib).
- 2014 Introduction du PCV13 et le rotarix
- 2015 Introduction du vaccin polio injectable (VPI) dans le PEV.

L’amélioration de la performance du PEV de routine pour réduire le fardeau lié aux maladies cibles du PEV et l’amélioration de la surveillance des maladies évitables par la vaccination représentent les principaux défis auxquels fait face le pays.

Afin d’atteindre les objectifs de couvertures vaccinales de 90% pour tous les antigènes du PEV régulier, l’OMS a apporté des appuis entrant dans le cadre du financement du PEV de routine dans 4 districts sanitaires, à savoir Agadez, Birni-NKonni, Zinder Commune et Niamey-V qui avaient les couvertures vaccinales les plus basses et des taux d’abandon très élevés. Aussi, le bureau a assisté le Ministère dans la mise en œuvre de la Semaine Africaine de Vaccination. Grâce aux pools régionaux, un appui conséquent a été apporté dans la supervision des activités de vaccination, le monitoring des données et la réalisation d’enquête data quality survey (DQS) au niveau des districts.

Les taux de couverture vaccinale ont connu une légère amélioration entre 2015 et 2016. Pour les antigènes de référence comme le VPO3, le Penta3, le VAR, ce taux a atteint la cible de 90% sur les 2 dernières années (figure 15). Cependant des efforts restent à faire pour atteindre une couverture de 90% au niveau national et 80% dans chaque district pour tous les antigènes.

Figure 15: Couvertures vaccinales par antigène en 2015 et 2016 au Niger



Le bureau a également apporté son assistance dans la planification et le retrait du vaccin polio trivalent (VPOt) et son remplacement par le vaccin bivalent (VPOb) en avril 2016. Ce retrait a été validé par une enquête qui a montré qu’aucun vaccin trivalent ne restait au niveau des formations sanitaires ainsi que des dépôts des districts, des régions et du niveau central. De même, le bureau a appuyé le PEV dans l’élaboration d’un projet small Grant pour appuyer les districts les moins performants.

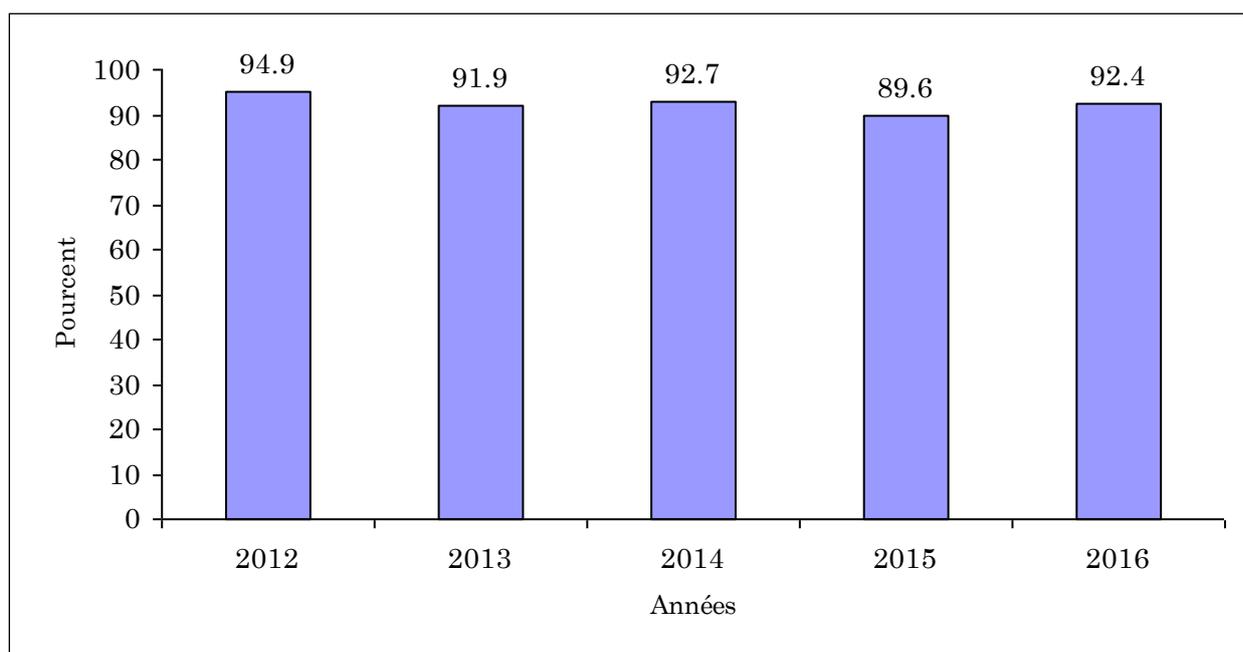
Le bureau a assisté le programme dans l’élaboration des plans d’introduction du MenA dans le PEV de routine et de campagne de rattrapage du MenA pour les enfants de 1-7 ans ainsi que dans la mise en œuvre de la 2ème année du projet de démonstration de vaccination en finançant la campagne de rattrapage en milieu scolaire dans les districts sanitaires de Niamey-III, Niamey-IV.

Dans le cadre de la lutte contre les cancers du col utérin, l’OMS a appuyé la mise en œuvre d’une campagne de vaccination contre le *Papilloma Virus* Humain (HPV) en milieu scolaire dans cinq (5) Districts Sanitaires de la région de Tillabéry (Kollo, Ouallam, Say, Téra et Tillabéry commune).

Un état des lieux des équipements de la chaîne du froid a été fait avec l’appui de l’OMS et une application d’optimisation de la chaîne de froid a été soumise et acceptée par GAVI.

Selon les données administratives, la mise en œuvre de ce Plan Pluri Annuel Complet 2011-2015 (en vigueur jusqu’en 2016) a permis d’améliorer les couvertures vaccinales et d’atteindre la cible de 90% au niveau national pour le Penta3 comme on peut le constater à travers la figure 16.

Figure 16: Evolution des taux de couverture en PENTA3 chez les enfants de 0 à 11 mois de 2012 à 2016 au Niger



Source : Rapports d’activités 2012 à 2016 DI/MSP

En perspectives, le bureau poursuivra ses appuis au MSP dans l'introduction du MenA dans le PEV de routine et dans l'organisation d'une campagne de rattrapage avec le MenA, à la réalisation d'une enquête de couverture vaccinale et à la vaccination contre le HPV.

II. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

En plus des maladies non transmissibles, cette catégorie intègre aussi la nutrition.

2.1 Maladies non transmissibles

Il s'agit des maladies cardiovasculaires, du diabète, des cancers, des maladies respiratoires chroniques, des hémoglobinopathies (en particulier la drépanocytose), des maladies mentales, des affections bucco-dentaires et du Noma, oculaires et auriculaires, des traumatismes et des violences qui constituent de nos jours, un problème de santé publique de plus en plus important et qui contribuent de façon significative à la charge de maladie, aux décès prématurés et aux handicaps. Environ 33 % des décès dus aux MNT surviennent chez des personnes âgées de plus de 60 ans. Les MNT sont associées à des facteurs de risque tel que le tabagisme ainsi que des facteurs environnementaux.

Au Niger, l'enquête «STEPS» sur les facteurs de risque des maladies chroniques réalisée en décembre 2007 sur la population générale a montré que 21,2 % et 4,3% de la population souffre d'hypertension artérielle (HTA) et de diabète respectivement. Le nombre de personnes atteintes d'HTA est passé de 8 % en 2002 à 21,2 % en 2007. Pour le diabète il est passé de 2% à 4,3% pour la même période. Selon les données de l'étude «Profils de pays sur les MNT» réalisée en 2011 par l'OMS, on estime que les MNT sont à l'origine de 19 % de tous les décès au Niger et 3% de ceux-ci sont imputables aux traumatismes.

En ce qui concerne le cancer, les données sont collectées à travers un registre mis en place depuis 1992. Selon l'annuaire statistique de 2010, de 1992 à 2006 (soit en 15 ans), un total de 5119 cas de cancers a été enregistré dont 3 651 (soit 71,32%) dans les hôpitaux de Niamey et 1 468 en provenance des hôpitaux des autres régions (soit 28,67%). La répartition par sexe est de : 2179 hommes soit (42,56%) et 2940 femmes soit (57,43%).

En réponse aux menaces posées par les MNT, l'OMS a élaboré le Plan d'Action Mondiale 2013-2020 pour la prévention et le contrôle des MNT. Ce plan fait la promotion d'interventions clés pour prévenir les quatre facteurs de risques majeurs (tabagisme, la consommation nocive d'alcool, l'alimentation malsaine, l'inactivité physique) et a permis aux pays l'élaboration de plans d'action nationaux pour la lutte contre les MNT.

Au Niger, pour lutter efficacement contre les MNT, la mise à jour des données au niveau national, l'intégration de la lutte contre les MNT dans les programmes

multisectoriels de développement du pays, le renforcement de la surveillance et le contrôle des MNT demeurent les principaux défis.

Au cours de l'année 2016, l'OMS a apporté un appui conséquent au MSP dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles. Il s'agit notamment de l'élaboration et du lancement du manuel régional sur la santé bucco-dentaire (illustré à travers la photo 15 ci-dessous), de la documentation des accidents de la circulation routière, des ateliers de sensibilisation des autorités administratives, coutumières, religieuses, communautaires, des ONGs et Associations sur les MNT, la définition des indicateurs clés de MNT à intégrer dans le système d'information sanitaire et la formation des agents chargés de la gestion des données sanitaires.



Photo 15: Lancement officiel du manuel régional de l'OMS «Promouvoir la santé bucco-dentaire en Afrique » à l'hôtel Gaweye de Niamey

En plus, l'OMS a apporté son appui au MSP dans le cadre de la célébration des journées Mondiales, Africaines et/ou Nationales de lutte contre les principales MNT et leurs facteurs de risque. Ci-dessous une photo prise lors de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le diabète.



Photo 16: Campagne de masse de contrôle de la glycémie et de la Pression Artérielle à l’occasion de journée mondiale de lutte contre le diabète 2016 à Niamey

Les différentes réalisations en matière de lutte contre les MNT ont contribué à une meilleure connaissance des MNT et leurs facteurs de risque chez les populations, la prise en compte des MNT dans le SIS, la promotion de la santé buccodentaire et la maîtrise de l’ampleur des accidents de la route.

Dans le cadre de la SCP 2017-2021, le bureau de l’OMS a prévu d’apporter un appui au MSP en vue de la révision et de la mise en œuvre du Plan national multisectoriel de lutte contre les MNT tenant compte des orientations du Plan d’Action Mondial 2013-2020. Un appui sera également fourni afin de rendre fonctionnel le groupe technique multisectoriel de lutte contre les MNT. Des actions de renforcement de la surveillance et le contrôle des MNT les plus fréquentes seront soutenues, ainsi que la vulgarisation et la mise en œuvre du manuel de santé bucco-dentaire et du Noma.

2.2 Nutrition

La malnutrition sous toutes ses formes est un facteur important de morbidité et de mortalité prématurée de la mère et de l’enfant. Devant cette situation, l’Assemblée générale des Nations Unies a adopté le 1er avril 2016, la résolution 70/259 intitulée « Décennie d’action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025) », qui invite les pays à mettre en place des interventions de nutrition pour atteindre les cibles ci-après d’ici l’horizon 2015 : 1) réduire de 40% le nombre d’enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance ; 2) réduire de 50% l’anémie chez les femmes en âge de procréer ; 3) réduire de 30% l’insuffisance pondérale à la naissance ; 4) pas d’augmentation du pourcentage d’enfants en surpoids ; 5) porter les taux d’allaitement exclusif au sein au cours des six premiers mois de la vie à au moins 50% ; 6) réduire et maintenir au-dessous de 5% l’émaciation chez l’enfant.

Au Niger, selon les résultats de l’enquête nutritionnelle réalisée en 2016 par l’Institut National des Statistiques, 42,2% des enfants de moins de 5 ans présentent un retard de croissance et l’émaciation chez l’enfant est estimée à 10,3%¹⁰. Par ailleurs, chez les femmes enceintes et allaitantes, la prévalence de l’anémie est de l’ordre de 48%¹¹. L’insuffisance pondérale à la naissance est estimée à 12%. Le taux d’allaitement exclusif au sein au cours des six premiers mois de la vie est de 23%.

En 2016, l’OMS a aidé à l’élaboration des documents stratégiques en matière de nutrition. Cela a permis au pays de disposer d’une politique nationale de sécurité nutritionnelle et son plan d’action 2016-2025.

Elle a également appuyé au renforcement de la capacité des prestataires des soins à mieux prendre en charge les cas de malnutrition aigüe sévère (MAS) avec

¹⁰ SMART 2016

¹¹ EDSN 2012

complications médicales. Ainsi, les agents de santé des CRENI de Mayahi et du CHR de Maradi ont été formés à la prise en charge de la MAS y compris de ses complications conformément au protocole national révisé en 2015.

Deux missions de suivi post formation des agents formés en 2015 et 2016 ont permis d'améliorer la pratique de soins par les agents de santé des CRENI de Birni N'konni, Tillabéry, Mayahi et du CHR de Maradi.

Le volet prévention de la malnutrition a aussi été appuyé, à travers la formation de 60 enseignants et encadreurs pédagogiques de 09 écoles primaires des communes de convergence de Mayahi, Guidan Amoumane et Jiratawa à l'enseignement de la nutrition dans les écoles (Ci-dessous on peut voir la photo d'un enseignant dispensant un cours en nutrition).



Photo 17: Un enseignant dispensant un cours sur l'éducation nutritionnelle dans une école de Maradi

A la demande du MSP, dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments, l'OMS a appuyé le processus de dynamisation du comité CODEX Alimentarius pays en facilitant l'élaboration et l'adoption d'un plan d'action 2016-2018, ainsi que la tenue de deux réunions trimestrielles du comité national. Notons que les différentes réalisations ont permis la dynamisation du comité national du CODEX.

Dans le même cadre, L'OMS a appuyé la réalisation d'une supervision des activités de 168 industries agroalimentaires, ce qui a permis de constater entre autres que l'ensemble des structures supervisées ne disposent pas d'autorisation sanitaire d'exercice et de les amener à se mettre en règle vis à vis de cette réglementation. De plus, il a été constaté des conditions d'hygiène déplorables dans lesquelles les produits alimentaires sont manipulés dans certaines structures comme on peut le constater dans les photos 18 et 19 ci-dessous.



Photo 18: Préparation du pain dans une boulangerie, de la communauté urbaine de Niamey



Photo 19: Etat des toilettes dans une industrie agroalimentaire, de la communauté urbaine de Niamey

L’OMS a aussi participé aux travaux de la commission chargée de la finalisation des engagements en lien avec la prise en charge de la malnutrition, l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant et la sécurité sanitaire des aliments. Elle a appuyé le processus d’élaboration du plan d’action du comité national du CODEX Alimentarius ainsi que la rédaction d’un projet de mobilisation de ressources financières extérieures auprès du Fonds fiduciaire du Codex phase 2 et la tenue de deux réunions trimestrielles du comité national. L’OMS a également appuyé la réalisation d’une supervision de 168 industries agroalimentaires

En 2017, l’OMS va poursuivre son appui pour l’opérationnalisation du protocole révisé, accompagner le Ministère de la santé pour un plaidoyer auprès du gouvernement et des élus locaux pour l’allocation d’une ligne budgétaire pour le fonctionnement du comité national Codex afin que ce dernier puisse assurer correctement son rôle par rapport à la sécurité sanitaire des aliments.

III. PROMOUVOIR LA SANTE A TOUTES LES ETAPES DE LA VIE

La promotion de la santé à toutes les étapes de la vie trouve tout son sens dans l'agenda de la communauté internationale à travers la réalisation des ODD à l'horizon 2030, en particulier l'ODD 3 directement lié à la santé. Dans ce chapitre, il sera abordé les questions relatives à la promotion de la santé, à la maternité à moindre risque, à la santé de l'enfant, du jeune et adolescent et aux déterminants socio-économiques de la santé.

3.1 Promotion de la santé

La stratégie africaine de promotion de la santé adoptée en 2012 par les Etats Membres de l'OMS lors de la session du 62^{ème} Comité régional, met l'accent sur les déterminants de la santé. Cette stratégie invitait entre autres les Etats membres à élaborer et appliquer des politiques et stratégies en matière de promotion de la santé, à favoriser les actions multisectorielles, à renforcer les capacités des pays, y compris l'accroissement des investissements dans la promotion de la santé et à renforcer l'information, l'éducation et la communication en faveur de la santé. La question de la promotion de la santé est devenue une priorité pour le développement sanitaire de la région.

C'est pourquoi, le Ministère de la Santé Publique a élaboré en 2013 avec l'appui de l'OMS, une Stratégie nationale de promotion de la santé prenant en compte l'ensemble des déterminants sociaux de la santé, ainsi que les problèmes de santé prédominants dans un cadre de partenariat renforcé avec les différents acteurs et partenaires au développement du secteur de la santé.

En effet, les principaux défis auxquels le pays doit faire face en matière de promotion de la santé sont : le renforcement des capacités humaines, l'implication effective des communautés dans les actions de santé, la promotion d'un environnement favorable à la santé, ainsi que le développement des actions multisectorielles avec les secteurs non sanitaires dont les interventions influencent fortement la santé humaine

En vue de renforcer le dispositif de la mise en œuvre de la stratégie nationale de promotion de la santé, l'OMS a appuyé en 2016, l'élaboration d'un plan stratégique 2016-2020 de promotion de la santé au Ministère de la santé publique. L'OMS a aussi appuyé l'organisation d'une réunion de briefing des Secrétaires généraux et des Directeurs des études et de la planification d'une vingtaine de ministères techniques non sanitaires sur les questions des déterminants sociaux de la santé en vue de la prise en compte de la santé dans leurs politiques, stratégies et plans sectoriels (photo 20). Cette réunion a également permis la création d'une plateforme qui servira de cadre d'échange entre les responsables de ces différents départements ministériels et autres institutions dans le but d'une meilleure prise en compte des déterminants de la santé dans leurs actions.

L’OMS a contribué au renforcement des capacités par son appui à la formation de trente (30) cadres régionaux de la santé et des autres secteurs non sanitaires, ainsi que les représentants de la société civile et du secteur privé en promotion de la Santé.



Photo 20: Atelier de plaidoyer et d’échange avec les Secrétaire généraux (SG) et des Directeurs des études et de la planification (DEP) des autres secteurs en faveur de la promotion de la santé

L’OMS a en outre appuyé le ministère de la santé publique dans l’organisation d’une dizaine de manifestations commémoratives des journées nationales et internationales de la santé en vue de renforcer les actions de plaidoyer auprès des autorités pour susciter davantage leur engagement en faveur de la promotion de la santé. Ces journées servaient également de cadre pour contribuer au renforcement de la sensibilisation des communautés sur les différentes thématiques des programmes clés tels le VIH /sida, le paludisme, la tuberculose, la vaccination etc.

Pour l’année 2017, l’OMS poursuivra ses appuis à la mise en œuvre effective du plan stratégique 2016-2020 de la promotion de la santé. En particulier, l’OMS appuiera la formation en cascade des autres acteurs intervenant dans le domaine de la promotion au niveau décentralisé. L’OMS poursuivra aussi les actions de plaidoyer et de sensibilisation, ainsi que le renforcement des actions intersectorielles sur les déterminants, en vue de la promotion de la santé dans toutes les politiques.

3.2 Maternité à moindre risque

L'évaluation des OMD en 2015 a permis de noter que de multiples stratégies et interventions dans le domaine de la santé reproductive, maternelle néonatale, infantile et des jeunes et adolescents (SRMNIA) ont été développées et mises en œuvre dans tous les pays de la région Africaine sous formes de programmes, projets, initiatives locales ou généralisées. Les objectifs visés par l'ensemble de ces interventions sont : d'augmenter la disponibilité, l'accessibilité, l'utilisation, la couverture adéquate et effective de l'ensemble ou partie des soins de santé de la reproduction, à travers les trois piliers de la réduction de la mortalité maternelle qui sont : i) l'accès à la planification familiale, ii) les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU), iii) les Accouchements assistés par du personnel qualifié et compétent¹². Mais malgré tous les efforts accomplis, aucun pays n'avait atteint les cibles se rapportant à la santé génésique. Le ratio de mortalité maternelle et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans restent élevés dans la Région, se situant à 542 décès pour 100 000 naissances vivantes et à 81 décès pour 1000 naissances vivantes, respectivement.

Au Niger des efforts considérables ont été fournis dans la mise en œuvre de ces stratégies depuis l'avènement des OMD qui ont permis l'atteinte des résultats suivants :

- La proportion des accouchements assistés par du personnel de santé qualifié est passée de 14,9% en 1992 à 39,7% en 2015.
- Le taux de prévalence contraceptive est passé de 4,4% en 1992 à 13,4% en 2015, pour un objectif de 25%
- Le taux de mortalité maternelle au Niger est passé de 700 décès pour cent mille naissances vivantes en 1990 à 520 décès pour cent mille naissances vivantes en 2015, pour un objectif de 175 décès pour cent mille naissances vivantes.

Malgré tous les efforts déployés par le Gouvernement et ses partenaires, la situation reste préoccupante car seulement 14% des femmes contre 42% des hommes savent lire et écrire. Les grossesses sont précoces et rapprochées, entraînant un des taux de fécondité les plus élevés au monde (7,6 enfants par femme). La qualité de prise en charge des complications reste insuffisante avec un taux de létalité obstétricale de 2,3% variant de 0,7% à Niamey à 12,3% à Tahoua pour une norme inférieure à 1%. Plus de 6 femmes sur 10 accouchent sans assistance d'un professionnel de santé (taux d'accouchement assisté 36,7%) et la prévalence contraceptive 20,46% est encore faible. Plus de 4300 femmes meurent chaque année au Niger d'une cause liée aux complications de la grossesse et/ou de l'accouchement¹³.

Dans le tableau 7 ci-dessous, sont présentés les principaux indicateurs de la santé maternelle et reproductive.

¹² Niger, Rapport national sur les progrès vers l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement 1990-2015, Institut National de la Statistique, Ministère de l'Économie et des Finances, Niamey, Octobre 2015

¹³ EDSN 2012

Tableau 7: Indicateurs de santé reproductive, maternelle et néonatale au Niger en 2015

Indicateurs	Normes / Objectifs 2000-2015	Valeurs observées
Nombre de SONU	190 sites pour le Niger	103 sites
Nombre de SONUB	158 sites pour le Niger	69 sites
Nombre de SONUC	32 sites pour le Niger	34 sites
Besoin satisfait en SONU	100%	31%
Taux de césarienne	5-15%	1,6% ¹⁴
Taux de létalité obstétricale	< 1%	2,3
Taux d’accouchement assisté	100%	36,7%
Prévalence contraceptive	25% en 2015 pour le Niger	20,46%

Source : Evaluation des SONU 2015

Pour s’attaquer aux problèmes de santé de la mère et de l’enfant, un accent particulier doit être centré sur la mise en œuvre d’interventions à haut impact à l’endroit des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents qui constituent la clé du développement¹⁵. En outre, en septembre 2015, le Secrétaire Général des Nations Unies a lancé la nouvelle Stratégie Mondiale de la santé de la femme, de l’enfant et de l’adolescent qui propose aux pays de réduire la mortalité maternelle au cours des 15 prochaines années, pour la ramener à moins de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes, d’ici à 2030.

Dans cette perspective, le Niger à l’instar des autres pays de l’Afrique subsaharienne s’est engagé à mettre en œuvre cette stratégie pour l’atteinte des objectifs de développement durable d’ici 2030.

Par conséquent, en 2016, le bureau de l’OMS a focalisé ses efforts sur le renforcement des capacités des prestataires en apportant son appui à la supervision intégrée de 84 structures sanitaires. Il s’agit de centres de santé de la mère et de l’enfant (CSME), d’hôpitaux de district (HD), de maternités et de centre de santé intégré (CSI) mettant en œuvre les SONU, les SONNE, les SAA et les CPNR. Ces activités ont permis d’apprécier le niveau de mise en œuvre des stratégies et les besoins en renforcement du plateau technique et des compétences des agents pour une amélioration de la qualité des soins. Dans le cadre de son appui pour l’application des normes et standards en matière de SR, l’OMS a appuyé la formation de 39 enseignants des écoles de santé et 36 médecins formateurs régionaux sur le nouveau module de SAA pour une amélioration de la qualité des soins après avortement. Ci-dessous deux photos prises lors d’une visite du Représentant de l’OMS à l’Ecole nationale de santé publique de Niamey.

¹⁴ Norme minimum de la césarienne= 5%

¹⁵ Evaluation des OMD 2015



Photo 21: Visite du Représentant du Bureau de l’OMS (4ème à partir de la droite) dans une salle de cours de l’Ecole Nationale de Santé publique de Niamey



Photo 22: Démonstration pratique des soins sage-femme à l’Ecole nationale de santé publique de Niamey en présence du Représentant de l’OMS (2ème à partir de la droite)

L'OMS a également appuyé l'élaboration, la reprographie et la diffusion des outils de collecte de données. Au total 975 registres pour les soins après avortement ont été mis à la disposition des structures de soin pour la collecte des informations en vue d'améliorer le suivi des indicateurs. La qualité des soins est améliorée selon les données de l'évaluation des soins SRMNI pour la région de Niamey réalisée à l'aide de l'outil AQ de l'OMS et l'information sanitaire est plus complète avec l'instauration des registres SAA dans les formations sanitaires.

Sur la base d'une analyse des performances des districts en matière de SR, trois districts de la région de Tillabéri (Kollo, Filingué et Say) ayant des faibles indicateurs ont été ciblés pour bénéficier de la stratégie novatrice de coaching dénommée « Tutorat ». Cette stratégie consiste à apporter un appui technique spécifique aux prestataires en les aidants à renforcer les connaissances et compétences en Santé de la Reproduction (SR) sur site selon les lacunes identifiées. A cet effet Quinze (15) tutrices ont été identifiées, formées et équipées avec l'appui financier de l'OMS et déployées sur le terrain, pour permettre la mise en œuvre du tutorat en santé de la reproduction pour l'amélioration de la qualité des soins dans ces districts.

Dans le cadre de la campagne pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile, l'OMS a apporté un appui au MSP pour l'organisation de la semaine de réduction de la mortalité maternelle et infantile qui a été couplée à la journée internationale de contraception et la semaine de l'allaitement maternel édition 2016 dont le thème était : « Investir dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale pour réaliser le dividende démographique ». Un plaidoyer de haut niveau a été réalisé à Dosso lors de la cérémonie de lancement. Une caravane de collecte de sang a été réalisée dans la région de Dosso pour couvrir les besoins des structures de référence, les principales causes de mortalité maternelle observées dans cette région étant l'anémie et les hémorragies. A cette occasion, l'OMS a initié des messages dont celui ci-dessous qui sensibilise les populations au don de sang en faveurs des femmes.

Pour rendre effective l'institutionnalisation de la SDMR et renforcer l'organisation de la riposte, composante clé de la Surveillance des Décès Maternels, l'OMS a apporté son appui au MSP pour la formation de 20 formateurs centraux en SDMR, l'élaboration d'un plan d'opérationnalisation de la SDMR (reproduit en 1000 exemplaire) et mis à la disposition des structures pour sa vulgarisation et un appui à l'organisation de la réunion annuelle des comités de surveillance des décès maternels (SDMR). Ces interventions ont contribué à l'intégration de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) dans les

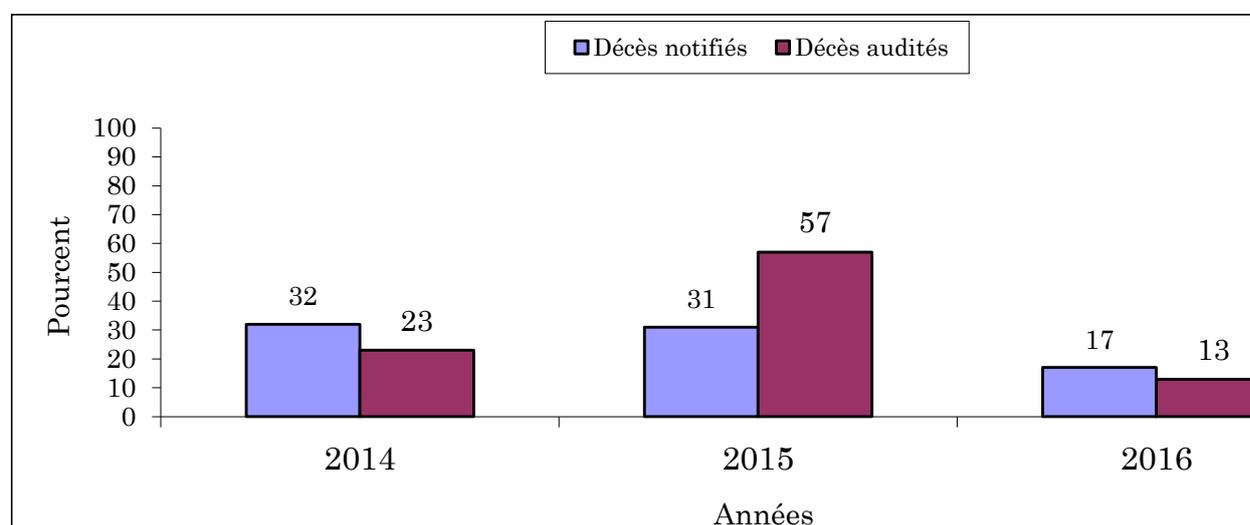
formations sanitaires, même si on note encore un faible taux de notification des décès maternels et des audits (tableau 8, figure 17).

Tableau 8: Notification et audits des décès maternels au Niger de 2014 à 2016

Années	Nombre de décès attendus	Nombre décès notifiés	Nombre de décès audités
2014	4 158	1336	311
2015	4 570	1433	810
2016	4 570	789	103

Source : Rapports d’activités 2016 / MDO /DSRE

Figure 17: Taux de décès maternels notifiés et audités de 2014 à 2016 au Niger



Source : Rapport d’activités 2016 / MDO / DSRE

En vue de faire face aux défis du secteur d’une part, de continuer de renforcer les acquis d’autre part, l’OMS appuiera l’élaboration et la mise en œuvre d’un plan stratégique national intégré SR/VIH avec la contribution des intervenants de tous les secteurs en vue d’une amélioration effective de la qualité des soins de santé maternelle, néonatale et infantile et pour les adolescents et les jeunes à tous les niveaux. Les activités de surveillance des décès maternels, la pratique des audits de décès maternels et la riposte face aux causes identifiées de mortalité vont se poursuivre avec le suivi régulier de la transmission des données et rapports d’audits.

En plus de l’appui à la formation initiale des prestataires de soins dans les écoles de santé, l’évaluation de la qualité des soins de santé maternelle, néonatale et infantile va se poursuivre dans les structures de références régionales, maternités et cliniques privées à l’aide de l’outil d’assurance qualité de l’OMS.

Les modules de formation, le carnet de santé de la mère, les fiches CPNR et tous les supports de collecte de données seront révisés pour prendre en compte les nouvelles directives en matière de SRMNNIA.

Un appui sera également apporté pour l’intégration de la SRMNIA dans les notes conceptuelles en vue de bénéficier des opportunités de financements complémentaires existant, avec d’autres initiatives comme GAVI, le réseau Reproductive Maternal Newborn Child Health (RMNCH) et le Fonds mondial.

3.3 Santé et développement de l’enfant, de l’adolescent et du jeune

Dans la Région Africaine le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans reste très élevé alors que la plupart des causes soient dues à des maladies évitables ou traitables. Avec l’avènement des OMD, d’importantes réalisations en matière de survie ont été accomplies par les pays, en matière d’élaboration de politique, stratégie et plan, de renforcement des capacités, de partenariats, de stratégies de communication, de recherche opérationnelle, de documentation et de suivi et d’évaluation. Entre 1990 et 2015 bien que la mortalité des moins de cinq ans ait régressé de 54 %, la mortalité néonatale quant à elle n’a reculé que de 38 %¹⁶.

La mortalité des adolescentes âgées de 15 à 19 ans elle, est restée dix fois plus élevée dans la Région africaine que dans les pays à revenu élevé.

Il convient de noter qu’en fin d’année 2015, douze pays uniquement avaient atteint la cible de l’objectif du Millénaire pour le développement 4 (OMD4) relatif à la réduction de la mortalité infantile, ou sont en bonne voie dont le Niger.

Au Niger, Selon l’enquête de l’INS intitulée « Etude nationale d’évaluation d’indicateurs socio-économiques et démographiques » (ENISED de 2015, le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 318‰ en 1992 à 126‰ en 2015, pour un objectif national de 106‰ à l’horizon 2015. La mortalité infantile, est passée, quant à elle, de 123 ‰ en 1992 à 51‰ en 2015 pour un objectif de 41%, la mortalité néonatale de 44‰ à 27‰ NV pour un objectif de 16, 5% dans la même période. Les principales causes de ces décès sont la pneumonie (19%), les diarrhées (11%), le paludisme (11%), les accidents domestiques et autres (6%) et les méningites (5%). Il en ressort que des efforts considérables ont été fournis en matière de réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq (05) ans et que le Niger se trouve en bonne voie pour l’atteinte de cet objectif. En dépit de ces résultats, la situation reste encore préoccupante car près d’un tiers des enfants âgés de 5 à 14 ans travaillent et près d’un quart des filles de 15 à 19 ans sont mariées avant leurs 15 ans, contre 0,1% des garçons de ce même groupe d’âge.

Les principaux défis auxquels il faut faire face sont la réduction de la mortalité néonatale, la mise en œuvre effective du paquet d’interventions à haut impact chez le groupe cible et le renforcement du système de santé. Pour faire face à la situation, le Niger a souscrit à la nouvelle stratégie mondiale de la santé de la femme, de l’enfant et de l’adolescent visant à ramener la mortalité des nouveau-nés et des enfants sous la barre de 12 et 25 décès pour 1000 naissances vivantes,

¹⁶ Evaluation des OMD 2015

respectivement, d'ici à 2030 lancée par le Secrétaire Général des Nations Unies en septembre 2015.

En 2016, dans le cadre de la mise en œuvre des activités à haut impact pour la réduction de la mortalité infantile et l'atteinte des ODD, la semaine survie de l'enfant incluant la journée de lutte contre la pneumonie a été organisée, dans la région de Diffa, avec l'appui de l'OMS, qui a fait un don d'habillements contre le froid pour 450 enfants des populations réfugiés et déplacés et de médicaments et consommables pour contribuer à l'amélioration de la prise en charge des cas de pneumonie dans 57 cases de santé du district sanitaire de Diffa.

Pour rendre effectif le passage à l'échelle de la stratégie de prise en charge communautaire de la mère et du nouveau-né (PCCMNN), l'OMS a appuyé le MSP pour la formation en PCCMNN de 16 formateurs, de 20 agents de santé communautaires de 10 cases de santé et de 20 matrones relais du district sanitaire de Say (région de Tillabéry).

Pour permettre l'ouverture des unités Kangourou fonctionnelles dans tous « les centres mère-enfant » qui viennent de bénéficier d'une dotation en équipements, l'OMS a appuyé la formation de 24 prestataires des Centres de santé Mère-Enfant (CSME) des huit régions en Soins essentiels au nouveau-né (SENN) (photo 23 prise lors d'une séance de formation) avec un accent particulier sur les soins maternels Kangourou (photo 24). Les activités réalisées ont permis d'améliorer la qualité des prestations pour le nouveau-né dans les CSME.



Photo 23: Démonstration de la réanimation du nouveau-né lors d'une session de formation en SENN à Niamey



Photo 24: Kangourou : démonstration pendant la formation sur les SENN (Soins essentiels au nouveau-né)

Un appui a été apporté également pour la révision du registre de prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant (PCIMNE) pour prendre en compte toutes les nouvelles directives en matière de santé infantile et néonatale et la reprogrammation de 2000 registres pour faciliter la prise en charge et la collecte

des données pour un meilleur suivi des indicateurs (photo ci-dessous). L'information sanitaire est plus complète avec la mise à disposition des registres PCIMNE dans les formations sanitaires.



Photo 25: Registre de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

Concernant la santé des jeunes et adolescents, le bureau a apporté son appui technique et financier pour l'évaluation du plan stratégique SSRAJ 2011-2015 et du programme d'orientation en santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes, à l'aide des outils d'évaluation de l'OMS. Le rapport d'évaluation a été validé et les données ont été utilisées pour l'élaboration du plan stratégique multisectoriel SAJ 2017-2021, avec la participation effective de tous les intervenants du domaine (les ministères de la santé publique, de la jeunesse et sport, des enseignements primaire, secondaire, technique et universitaire, de la promotion de la femme et protection de l'enfant, population, entrepreneuriat des jeunes, les ONG et les organismes du système des Nations Unies), sa vulgarisation est prévue en 2017. Les activités réalisées par l'OMS en 2016 ont contribué à créer un cadre multisectoriel pour la prise en charge des jeunes et adolescents.

L'OMS va poursuivre ses appuis pour le passage à l'échelle de la stratégie de prise en charge communautaire de la mère et du nouveau-né, la vulgarisation et la mise en œuvre du plan stratégique multisectoriel de santé des jeunes et adolescents 2017-2021, pour l'adaptation et la diffusion des normes et procédures et pour le renforcement des compétences des prestataires. Un plan opérationnel de santé néonatale sera élaboré et mis en œuvre en vue de l'accélération de la réduction de la mortalité néonatale conformément à l'engagement pris lors du

Forum régional inter-agence sur « Every Newborn Action Plan » (ENAP) en novembre 2016 à Dakar.

3.4 Déterminants socio-économiques de la santé et facteurs de risque

Le rapport de la Commission « macro-économie et santé » mise en place en 2001 par l’OMS a mis en relief la corrélation entre l’investissement dans la santé et le développement économique et social. En effet, la Santé constitue un levier important du développement du fait de sa très forte valeur contributive à la production des richesses et au développement des échanges commerciaux.

Les inégalités et la pauvreté persistent encore dans la population nigérienne où 45,1%¹⁷ vivent en dessous du seuil de pauvreté malgré les progrès importants enregistrés ces dernières années. Une des contreperformances du secteur de la santé est en grande partie liée aux faibles actions menées jusque-là sur les déterminants socio-économiques. Cette insuffisance dans la prise en compte des déterminants de la santé a été relevée lors de l’analyse situationnelle ayant conduit le MSP à l’élaboration d’un Plan stratégique pour la multisectorialité en santé pour la période 2014-2020 avec l’appui de l’OMS.

Le gouvernement nigérien a aussi élaboré avec l’appui des partenaires au développement dont l’OMS, l’agenda post OMD dans la perspective de la prise en charge des objectifs de développement durables (ODD) adoptés par la Communauté internationale en septembre 2015. Cet engagement du gouvernement s’est traduit par l’élaboration d’une Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive (SDDCI) intitulée « Vision Niger 2035 » contenant les objectifs à long terme du développement du pays. Par ailleurs, le PDES 2012-2015 étant arrivé à terme, un nouveau PDES pour la période 2017-2021 est en cours d’élaboration.

Les principaux défis pour le pays au cours des cinq prochaines années restent la consolidation des acquis dans la mise en œuvre des ODD, notamment l’ODD 3 directement lié à la santé et le développement des interventions stratégiques à effets multiplicateurs sur le bien-être économique et social de la population nigérienne.

Les interventions de l’OMS au titre de l’année 2016 ont porté sur le renforcement du partenariat avec les autres acteurs du secteur de la santé, y compris les organisations de la société civile dans le but d’accroître les synergies d’interventions dans le secteur, l’élaboration du rapport national sur les progrès vers l’atteinte des OMD 1990-2015, la vulgarisation des ODD en particulier l’ODD 3 relatif à la santé, la revue et l’évaluation du plan de développement économique et social 2012-2015.

L’appui technique de l’OMS dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du PDES 2012-2015 a permis au MSP de fournir une contribution de meilleure qualité du

¹⁷ ECVMA-2014, INS

secteur de la santé à travers la mise en exergue des réalisations majeures, notamment celles centrées sur les progrès réalisés pour l'atteinte des OMD liés à la santé. L'appui technique à l'évaluation et l'élaboration de documents stratégiques de planification, notamment la Stratégie de développement durable et de croissance inclusive (SDDCI), Niger 2035, le PDS 2017-2021 a permis au gouvernement non seulement de mieux apprécier les efforts entrepris dans la mise en œuvre des documents stratégiques antérieurs, mais aussi de se projeter sur de nouvelles interventions pour les cinq prochaines années.

La vulgarisation des ODD faite dans le cadre de la célébration du 70ème anniversaire des Nations Unies, a été une occasion pour le bureau pays de l'OMS de partager avec les différents acteurs et partenaires du secteur de la santé, le contenu de l'ODD 3 lié directement à la santé avec ses 13 cibles à atteindre d'ici 2030.

Pour l'année 2017, l'appui de l'OMS sera poursuivi pour placer la santé au rang des grandes priorités du PDS 2017-2021 en lien avec les ODD en vue de promouvoir un développement économique et social durable du pays et de réduire de façon significative la pauvreté. Il s'agira de consolider les partenariats, de créer des alliances stratégiques en vue de rassembler le maximum de partenaires autour du développement sanitaire national pour faire de la santé un véritable moteur de développement dans l'agenda post 2015 visant la réalisation des ODD à l'horizon 2030.

IV. SYSTEME DE SANTE

Le rapport sur la santé dans le monde 2008 a proposé de relancer les soins de santé primaires pour une meilleure efficacité de l'action sanitaire en recommandant d'investir dans les 6 piliers du système de santé préconisés dans la réforme des prestations des services, à savoir : i) Leadership et gouvernance, ii) prestation des services, iii) Ressources humaines de la santé, iv) Médicaments essentiels et technologies sanitaires, v) Information sanitaire et vi) Financement de la santé.

En application de cette recommandation, la Région africaine a adopté la déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires en vue d'accélérer l'atteinte des OMD. Par ailleurs une conférence ministérielle sur la recherche en santé dans la région a été organisée la même année à Alger qui a adopté la Déclaration dite d'Alger en la matière.

Le Niger est signataire des déclarations de Ouagadougou et d'Alger. Le plan de développement sanitaire 2011-2015 prorogé jusqu'en 2016 a pris en compte les 6 piliers du système de santé préconisés dans la réforme des prestations de service mentionnés plus haut et contient parmi ses axes stratégiques un axe sur la recherche en santé et en application de la déclaration d'Alger il dispose d'une stratégie de la recherche en santé 2012-2018.

Ce chapitre du rapport sera axé sur les six piliers du système mentionnés ci-haut.

4.1 Leadership et gouvernance

Le Niger a fourni d'importants efforts pour améliorer la gouvernance dans le secteur de la santé. Ainsi le PDS 2011-2015 a retenu le renforcement de la gouvernance et du leadership parmi ses axes stratégiques. La mise en place de l'Inspection Générale des Services de santé procède de cette volonté. Un compact pays a été signé par les principaux partenaires et acteurs du secteur santé pour la période 2011-2015. Dans le but de renforcer la gouvernance, un audit institutionnel a été commandité par le MSP en 2015. Cet audit a identifié un certain nombre d'insuffisances qui portent sur les aspects suivants : la planification sectorielle, la décentralisation et la déconcentration, le dialogue politique et la coordination sectorielle, l'inspection, le contrôle et la redevabilité, la mise en œuvre des réformes et le partenariat.

Pour l'année 2016, les efforts d'appui de l'OMS au Gouvernement se sont concentrés sur la finalisation du processus d'élaboration du nouveau PDS y compris son évaluation avec l'outil joint *assessment of national strategy* (JANS), la révision du compact pays, la mise en œuvre des recommandations de l'audit organisationnel et fonctionnel du ministère de la santé publique, ainsi que la poursuite de l'implication de la société civile dans les actions de santé.

Au cours de l'année 2016 l'OMS a appuyé la finalisation et validation du PDS 2017-2021 de même que l'évaluation dudit document avec l'outil JANS.

Sur base de ce nouveau PDS des plans pluri annuels des structures centrales, des régions et des districts ont été élaborés et le document a servi pour l'élaboration de la stratégie de coopération de l'OMS avec le pays. Pour ce nouveau PDS après l'évaluation avec l'outil JANS, le processus d'élaboration du nouveau guide de suivi évaluation a commencé et sera parachevé en 2017.

L'OMS a également appuyé la finalisation de la carte sanitaire qui représente un véritable outil de gouvernance.

Dans le cadre de l'implication de la société civile dans les actions de santé et le renforcement des capacités des acteurs non étatiques, un appui a été apporté aux partenaires sociaux de la santé pour l'organisation de rencontres sur l'éthique et la déontologie médicale.

Pour l'année 2017 il s'agira de finaliser l'élaboration du guide de suivi évaluation du PDS 2017-2021, de la révision du compact national, de l'appui à la mise en œuvre des recommandations de l'audit organisationnel et fonctionnel du ministère de la santé publique. Les revues semestrielle et annuelle du PDS, l'implication de la société civile dans les actions de santé feront l'objet d'une attention particulière.

4.2 Ressources humaines pour la santé

La Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique a identifié le renforcement des personnels de santé comme l'un des principaux domaines d'action prioritaires. Ainsi il a été préconisé aux Etats de mettre en œuvre des stratégies permettant de répondre aux besoins en

ressources humaines pour la santé et visant à améliorer la planification, à renforcer les capacités des institutions de formation à la santé, et à promouvoir la gestion, la motivation et la fidélisation de ces ressources pour accroître la couverture et la qualité des soins de santé;

Pourtant en 2012 sur les 46 États Membres de la Région, 36 connaissent une pénurie aiguë de ressources humaines pour la santé (RHS), avec un ratio de densité des personnels de santé en deçà du seuil minimal acceptable. Cette situation a amené le Comité Régional de l'OMS à approuver la Feuille de route pour augmenter les effectifs sanitaires en vue d'une meilleure prestation de services de soins de santé dans la Région africaine 2012–2025 par sa résolution AFR/RC62/R2. Cette résolution invite les États Membres à :

- a) renforcer la capacité de gouvernance, d'encadrement et de gestion des RHS afin d'améliorer le dialogue social et sur les politiques, et de mettre en place des mécanismes clairs de coordination entre les ministères de la Santé, des Finances, de la Fonction publique, de l'Éducation, le secteur privé et d'autres parties prenantes ;
- b) mettre en place ou renforcer des mécanismes nationaux de réglementation des personnels de santé, dans leur production et dans leur pratique;
- c) investir dans la production de RHS afin d'intensifier l'enseignement et la formation des personnels de santé par les efforts conjoints des pays, des sous-régions et des partenaires au développement;
- d) évaluer les capacités de formation dans les pays, y compris au niveau du secteur privé;
- e) améliorer le déploiement, la fidélisation et le rendement des personnels de santé disponibles, pour assurer une répartition géographique et organisationnelle équitable, et élaborer des stratégies visant à attirer et fidéliser des personnels de santé qualifiés, notamment en zone rurale;
- f) améliorer l'information et les bases factuelles sur les personnels de santé, notamment en accélérant la création d'observatoires nationaux des RHS¹³ en tant que composante d'un observatoire national de la santé élargi, et à renforcer la capacité de recherche des personnels de santé ;
- g) fournir des ressources financières suffisantes, à accroître la prévisibilité et la pérennité du financement pour la mise en œuvre des plans de développement des RHS;
- h) institutionnaliser, renforcer et pérenniser des plateformes de dialogue et de collaboration avec les parties prenantes et les partenaires clés;
- i) élaborer des feuilles de route nationales conformes aux plans stratégiques nationaux de RHS;
- j) accroître les ressources internes (publiques et privées), et à mobiliser auprès des donateurs des ressources en faveur du développement des RHS;

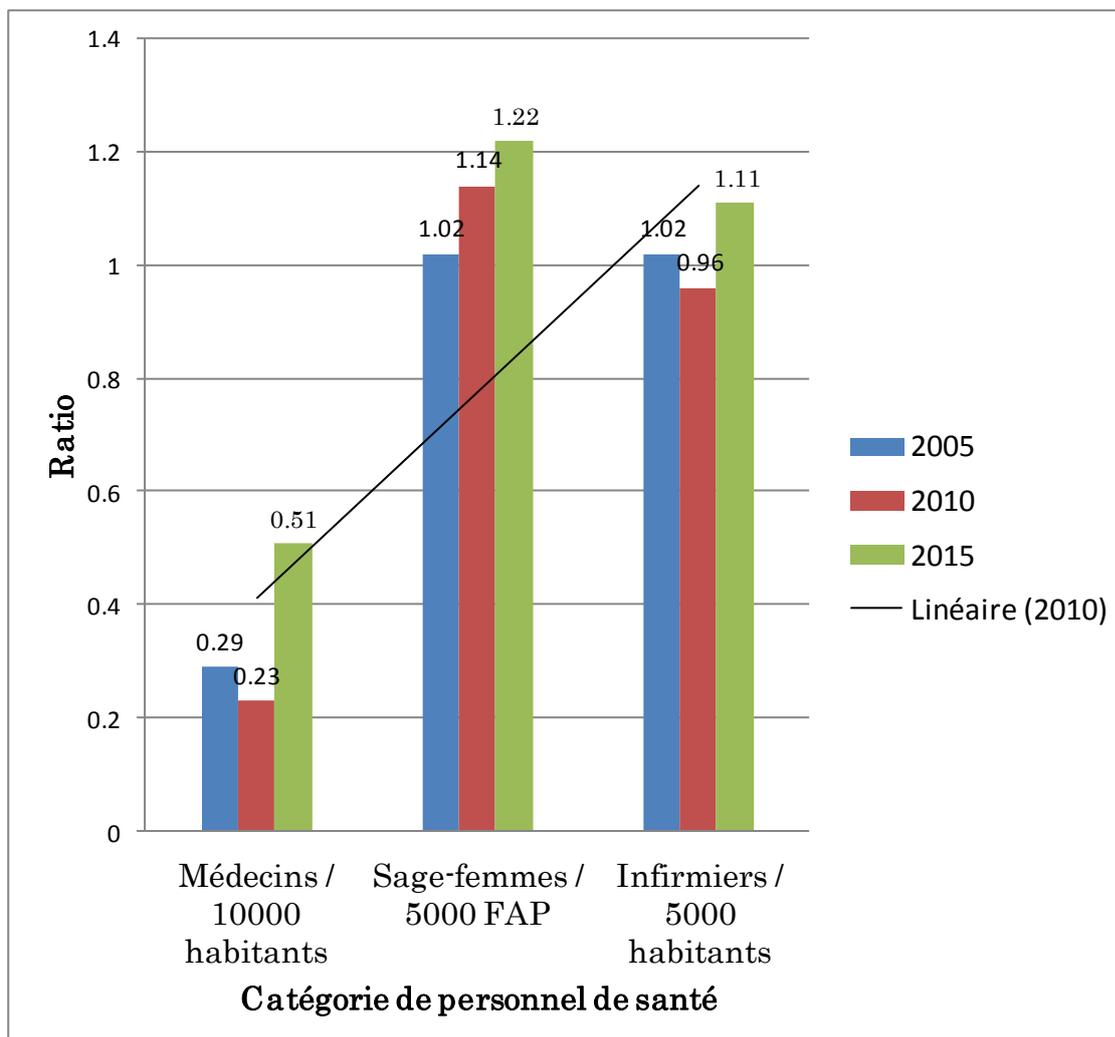
Pour faire face aux problèmes de ressources humaines pour la mise en œuvre de son plan de développement sanitaire le, Niger s'est doté d'un Plan de développement des Ressources Humaines 2011-2020. Ce document stratégique en cours de mise en œuvre a pour objectifs de :

- estimer les besoins en personnel de manière évolutive par corps et par niveaux de la pyramide sanitaire ;

- décrire les compétences nécessaires et déterminer les effectifs à produire ;
- proposer les mesures de redéploiement réalisables par corps et par niveaux de la pyramide sanitaire en tenant compte de la nécessaire déconcentration des effectifs au niveau régional, départemental et local et des mesures d'accompagnement à développer ;
- proposer des mesures pour une meilleure organisation et efficacité du système de formation initiale et continue ;
- définir les mesures d'accompagnement prioritaires en matière de GRH dans les domaines traditionnels : définition des postes, suivi évaluation et motivation des agents, gestion et planification des carrières, gestion prévisionnelle des compétences, renforcement de capacités.

Dans le cadre de cette mise en œuvre il faut noter la reprise des recrutements suspendus pendant longtemps à partir de 2012. Ceci dénote les efforts du gouvernement pour réduire les déficits en ressources humaines pour la santé, comme le montre l'évolution de la densité en personnels soignant de la figure 18 ci-dessous.

Figure 18: Evolution des ratios du personnel selon les catégories professionnelles de 2005 à 2015



Source : Annuaire statistiques MSP

Ainsi on remarque qu'après cinq ans de mise en œuvre du PDRH en cours il y a encore moins d'un médecin pour couvrir 10 000 habitants et juste un peu plus d'un infirmier pour 5 000 habitants et une sage-femme pour 5 000 femmes en âge de procréer. Il s'avère nécessaire d'examiner comment réajuster la mise en œuvre de cette stratégie de ressources humaines pour permettre la mise en exécution du nouveau plan de développement sanitaire pour aller vers la couverture sanitaire universelle.

Pendant l'année écoulée plusieurs activités clés ont été réalisées par l'OMS dans le domaine des ressources humaines grâce au soutien financier du Fonds français Muskoka et l'appui technique de HWF/HQ. Ainsi le bureau a recruté et mis à disposition du MSP un consultant national en appui au processus de révision du PDRH 2011-2020. Cette expertise a permis la finalisation de l'étude sur le marché du travail en personnel de santé au Niger ; la rédaction d'une note d'appréciation qualitative sur les goulots d'étranglements en matière de gestion des RHS au

niveau de la DRH/MSP ;une note de synthèse sur les résultats et les défis liés au marché du travail en santé et à la gestion des ressources humaines en santé ;la projection des besoins en personnels de santé à l'horizon 2030, à partir des normes disponibles, en tenant compte de la dynamique du marché du travail en santé ainsi qu'une note de discussion sur la « Problématique de la disponibilité et de l'accessibilité des données sur les ressources humaines en santé (RHS) : cas de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) au Niger . En plus il faut noter la rédaction du protocole de l'étude de la charge de travail des personnels de santé dans les structures offrant des services et prestations de soins maternels et aux enfants.

Fondée en 1964, l'Ecole Nationale de Santé Publique Damouré Zika de Niamey n'a jamais fait l'objet d'une évaluation globale au regard de sa mission d'institution de formation malgré l'évolution des types de cadres professionnels qu'elle produit. En effet, elle formait initialement des infirmiers certifiés alors qu'aujourd'hui elle est dans le système d'enseignement Licence-Master-Doctorat après plusieurs reformes. La direction générale de l'établissement voulant un changement pour le développement de l'école a sollicité l'appui de l'OMS. Avant toute intervention il faut un état des lieux. C'est pourquoi le Bureau a mobilisé deux consultants internationaux seniors spécialisés dans le design de la formation et gestion des institutions de formation en santé pour la réalisation d'un audit organisationnel et fonctionnel de ladite école. Cet audit a permis une analyse de situation pour dégager les principaux défis que l'établissement doit relever :

1. Le maintien de l'expertise et de l'expérience accumulée ainsi que du label de leader dans le domaine de la formation des cadres de la santé et de l'action culturelle ;
2. L'innovation et l'adaptation de l'offre de formation aux besoins du système de santé, la relance des activités de FC et de recherche, le maintien des standards de qualité pour accomplir toute la mission institutionnelle ;
3. L'évolution vers une plus grande autonomie financière ;
4. Le positionnement pour devenir une école d'excellence/référence dans l'environnement très concurrentiel de la formation des cadres moyens et supérieurs de la santé et de l'action sociale.

Pour adresser ces défis des recommandations ont été formulées, à savoir :

- a. Actualiser/compléter les textes institutionnels, administratifs et pédagogique
- b. Elaborer un plan stratégique (5-10 ans)/projet d'établissement duquel vont découler les plans annuels d'action
- c. Mettre en place une politique d'assurance qualité

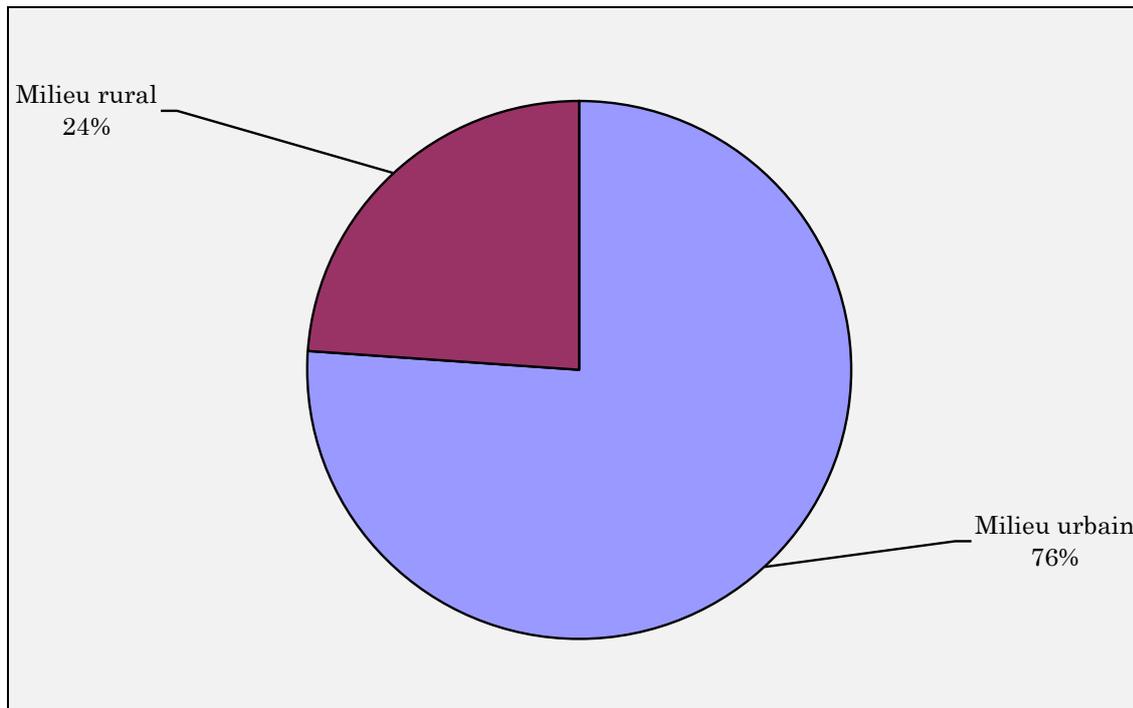
- d. Créer un cadre de concertation entre écoles (publics, privées - terrains de stages) pour améliorer l'encadrement et l'utilisation des terrains de stages
- e. Mettre en place un cadre de concertation/coordination/harmonisation intersectoriel de la formation des cadres moyens et supérieurs de la santé et de l'action sociale pour adopter les normes applicables pour la création et le fonctionnement des écoles de formation des cadres moyens et supérieurs , réguler les effectifs, harmoniser les programmes
- f. Mettre en place un dispositif pour améliorer l'acquisition des compétences sur le terrain de stages (méthodes et techniques mieux adaptées, concertation entre écoles (publiques et privées) et responsables des terrains de stages pour améliorer l'encadrement et réguler les flux
- g. Organiser le système de circulation de l'information et de gestion des données
- h. Mettre les programmes d'enseignement aux normes LMD (REESAO)
- i. Améliorer l'accès à la documentation
- j. Organiser des activités d'enseignement et de perfectionnement à distance en s'appuyant sur la plate-forme déjà installée dans le centre virtuel de l'ENSP-DZ.

En plus, le MSP a élaboré un dispositif qualité pour les formations sanitaires, les laboratoires et les écoles de formations en santé.

Malgré ces efforts, le personnel du MSP compte un effectif insuffisant limité à 10 584 agents dont 586 (5,5%) appelés du service civique national. Les ratios pour le personnel soignants sont de un (1) médecin pour 43 090 habitants, un (1) infirmier pour 3 798 habitants et une (1) sage-femme pour 3 905 femmes en âge de procréer.

Il existe une grande disparité dans la répartition surtout entre les milieux urbain et rural (Figure 19).

Figure 19: Répartition du personnel de santé selon le milieu (rural, urbain) au Niger en 2016



Source : Rapport d’exécution du PDS 2016 / MSP

Concernant le personnel médical, les effectifs sont insuffisants comme le montre le tableau qui suit.

Tableau 9: Distribution du personnel de santé selon les spécialités au Niger en 2016

Spécialité	Effectifs
Anatomo-Pathologie	2
Anesthésie	10
Biochimie	1
Biologie	3
Cancérologie	3
Cardiologie	10
Chirurgie Maxillo-faciale	2
Dermatologie	5
Echographie générale et Doppler	2
Economie-Santé	4
Endocrinologue-Diabétologue	2
Entomologie	1
Gastro-entérologie	4
Gestion des services de santé	4
Gynécologie Obstétrique	77
Kinésithérapie	1
Maladies infectieuses	8
Médecine du Travail	1
Médecine Interne	30
Médecine Nucléaire	1
Néonatalogie	1
Néphrologie	7
Neurochirurgie	5
Neurologie	5
Nutrition	4
Ophthalmologie	13
Orthopédie-Traumatologie	2
Oto-rhino-laryngologie	7
Pédiatrie	47
Physiologie	1
Pneumologie	8
Psychiatrie	2
Psychologie	1
Radiologie	4
Radiothérapie	1
Santé de la Reproduction	20
Santé Publique	76
Traumatologie	8
Urologie	4
Généraliste	631
Chirurgiens	37
Total général	1055

Les résultats de ces études constituent des bases factuelles importantes qui doivent servir à l'opérationnalisation du plan de développement des ressources 2011-2020 voire sa révision.

Les résultats de l'audit organisationnel permettront entre autres l'élaboration d'un plan stratégique pour le développement de l'ENSP Damouré Zika dans la perspective de l'environnement de formation en santé au Niger et dans la sous-région

En 2017, il s'agira de finaliser l'étude sur la charge de travail en cours dans plusieurs structures de prestations de services en santé de la mère et de l'enfant et de valider toutes les études produites et procéder à la révision du PDRH 2011-2020. Il est aussi important de rendre fonctionnel l'observatoire national des ressources humaines comme préconisé par les résolutions de l'assemblée mondiale et du comité régional et accompagner la mise en œuvre du dispositif qualité en matière de formation en santé dont les recommandations issues de l'audit de l'ENSP Damouré Zika de Niamey.

4.3 Système d'information sanitaire

Dans la déclaration d'Alger en 2008 sur la recherche, les pays de la région africaine de l'OMS se sont engagés entre autres à : i) développer et renforcer les bases factuelles des systèmes de santé en rassemblant et en publiant les données existantes, et en facilitant la production de connaissances dans les domaines prioritaires ; ii) développer et renforcer le système national d'information sanitaire par la mise en place de procédures permettant de garantir la production et la disponibilité d'informations conformes aux normes internationales et par la définition de relations claires entre les différents sous-systèmes ainsi que des mécanismes nécessaires pour leur évaluation régulière; iii) identifier et intégrer les différentes sources d'information dans les systèmes nationaux en tenant compte du secteur privé, afin de disposer d'une information fiable et sûre ; iv) élaborer des orientations stratégiques nationales pour la gestion des connaissances, y compris la cybersanté, en veillant à ce que ces orientations soient considérées comme une priorité dans les politiques et plans nationaux de santé.

La déclaration de Ouagadougou en 2008 demande aux Etats de renforcer les systèmes d'information et de surveillance, et promouvoir la recherche opérationnelle sur les systèmes de santé en vue d'étayer la prise de décisions.

Jusqu'en 2012, les pays étaient confrontés à trois défis majeurs qu'ils doivent relever pour renforcer leur système national d'information sanitaire: a) la **fragmentation** des initiatives nationales et infranationales ou la dispersion des efforts d'information sanitaire entre les secteurs, les niveaux, les programmes, les projets, les disciplines et les spécialités; b) l'**absence de l'information** : la faiblesse des capacités à produire, analyser et accéder en temps voulu à l'information pertinente, ainsi qu'à garantir la disponibilité d'une information de qualité et en quantité suffisante; et c) la **faiblesse des capacités** à partager,

traduire ou appliquer l'information disponible pour la formulation des politiques et la prise de décision.

Pour adresser ces défis le Comité régional de l'OMS a adopté le document AFR/RC62/13 intitulé «L'Observatoire africain de la santé : Renforcer les systèmes d'information sanitaire à travers les observatoires nationaux de la santé». Cette résolution invite instamment les États Membres à:

a) continuer de soutenir et de renforcer leurs systèmes nationaux d'information sanitaire en vue d'améliorer les bases factuelles pour la politique et l'action;

b) créer des observatoires nationaux de la santé ;

c) effectuer une analyse et une cartographie nationales des parties prenantes, notamment des institutions nationales et infranationales s'occupant de l'information sanitaire;

d) fournir des financements suffisants aux observatoires nationaux de la santé, à soutenir les mesures nécessaires de sensibilisation des parties prenantes concernées, et à encourager la mise en place et le renforcement des observatoires nationaux de la santé;

e) identifier les technologies appropriées qu'utiliseraient les observatoires nationaux de la santé, en ayant à l'esprit l'état actuel de l'infrastructure de technologies de l'information dans leurs pays;

f) s'assurer que ces technologies sont conformes aux normes communes en matière de données et de communication, et interopérables à la fois avec celles de l'Observatoire de la Santé en Afrique et avec celles des autres observatoires nationaux de la santé de la Région;

g) fournir un appui aux observatoires nationaux de la santé en matière de formation continue;

h) entreprendre le suivi des observatoires nationaux de la santé, à enregistrer et partager les meilleures pratiques.

De manière spécifique, il est recommandé à chaque État Membre de renforcer la plateforme existante ou de faire des efforts pour créer une plateforme qui pourrait servir d'observatoire national de la santé. Les pays doivent définir une feuille de route et un chronogramme clairs pour ce processus. A l'instar de l'Observatoire régional les observatoires nationaux de la santé sont des plateformes de technologies de l'information conçues pour favoriser la collaboration entre de nombreux acteurs et le partenariat dans l'accès et l'utilisation de l'information pour renforcer les systèmes nationaux de santé. Ils servent de dépôt des meilleures informations disponibles, et proposent des outils pour renforcer le suivi de l'état et des tendances sanitaires.

Au Niger après une évaluation du système national d’information sanitaire avec l’outil Health Metric Network (HMN) de l’OMS et l’analyse de base le Ministère de la Santé a élaboré un Plan Stratégique 2013-2022 de renforcement du SNIS comportant quatre axes stratégiques, à savoir : 1) le renforcement de la coordination, de la planification et du leadership, 2) le renforcement des ressources du système, 3) l’amélioration de la production, de la gestion et de la qualité des données sanitaires, 4) le renforcement de la production, de la diffusion et de l’utilisation de l’information sanitaire. Parmi les interventions prioritaires il a été prévu la mise en place d’un observatoire national de la santé. Un annuaire statistique est produit chaque année sur les données de l’année N-1.

Pour la mise en œuvre du plan stratégique le système national d’information sanitaire est organisé comme suit :

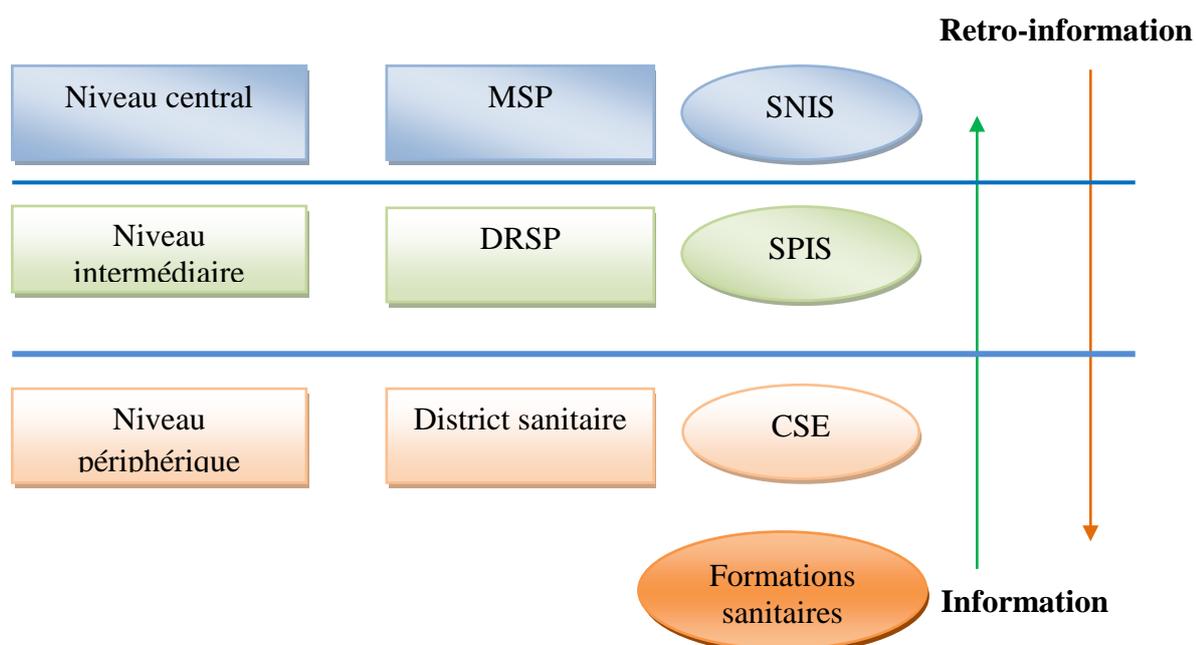
Cadre institutionnel

Le SNIS du Niger a été développé essentiellement avec l’appui de l’USAID dans les années 1990. Il est passé progressivement du statut de service d’information à celui de Direction en 1994 notamment par l’arrêté N°0099/MSP/CAB du 29/08/1994. En 2011, la Direction des Statistiques a vu le jour et a pour mission la gestion de l’information sanitaire (Décret 2011/221/PRN/MSP du 26 juillet 2011 portant organisation du Ministère de la Santé Publique).

Cadre organisationnel

L’organisation du SNIS suit la hiérarchisation du système de santé du Niger.

Le schéma ci-dessous décrit l’organisation du système ainsi que le flux de circulation de l’information et de la rétro-information.



Source : Plan stratégique SNIS Niger 2013-2022

La réforme suit son cours mais la performance du système ne permet pas encore de disposer des informations de qualité en temps réel pour la prise de décision à tous les niveaux dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du PDS. L’observatoire national de la santé prévu parmi les actions prioritaires n’est pas encore mis en place. La carte sanitaire outil de gouvernance en matière de couverture sanitaire n’est pas finalisée pour être applicable dans la mise en œuvre du nouveau PDS 2016-2020. Par ailleurs, le SNIS doit disposer de données de qualités dépourvues d’insuffisances de type aberrations, incohérences, données manquantes, doublons, raison pour laquelle la Direction des Statistiques a décidé de mettre en place le District Health Information Software - Version 2 (DHIS 2) qui est une banque de données sanitaires en ligne. Le processus de mise en œuvre commencé en 2014 n’est pas achevé et comporte plusieurs activités dont : (i) paramétrage du DHIS2 à partir des supports révisés ; (ii) la formation des gestionnaires de données sanitaires sur les supports de collecte de données et l’utilisation du DHIS 2 ; (iii) la suivi à travers la supervision et la formation in situ selon le cas ; (iv) l’équipement des structures sanitaires ; (v) la diffusion.

Dans le cadre du renforcement du système d’information sanitaire (SIS), la Direction des statistiques qui dispose déjà d’un site web hébergé par le CERMES (<http://www.snis.cermes.net/plansite.php>), a poursuivi le développement du DHIS portal (District Health Information Software) avec l’appui financier de l’Union Européenne en vue de disposer des données à temps, minimiser les erreurs de saisie des données et contribuer la réduction de la fragmentation des informations. Mais le processus n’a pas été achevé en 2016 du fait de retard dans le démarrage.

Le Ministère de la santé dispose également d’un site Web actif mis à jour constamment pour rendre compte des actions du secteur et fournir les éléments clés sur le système de santé du Niger. Ci-dessous, la page d’accueil du site web *www.msp.ne*.

En 2016, l’OMS a apporté un soutien technique pour l’élaboration de l’annuaire statistique 2015 qui a été diffusé aux acteurs et partenaires du secteur de la santé aux fins d’utilisation notamment pour la planification et les supports de collecte de données ont été rendu disponibles durant toute l’année 2016. Par ailleurs des formations des agents au remplissage des nouveaux supports SNIS, sur l’utilisation des tableaux de bord santé des agents de santé ont été effectuées au niveau de toutes les régions ainsi que 20 Chefs CSI et 5 membres ECD sur

l’audit de la qualité des données PEV à Tillabéry. Des sorties de supervisions trimestrielles des districts et mensuelles des CSI au niveau des districts de toutes les régions et des réunions de coordination à tous les niveaux, des revues et les apurements des données ont été organisées avec l’appui de l’OMS et des autres partenaires pour renforcer la qualité des données.

Pour renforcer et aider les principaux gestionnaires de données du système au niveau central, régional et sous régional pour la collecte et le traitement de l’information, l’OMS a offert au MSP un lot de matériel informatique, composé de 72 ordinateurs de bureau et 16 ordinateurs portables (photo 26).



Photo 26: Remise d’un lot de matériel informatique par le Représentant de l’OMS (à droite) au Ministre de la santé publique (au centre)

L’OMS a en outre appuyé la finalisation de la carte sanitaire interactive qui a fait l’objet de présentation au ministère de la santé publique en présence des partenaires techniques et financiers du secteur santé pour servir d’outil de décision en matière d’implantation des formations sanitaires en vue d’une meilleure couverture physique des populations.

En 2017, le contrôle de qualité des données de routine sera poursuivi et une deuxième enquête SARA (services availability readiness assessment) sera réalisée cette enquête devant être renouvelée tous les deux ans. Un appui sera apporté pour l’élaboration de l’annuaire statistique 2016. Le retard accusé dans le déploiement de la plateforme DHIS2 sera comblé et la révision des supports de collecte assurée avec la collaboration des partenaires. Un accent sera accordé à la formation en gestion des données.

4.4 Médicaments essentiels et technologies sanitaires

Les médicaments essentiels et les technologies sanitaires font partie des réformes des prestations de services préconisées par le rapport sur la santé dans le monde 2008 consacré au renouveau des soins de santé primaires. En effet beaucoup de personnes dans le monde n'ont pas accès à des médicaments de qualité, sûrs, efficaces et d'un prix abordable, alors que cet accès est un élément important du système de santé. C'est pour cette raison que la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011) a préconisé de promouvoir l'accès à des médicaments d'un prix abordable, sûrs, efficaces et de qualité, y compris en mettant pleinement en œuvre la Stratégie mondiale et le Plan d'action de l'OMS pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle. La disponibilité de services de laboratoire de qualité et l'accès à ces services figurent parmi les principaux problèmes qui entravent ou rendent inappropriées les actions portant sur la riposte aux épidémies, la lutte contre la maladie et la prise en charge des patients.

Dans la Région africaine, la situation des services de laboratoire se caractérise par l'inadéquation des effectifs, du matériel et des fournitures. La disponibilité et la maintenance du matériel de laboratoire constituent d'autres défis. Le Comité régional de l'OMS a pris la résolution AFR/RC58/6 pour le renforcement des laboratoires de santé publique dans la région africaine: une exigence cruciale de la lutte contre la maladie. Pour le renforcement du rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé une stratégie pour la région africaine a été adoptée par la résolution AFR/RC63/6

Le pays dispose d'une politique pharmaceutique datant de 1995 qui a permis l'élaboration d'un Plan Directeur Pharmaceutique National (PDPN) et un Plan d'actions Prioritaires (PAP), d'un laboratoire national d'expertise de santé publique (LANSPEX), d'une direction nationale de pharmacie depuis longtemps et d'un Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC), structure étatique dotée de la personnalité civile et de l'autonomie financière, sans but lucratif. Avec la suppression du monopole d'importation des médicaments dont jouissait cet office plusieurs centrales privées d'approvisionnement ont vu le jour. A l'instar d'autres pays le Niger a adopté la liste nationale de médicaments essentiels révisée tous les 2 ans à partir de la liste générique préconisée par l'OMS, Le ministère a créé une direction nationale des laboratoires en 2016.

Avec tout cela le système d'approvisionnement du pays n'est pas en mesure d'assurer la disponibilité des médicaments et autres produits de santé d'où des ruptures observées sur le terrain et la qualité des laboratoires est insuffisante.

A la fin de 2015 les défis du sous-secteur demeurent l'adoption et la mise en œuvre de la réforme pharmaceutique, le renforcement du contrôle de qualité des médicaments et technologies sanitaires, la poursuite de la mise en œuvre de la politique nationale de médecine traditionnelle, le développement du système de pharmacovigilance.

Au cours de l'année 2016, le bureau a appuyé la formation des formateurs à l'utilisation du guide thérapeutique santé mère et enfant, la révision de la liste nationale des médicaments essentiels, la formation de 30 gestionnaires sur la gestion des médicaments essentiels y compris les médicaments pour la santé de la mère et de l'enfant avec le soutien financier de la composante 5 du projet Muskoka et la préparation et l'organisation de la journée africaine de médecine traditionnelle au titre de l'année 2016.

La disponibilité de la liste de médicaments essentiels permet la rationalisation des commandes des structures de santé publiques pour les pathologies les plus courantes. La formation à l'utilisation du guide thérapeutique santé mère-enfant améliora la prescription des médicaments chez ce couple.

En 2017 l'OMS va apporter son appui à la révision de la politique pharmaceutique nationale, la poursuite de la mise en œuvre de la stratégie nationale de la médecine traditionnelle et du contrôle de qualité des médicaments.

4.5 Prestations des soins et services

Dans le cadre de la revitalisation des soins de santé primaires le rapport sur la santé dans le monde en 2008 a proposé des réformes des prestations de services qui réorganisent les services de santé autour des besoins et des attentes de la population, afin de les rendre plus pertinents socialement et plus réactifs aux changements du monde, tout en produisant de meilleurs résultats.

Ainsi une conférence fut organisée en 2008 à Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique au cours de laquelle la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires fut adoptée puis entérinée par la cinquante-huitième session du Comité régional de l'Afrique, tenue à Yaoundé (Cameroun), par sa résolution AFR/RC58/R3.

Le Niger a adopté le scénario de développement sanitaire en 3 phases suite à la réunion de Lusaka et son système de santé est structuré comme suit :

Le niveau périphérique: Le district sanitaire assure la coordination des actions conduites dans trois types de formations sanitaires : les hôpitaux de district, les centres de santé intégrés et les cases de santé. Le pays compte actuellement 72 districts sanitaires, dont 44 sont fonctionnels et 33 disposent d'un hôpital. Le pays compte 913 centres de santé intégrés et 2516 cases de santé.

Le niveau régional : Les huit (8) directions régionales de la santé publique sont chargées d'assurer la coordination des activités conduites dans les districts sanitaires. Y sont également rattachés six centres hospitaliers régionaux et huit centres de santé de la mère et de l'enfant.

Le niveau national : Le ministère de la Santé publique définit les orientations et assure la coordination de l’ensemble des activités sanitaires du pays. Y sont rattachés les hôpitaux de référence nationale, au nombre de quatre, dont trois à Niamey et un à Zinder ; une maternité de référence nationale située à Niamey ; des centres nationaux de référence pour la prise en charge de certaines pathologies spécifiques (tuberculose, infections sexuellement transmissibles/VIH, drépanocytose, lèpre, fistule génitale féminine).

La situation des infrastructures sanitaire au niveau périphérique du système de santé qui offrent le PMA est présentée dans le tableau ci-dessous.

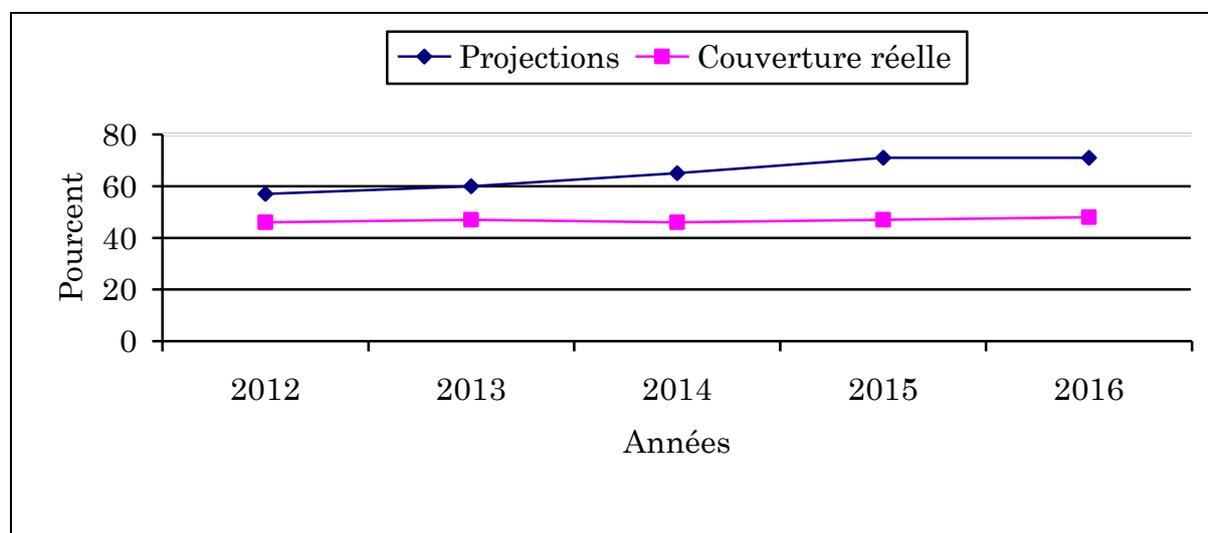
Tableau 10: Répartition des infrastructures sanitaires par région en 2015 au Niger

Région	Population	Nombre de DS ¹⁸	Nombre de CSI ¹⁹ type I	Nombre de CSI type II	Nombre DS avec blocs fonctionnels	Nombre de cases de santé
Agadez	524 689	7	46	21	1	141
Diffa	652 855	6	44	7	1	136
Dosso	2 149 736	8	96	30	3	395
Maradi	3 660 720	9	90	54	6	465
Niamey	1 096 230	5	26	24	1	8
Tahoua	3 652 136	13	113	39	5	435
Tillabéry	2 900 725	13	140	44	5	429
Zinder	3 891 664	11	95	44	4	507
National	18 528 755	72	650	263	26	2516

Source : Annuaire statistique 2015 / MSP

Par rapport à l’offre de soins, la couverture sanitaire des populations par le PMA offerts dans les CSI est de 48,33% en 2016 contre 47,27% en 2015 pour un objectif de 71%. Les projections en matière de couverture sanitaire n’ont jamais été atteintes pour la période de 2012 à 2016 (figure 20).

Figure 20: Evolution du taux de couverture sanitaire de 2012 à 2016 au Niger



Source : Rapport d’exécution du PDS 2016 / MSP

En plus de la faible couverture sanitaire, l’un des défis majeurs est de garantir des soins et services de qualité à tous comme exigés dans le cadre de la CSU.

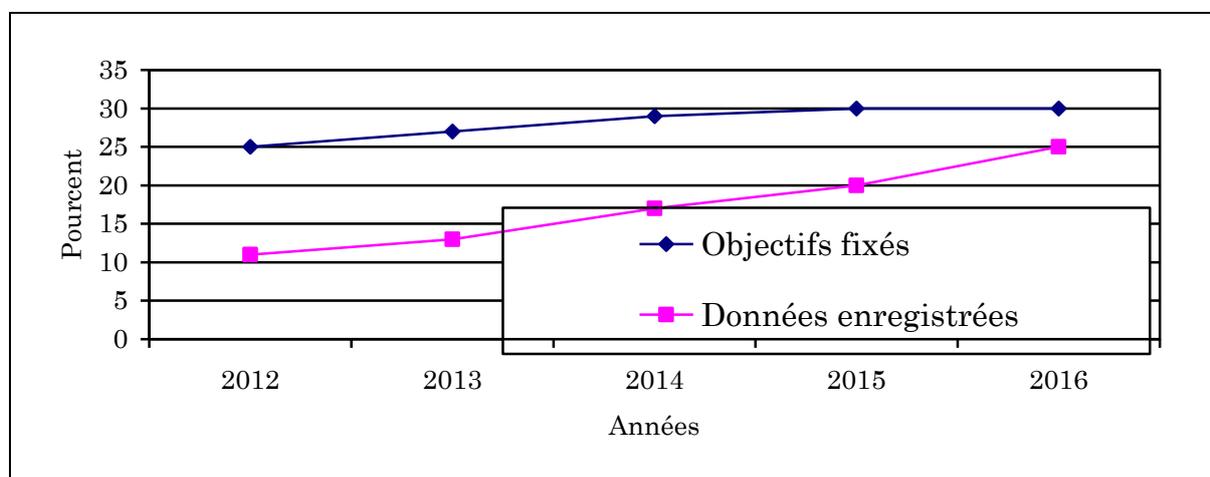
¹⁸ District sanitaire

¹⁹ Centre de santé intégré

En 2016, l’OMS a appuyé la validation des normes et le ministère s’est doté d’un dispositif qualité pour les structures de soins, les écoles de formations et les laboratoires. L’utilisation des normes permet une meilleure gestion des ressources du système de santé. La mise en œuvre du dispositif qualité contribue aussi à l’amélioration de l’offre des prestations de qualité.

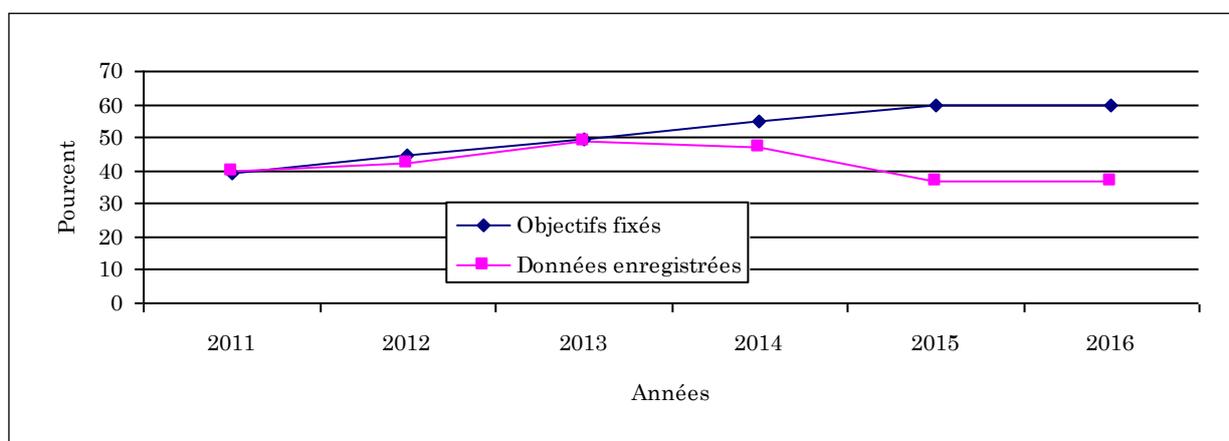
On assiste à une hausse pour la planification familiale dont le taux est passé de 20.46 % en 2015 à 25.1% en 2016 (Figure 21) ainsi que pour les accouchements assistés par un personnel qualifié dont les taux ont évolué de 36.75% à 37.19% pendant la même période (figure 22). Par contre on note une baisse de l’utilisation des soins curatifs (48.7 % contre 52.4%) par rapport à l’année 2015.

Figure 21: Evolution du taux d'utilisation de la contraception moderne de 2012 à 2016 au Niger



Source : Rapport d’exécution du PDS 2016 / MSP

Figure 22: Evolution du taux d'accouchements assistés de 2011 à 2016 au Niger



Source : Rapport d’exécution du PDS 2016 / MSP

Dans le cadre de la mise en œuvre de la CSU une stratégie nationale de soins centrés sur la personne sera élaborée et une étude des coûts de prestations dans

le secteur privé de soins réalisée. Une attention sera accordée à la qualité des soins notamment à travers l’opérationnalisation du dispositif qualité pour les formations sanitaires.

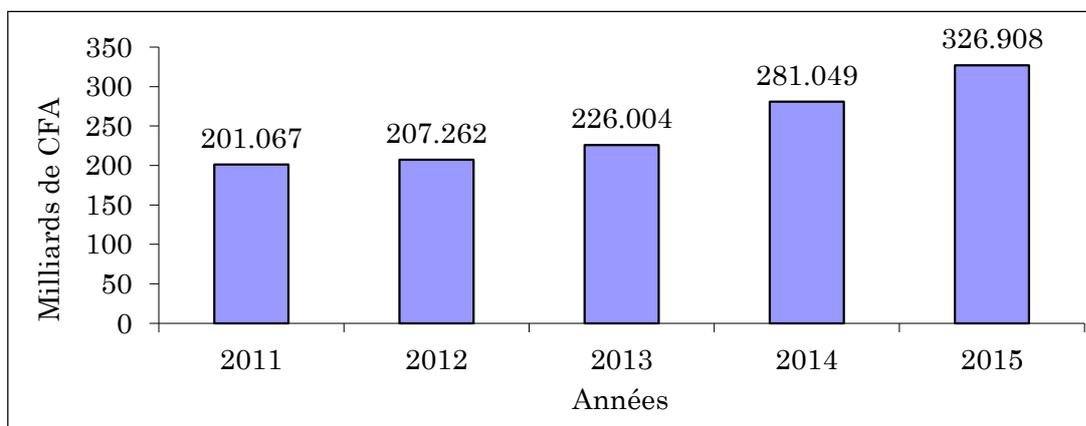
4.6 Financement de la santé pour tendre vers une couverture sanitaire universelle

La problématique du financement de la santé reste une question majeure pour la plupart des pays indépendamment de leur niveau de développement. Cette équation se pose en particulier aux pays en développement qui sont très souvent confrontés à des raretés de ressources financières et une gestion peu efficace de celles existantes. Avec l’avènement de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), elle est davantage cruciale pour toute réforme d’un système de santé. En vue de promouvoir le financement adéquat de la santé, l’OMS a élaboré en 2006²⁰ une Stratégie de financement de la Santé pour la Région africaine. Cette stratégie recommande aux Etats membres de procéder à une analyse approfondie des ressources existantes et de celles mobilisables en faveur de la santé.

Pour mieux adresser la problématique du financement de la santé au Niger, le Ministère de la Santé Publique a, dans le cadre de la mise en œuvre de la Politique nationale de protection sociale, élaboré la Stratégie nationale de financement pour aller vers la couverture universelle en santé avec l’appui de l’OMS. Des réflexions sont en cours par un groupe de travail technique multisectoriel afin de proposer au gouvernement des options permettant d’opérationnaliser la mise en œuvre de la CSU. Concernant l’analyse des financements du secteur de la santé, le Ministère de la Santé Publique conduit régulièrement les exercices des comptes nationaux de la santé qu’il a initiés depuis 2002 avec l’appui de l’OMS. A travers ceux-ci on constate une augmentation du volume des dépenses nationales de santé (figure 23) et une baisse du budget de l’Etat alloué à la santé (Figure 24).

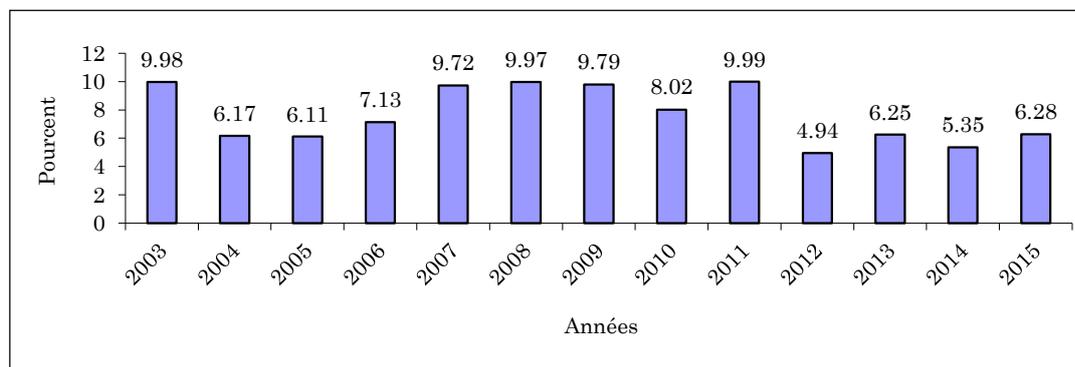
²⁰ OMS/AFRO : Financement de la santé : une stratégie pour la Région africaine

Figure 23: Evolution de la dépense nationale de santé de 2011 à 2015 au Niger



Source : Rapport CNS 2015 / MSP

Figure 24: Evolution de la part du budget de l’Etat alloué à la santé de 2003 à 2015 au Niger



Source : Rapport CNS 2015 / MSP

Le principal défi de la mise en place de la CSU reste la faiblesse du budget alloué à la santé et l’implication effective ainsi que la mobilisation de l’ensemble des acteurs et partenaires du secteur de la santé.

Au cours de l’année 2016, l’OMS a appuyé le renforcement des capacités des membres du groupe technique de travail national mis en place par le Premier ministre dans le cadre du processus de mise en place la CSU. Cette formation a permis au groupe de travail de mieux se familiariser avec les concepts de la CSU et la définition des étapes à suivre dans le cadre de sa mise en place, ce qui accélèrera le processus au Niger. L’appui conjoint de certaines agences du système des Nations Unies notamment l’OMS, l’UNICEF, le PAM et le BIT a permis de mieux mutualiser les efforts et valoriser les contributions des

différentes parties prenantes au processus de mise en place du socle national de protection sociale en général et de la CSU en particulier.

L’OMS a aussi poursuivi son appui au MSP dans le processus d’institutionnalisation des comptes nationaux de la santé entamé en 2014 et la formation de cinq cadres du pays lors d’un atelier régional à Dakar. Elle a également contribué à la production de bases factuelles sur les dépenses en santé à travers son appui à la production régulière des comptes nationaux de la santé.

Les interventions de l’OMS dans le cadre de la mise en œuvre du plan de travail de l’année 2017, se focaliseront sur la finalisation du plan opérationnel de la CSU dont le processus d’élaboration avait commencé en 2016 dans le cadre de la mise en place de la Couverture sanitaire universelle.

L’OMS poursuivra également son appui pour l’institutionnalisation des Comptes nationaux de la santé à travers la consolidation de la base de données déjà créée, le renforcement des capacités de l’équipe en charge des comptes de la santé.

Enfin, l’OMS appuiera la mobilisation de ressources en faveur de la santé et leur utilisation efficiente en vue d’accroître la performance du système de santé et d’accélérer les progrès vers l’atteinte des ODD en général et celui relatif à la santé en particulier.

V. PREPARATION ET REPOSE AUX URGENCES SANITAIRES ET AUX EPIDEMIES

Depuis le début du XXI^e siècle, plus de 700 situations d'urgence sont survenues chaque année dans le monde. Des flambées épidémiques de maladies nouvelles ou ré émergentes peuvent se propager rapidement au-delà des frontières, alors que rien ne le laissait prévoir, avec des répercussions internationales de grande ampleur. Face à ces urgences, la préparation, l'intervention et le relèvement tout en restant inter dépendants, sont parmi les défis les plus urgents que la communauté internationale doit relever. Les réponses mondiales apportées aux récentes situations d'urgence et catastrophes montrent que le monde n'est pas bien préparé à répondre à l'ensemble des situations d'urgence qui ont des répercussions sur la santé publique. À chaque fois, les interventions n'ont pas été suffisamment rapides ni coordonnées et manquaient de la chaîne de décision claire et du financement ad hoc qui sont nécessaires pour optimiser la mise en œuvre, atténuer les souffrances et sauver des vies. La communauté internationale attend de l'OMS qu'elle soit en mesure d'organiser rapidement une intervention globale à chaque fois que les capacités nationales sont insuffisantes face à une situation d'urgence de santé publique²¹.

En début de l'année 2014, l'Afrique de l'Ouest, a été confrontée à l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE), la plus longue, la plus complexe et la plus étendue de l'histoire et qui a été déclarée "urgence de santé publique de portée internationale".

Au décours de cette épidémie qui a soulevé des préoccupations à l'échelle mondiale quant à la riposte de l'OMS, il a été souligné avec acuité la nécessité d'accélérer la réforme de l'OMS appelée par les états membres dans la coordination des interventions de prévention et de contrôle des maladies notamment la préparation et la riposte aux épidémies.

C'est ainsi que l'OMS a opéré la réforme de son programme de gestion des situations d'urgence sanitaire qui est venu complété le rôle technique et normatif traditionnel de l'OMS avec de nouvelles capacités et moyens opérationnels pour son action lors des grandes flambées épidémiques et situations d'urgence humanitaire.

La stratégie du nouveau programme d'urgence de l'OMS se base sur une seule main-d'œuvre travaillant dans le cadre d'un seul programme, en utilisant des procédures, des règles et des normes communes, clairement définies, pour permettre une réponse rapide, efficace et prévisible aux urgences sanitaires

La réforme porte sur six domaines d'intervention à savoir 1) une riposte d'urgence intégrée, 2) des systèmes de santé résilients dans les pays touchés par

²¹ http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS3/EBSS3_3-fr.pdf?ua=1 Faire en sorte que l'OMS soit capable de se préparer et de répondre à des flambées et des urgences de grande ampleur et prolongées, Rapport du secrétariat du conseil exécutif de l'OMS sur la réforme des urgences

la maladie à virus Ébola, 3) des ressources humaines mobilisées au niveau mondial, 4) la recherche et le développement accélérés sur la MVE, 5) un renforcement de l'application du Règlement Sanitaire International, 6) un financement adéquat pour un fond de réserve international²². Il convient de noter que la mise en œuvre de la réforme est progressive du niveau global aux bureaux pays de l'OMS.

Dans ce chapitre nous traiterons de la préparation et de la réponse aux urgences sanitaires et épidémies, aux crises humanitaires comme partie intégrante d'une réponse intégrée.

5.1 Préparation aux urgences sanitaires et épidémies

Cette section traite des aspects relatifs à la mise en œuvre de la liste de contrôle consolidée pour se préparer à faire face aux épidémies y compris la MVE, à la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR) et à la préparation aux crises humanitaires.

5.1.1 Mise en œuvre de la liste de contrôle consolidée

La préparation de la réponse aux urgences au cours de l'année 2016 a été orientée par la mise en œuvre des 11 composantes de la liste de contrôle consolidée pour se préparer à faire face aux épidémies à savoir 1) la coordination, 2) l'équipe d'intervention rapide, 3) la surveillance épidémiologique 4) le laboratoire, 5) la sensibilisation et la mobilisation communautaire, 6) la prévention et lutte contre l'infection, 7) la prise en charge des cas, 8) la recherche des contacts, 9) la capacité aux points d'entrée, 10) le budget et, 11) la logistique. Cette liste de contrôle a pour objet d'aider les pays à évaluer leur niveau de préparation et à recenser des mesures concrètes à prendre pour être ainsi en mesure de déterminer le soutien que les partenaires nationaux et internationaux pourraient apporter pour combler les lacunes potentielles.

L'OMS a accompagné le MSP dans la mise en œuvre de la liste de contrôle consolidée pour se préparer à faire face aux épidémies. L'état global (toutes composantes confondues) de la préparation du Niger aux épidémies y compris la MVE, est passé de 12% en décembre 2014, à 52% en fin 2015 et à 84% en décembre 2016.

Les réalisations par domaine d'intervention selon les composantes de la liste de contrôle consolidée pour se préparer à faire face aux épidémies y compris la MVE au Niger au cours de l'année 2016 sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 11: Réalisations selon les composantes de la liste de contrôle consolidée au Niger

Domaines d'intervention	Réalisations
Coordination	<p>Tenue de la réunion des parties prenantes et élaboration du plan de mise en œuvre du centre des opérations d'urgence de santé publique (COUSP) du Niger</p> <p>Evaluation externe (OMS / DFID/ PAM/ OIM/ OIE/ LSTM) de la préparation aux épidémies et autres urgences de santé publique dans le cadre du projet DFID en février 2016.</p>
Surveillance	<p>Elaboration et diffusion de procédures opérationnelles standards adaptées au contexte nigérien (SOPs)</p> <p>Production et diffusion de 3000 exemplaires de brochures «de gestion clinique des patients atteints de fièvre hémorragique virale» dans les hôpitaux de district.</p> <p>Elaboration d'un plan de formation en SIMR</p> <p>Validation des modules de formation, la formation des formateurs, et enfin formation en cascade des agents de santé des structures sanitaires publiques et privées en SIMR sur toute l'étendue du pays. Ci-dessous, une photo prise au cours d'une formation SIMR à Maradi.</p>
Prévention et contrôle de l'infection	<p>Appui à l'élaboration de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre les infections liées aux soins et évaluation de la prévention et contrôle de l'infection dans les hôpitaux nationaux de Niamey et Lamordé</p>
Laboratoire	<p>Equipements de laboratoire</p> <p>Formation des techniciens de laboratoire de tous les hôpitaux régionaux sur la biosécurité.</p> <p>Formation de dix (10) techniciens du laboratoire national de référence sur la réalisation des analyses des arboviroses et l'interprétation des résultats.</p>



Photo 27: Participants à la formation sur la SIMR à Maradi

5.1.2 Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte

La Stratégie Régionale de Surveillance Intégrée de la Maladie adoptée par la 48ème session du Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique (AFR/RC48/R2) reste l'approche recommandée pour renforcer les systèmes nationaux de surveillance des maladies transmissibles.

La survenue de nouvelles maladies émergentes (Syndrome Respiratoire Aigüe Sévère, Grippe Aviaire, Fièvres Hémorragiques Virales, Grippe pandémique, la fièvre de la vallée du Rift etc..) l'importance des maladies non transmissibles (Hypertension, Diabète, Noma etc.) et la révision du Règlement Sanitaire International entré en vigueur le 15 Juin 2007 ont motivé la révision du Guide technique SIMR de 2008 à 2010 par le Bureau régional de l'OMS en collaboration avec ses centres collaborateurs.

Sur recommandations de l'OMS AFRO, le Niger à l'instar des autres pays a révisé le guide générique et les modules SIMR en 2013. S'en est suivie l'élaboration du plan stratégique quinquennal 2016-2020 qui tient compte non seulement du précédent plan 2004-2008 mais aussi des nouvelles préoccupations y compris le concept «un seul monde, une seule santé», la surveillance épidémiologique à base communautaire (SEBAC), la surveillance électronique et l'implication du secteur privé de la santé. Des évaluations faites en 2012 et en 2014, de la mise en œuvre du RSI au Niger, ont révélé des insuffisances sur le plan opérationnel. Pour répondre à ces préoccupations, le Ministère de la Santé Publique en collaboration avec l'OMS, a initié l'élaboration du Plan Stratégique quinquennal 2016-2020 pour l'accélération de la mise en œuvre de la surveillance qui a été finalisé en octobre 2015. Au total 47 maladies dont 16 à potentiel épidémiques, 3 à éradiquer, 5 à éliminer et 23 d'importance en santé publique ont été retenues pour faire l'objet de surveillance.

Les enjeux pour la SIMR consistent à remplir toutes les fonctions essentielles pour la mise en œuvre effective du RSI 2005 et de mobiliser les ressources nécessaires pour appuyer la mise en œuvre du Plan Stratégique quinquennal SIMR/RSI 2016–2020, y compris les formations en cascades SIMR/RSI (2005) dans tous les districts sanitaires que compte le Pays.

La surveillance épidémiologique étant une des composantes de la liste de contrôle consolidées, les appuis de l’OMS en 2016 en ce qui concerne la surveillance ont été repris dans le tableau ci-dessus.

Les appuis de l’OMS ont joué un rôle prépondérant dans la détection et la riposte précoces aux épidémies de la fièvre de la vallée du Rift, de méningite, de rougeole et de choléra.

L’OMS va poursuivre en 2017 ses appuis en matière de formation en SIMR aux niveaux des districts sanitaires en vue d’accélérer l’amélioration des capacités essentielles du pays pour l’application effective du RSI(2005). La réalisation d’une évaluation conjointe externe du règlement sanitaire international de ses capacités essentielles pour l’application effective du RSI(2005) sera appuyée par l’OMS ainsi que la réactualisation des plans de préparation et de réponse aux différentes maladies à potentiel épidémique.

5.1.3 Préparation aux crises humanitaires

Au Niger, la situation humanitaire reste marquée par cinq (5) crises majeures, à savoir l’insécurité alimentaire, la malnutrition, les épidémies, les inondations et les mouvements de population.

Le grand défi reste la mobilisation des ressources pour la préparation et la réponse aux crises humanitaires notamment le financement des trois projets soumis dans le cadre de la réponse humanitaire du pays.

Au cours de l’année 2016, grâce aux fonds japonais et différents projets du Fonds Central d’Intervention d’Urgence des Nations Unies pour la réponse rapide, le bureau a doté le MSP d’un important lot de kits sanitaires d’urgence d’une valeur de 362.000 USD (ci-dessous photo de la cérémonie de remise du don).



Photo 28: Don de Kits sanitaires d'urgence inter-institution par M. Le Représentant du Bureau de l'OMS (à droite) à M. le Secrétaire Général du MSP

Le bureau a fourni au MSP 2.455 exemplaires de la version révisée 2015 du "Guide OMS de référence rapide à l'intention des autorités sanitaires et des soignants pour le contrôle des épidémies de méningite en Afrique". Ce guide est destiné aux personnels de santé et aux responsables sanitaires travaillant dans des régions d'Afrique frappées par des épidémies de méningite. Il fournit une description succincte de la stratégie de l'OMS pour détecter les épidémies de méningite et y répondre, et apporte des conseils pratiques aux personnes, participant à la gestion d'es épidémies sous tous ses aspects, de la planification avant les épidémies à la délivrance des soins aux malades et à la vaccination²³. Une photo de la présentation et de la remise du guide au ministère de la santé publique figure ci-dessous.

²³ Contrôle des épidémies de méningite en Afrique. Guide de référence rapide à l'intention des autorités sanitaires et des soignants, révisé en 2015.

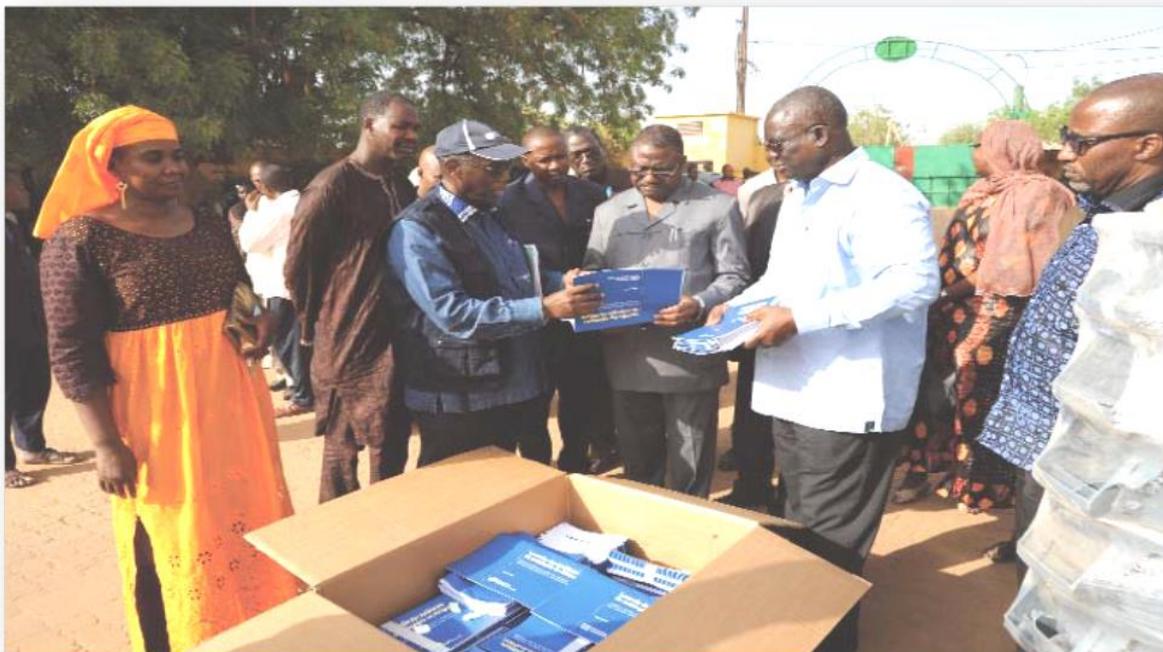


Photo 29: Présentation et remise du Guide de l'OMS pour le contrôle des épidémies de méningite au Secrétaire Général du MSP. La présentation est faite par Dr Innocent NZEYIMANA, Outbreak and Disaster management (ODM) en présence du Représentant de l'OMS au Niger

L'OMS a recruté un consultant pour assurer l'appui à la coordination des interventions sanitaires d'urgence dans la région de Diffa et un consultant pour la logistique d'urgence du Bureau pays. En outre l'OMS a élaboré un projet de mobilisation de ressources additionnelles pour la préparation et la réponse aux urgences sanitaires du Niger pour un montant de 1,696,273 USD.

En terme d'effets, l'accès aux soins des réfugiés et déplacés internes est amélioré, la coordination de la réponse humanitaire est renforcée.

En 2017, l'OMS va poursuivre la mobilisation des ressources et améliorer la coordination des activités sanitaires d'urgence en allouant un personnel dédié à la coordination du groupe sectoriel d'urgence. Elle va également appuyer la DRSP de Diffa dans la coordination des interventions sanitaires d'urgence dans le cadre de la réforme humanitaire et du transformative agenda pour la réponse à la crise nigériane dans la région.

5.2 Réponse aux urgences de santé publique et épidémies

En 2016, le Niger a fait face à des épidémies de fièvre de la vallée du Rift, de méningite, de rougeole et de choléra. Dans la cadre de la réponse à ces épidémies, l'OMS a déployé d'importantes ressources humaines, matérielles et financières en appui aux efforts du Gouvernement et des autres partenaires de la santé.

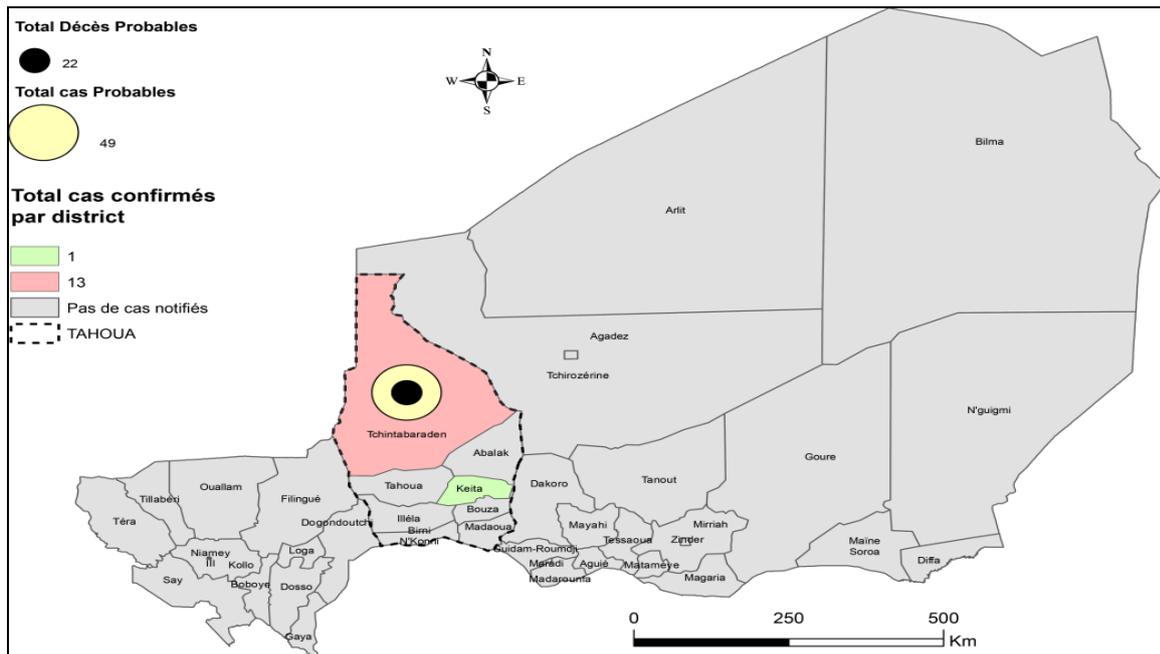
5.2.1. Fièvre de la vallée du Rift

Le Niger a connu une épidémie de la fièvre de la vallée du Rift en début du mois d'août 2016. Elle s'est traduite par une forte mortalité et un grand nombre d'avortements chez les bovins, petits ruminants et camelins dans le district de Tassara, dans la vallée de Maya (Département de Tchintabaraden, Région de Tahoua) ainsi que des décès dans la communauté dans un tableau de fièvre avec hémorragie et ictère.

Au total, du 8 août au 23 décembre 2016, 399 cas (suspects, probables et confirmés) de la fièvre de la vallée du Rift dont 33 décès (y compris les décès communautaires) ont été notifiés par huit districts sanitaires (Abalak, Keita, Madaoua, Tilia, Tassara, Tahoua département, Tahoua commune et Tchintabaraden), tous dans la région de Tahoua. La zone concernée est indiquée dans la figure ci-dessous.

Grâce aux efforts conjugués de l'Etat nigérien et des partenaires de la santé, la maladie a pu être jugulée en 5 mois. Un rapport de cette épidémie est disponible au Bureau de la Représentation de l'OMS au Niger. Ci-dessous est présentée la répartition des cas dans les zones touchées.

Figure 25: Distribution des cas de fièvre de la vallée du Rift au Niger en 2016



Source : Rapport d’évaluation de la gestion de l’épidémie de la FVR / DSRE/MSP

Dans le cadre de la réponse à cette épidémie, l’OMS a fourni un appui considérable au MSP en mettant en place au sein de son bureau pays une structure de gestion de l’incidence qui a coordonné la surveillance épidémiologique, le laboratoire, la prise en charge des cas, la communication et la mobilisation sociale, les opérations et la logistique, ainsi que la coordination générale de la lutte.

Ainsi, en matière de **surveillance épidémiologique**, l’OMS a appuyé la réalisation d’une mission d’investigation, déployé sur le terrain une assistance technique internationale spécialisée de neuf (9) épidémiologistes internationaux, un gestionnaire des données, un logisticien et un expert en communication de crise, puis procédé à l’identification et la formation de 377 relais communautaires (voir photo d’une séance de formation ci-dessous) , ainsi qu’à la formation de 34 infirmiers chefs de CSI et 7 infirmiers vétérinaires des districts sanitaires de Tahoua, Keita et Tchintabaraden. L’OMS a également appuyé la réalisation d’une enquête entomologique pour une évaluation de la faune culicidienne et de psychodidés (Phlébotomes) de la zone.



Photo 30: Fièvre de la vallée du Rift : Formation des relais dans la région de Tahoua

Dans le domaine du **laboratoire**, l'OMS à travers « *Global Outbreak Alert and Response Network* » (GOARN) a sollicité le déploiement de l'équipe de l'institut pasteur de Dakar pour le développement des capacités et au total 10 techniciens de laboratoire du CERMES ont été formés aux techniques de diagnostic et à l'interprétation des résultats.

Dans le domaine de la **prise en charge des cas**, l'OMS a fourni deux Kits sanitaires complets d'urgence inter institutions (IEHK) d'une valeur totale de 41 342 USD au MSP. Elle a fourni de l'appui technique pour l'évaluation de la prévention et contrôle de l'infection (PCI) au niveau des sites de prise en charge et les autres structures sanitaires dans les districts à risque et le renforcement des capacités de 44 agents de santé sur le module des précautions universelles et la prévention et contrôle de l'infection dans le contexte de la fièvre de la Vallée du Rift.

En matière de **communication** sur les risques, la mobilisation sociale et l'engagement communautaire, l'OMS a contribué à l'élaboration d'un plan de communication et des outils et supports (affiches, dépliants, aide-mémoire, et guide de formation des relais communautaires, fiche de collecte des données par les relais communautaires formés). Ci-dessous une copie d'un dépliant élaboré avec la contribution de l'OMS.



Manifestations de la Fièvre de la Vallée du Rift (FVR) chez l'homme et conduite à tenir



Elle se manifeste par :



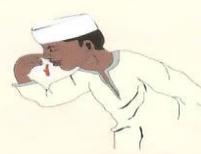
Fièvre et maux de tête



Douleurs articulaires ou musculaires



Vomissements



Saignements du nez et des gencives



Selles avec du sang

Conduite à tenir :

- Si une personne présente un ou plusieurs signes de la FVR, elle doit se rendre immédiatement au centre de santé le plus proche.
- Plus vite le malade arrive au centre de santé, plus il a la chance de guérir.
- Le traitement des symptômes de la FVR existe et est gratuit. Il permet au malade de recouvrir la santé.

Se rendre au centre de santé au plus vite



Organisation mondiale de la Santé



Impression: NIN

Par ailleurs, l'OMS a fourni 500 téléphones avec carte SIM constituant une flotte mise à la disposition des relais communautaires pour leur permettre la transmission des informations à temps. Elle a également appuyé la reproduction de 400 copies du module de formation des relais communautaires et de 50 copies du plan national de riposte. Le Bureau a en outre mobilisé un expert en communication des risques et engagement communautaire de l'OMS pendant trois semaines. Le Bureau pays a diffusé de manière régulière, tous les deux jours, le rapport de situation et les autres bulletins du site web de l'OMS et les réseaux sociaux.

Dans le domaine de la **coordination**, le Bureau a contribué à la réactivation des comités (national, régionaux et départementaux de gestion des épidémies), à la tenue de la Table Ronde en vue de la Coordination des appuis des partenaires et la mobilisation des ressources, au fonctionnement du comité technique de lutte contre l'épidémie de la fièvre de la vallée du rift et a participé aux missions conjointes (ministères santé, élevage, faune et forêts) de supervision des activités de lutte contre la Fièvre de la Vallée du Rift selon « l'approche une seule santé ».

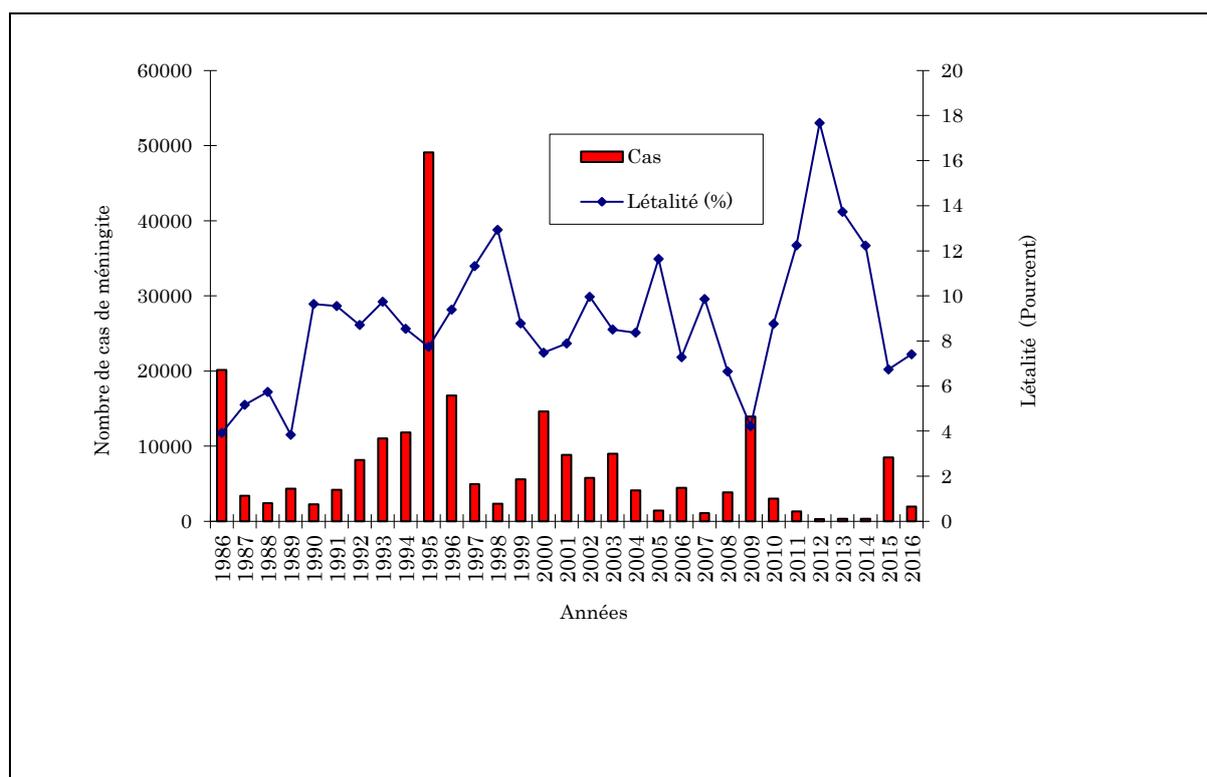
5.2.2. Méningite

A l’instar des autres pays de la "ceinture africaine de la méningite"²⁴, le Niger est régulièrement confronté aux épidémies de méningites à méningocoques

En 2015 et après cinq ans d’accalmie, le Niger a connu une importante épidémie de méningite sans précédent, due au N.m.C, de février à juin. A la date du 30 juin (date de fin de l’épidémie) 2015, le pays a notifié 8.566 cas dont 577 décès (soit une létalité de 6,7%).

En 2016, le Niger a rapporté 1969 cas dont 146 décès (soit une létalité de 7,4). Toutes les 8 régions du pays ont rapporté au moins un cas de méningite avec, par ordre d’importance, Niamey, Tillabéry et Dosso constituant les régions les plus touchées. Ci-dessous l’évolution des cas et décès de méningite de 1986 à 2016.

Figure 26: Evolution de l’incidence de la méningite et des taux de létalité de 1986 à 2016 au Niger



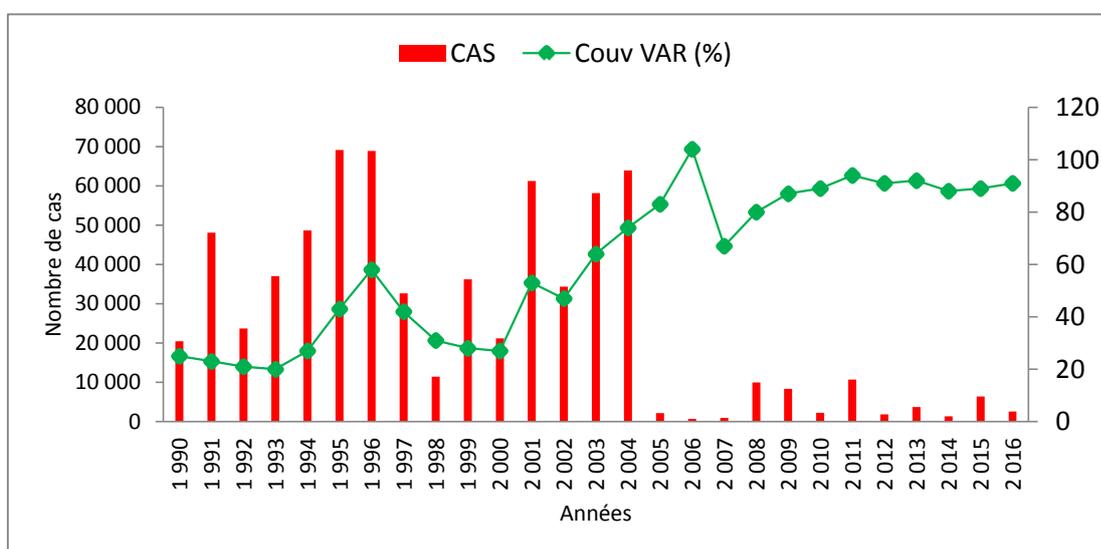
Dans le cadre de la lutte contre la méningite, l’OMS a appuyé le MSP pour l’élaboration d’un micro plan pour la conduite d’une campagne de vaccination contre la méningite, la soumission de la requête au Groupe international pour l’approvisionnement en vaccin anti-méningococcique (ICG) et la coordination de la lutte à travers le comité national de gestion des épidémies.

²⁴ La "ceinture africaine de la méningite" s’étend sur 26 pays, d’Est en Ouest de la mer Rouge à l’Atlantique, de l’Éthiopie au Sénégal.

5.2.3. Rougeole

La rougeole est l’une des épidémies les plus récurrentes au Niger. En 2016, un total cumulé de 2506 cas suspects de rougeole dont 11 décès (létalité 0.4%) a été notifié de la semaine n°1 à la semaine n°53 de 2016. Dans la cadre de la lutte contre la rougeole, l’OMS a fourni des appuis aux équipes cadres des districts dans l’organisation des investigations et la mise en œuvre des actions ciblées (riposte vaccinale, surveillance épidémiologique cas par cas, renforcement du PEV de routine, prise en charge des cas). La situation de la rougeole fait l’objet d’un suivi régulier au Niger depuis l’avènement du SNIS. La tendance séculaire est présentée dans la figure ci-dessous.

Figure 27: Evolution de l’incidence et de la couverture vaccinale de la rougeole au Niger de 1990 à 2016

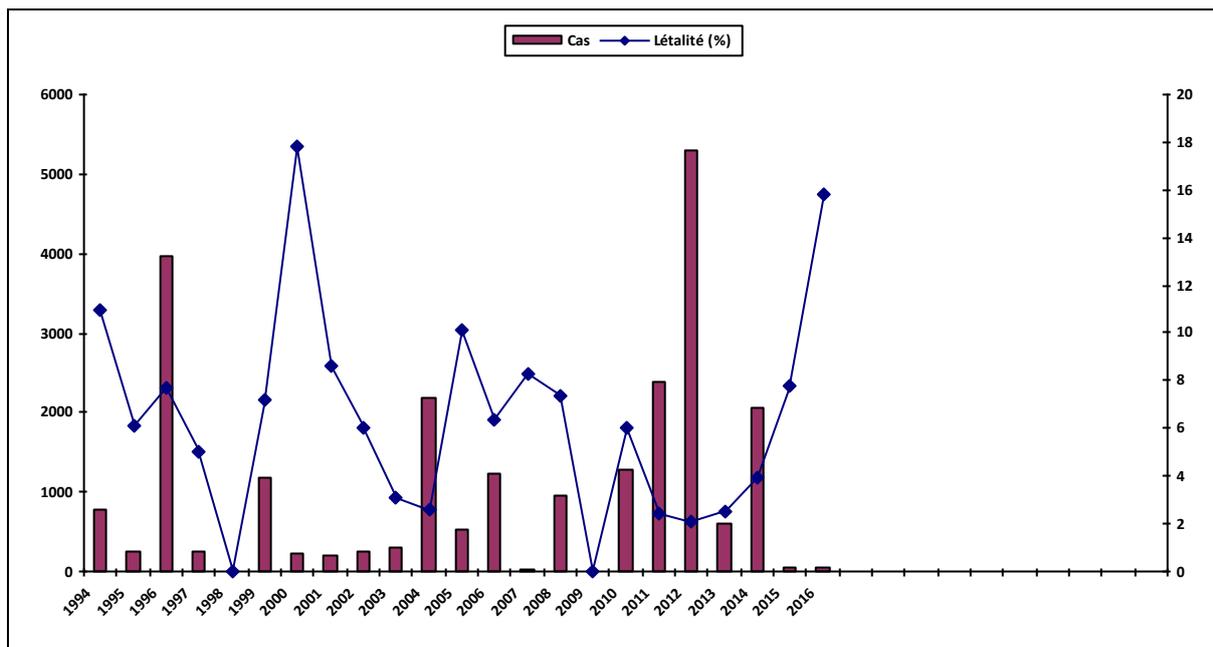


Source : Rapport MDO / DSRE / MSP

5.2.4. Choléra

Le choléra sévit de manière endémique au Niger. A travers les données de la figure 28 on constate que de 1994 à ce jour, seules les années 1998, 2007 et 2009 n’ont pas connu d’épidémies de choléra (Figure ci-dessous).

Figure 28: Notification des cas de choléra au Niger de 1994 à 2016



Source: Rapport MDO / DSRE / MSP

En 2016, le Niger a connu une épidémie de choléra localisée dans l’aire de santé de Bella, district de Dosso, région de Dosso. Un total de 38 cas dont 06 décès (soit un taux de létalité de 15,8%) a été enregistré.

Sur huit (8) prélèvements positifs au test rapide, deux (2) échantillons ont été confirmés positifs par le laboratoire de référence (CERMES) qui a mis en évidence le *Vibrio Cholerae 01 inaba*.

A l’occasion de cette épidémie, une visite du Ministre de la santé publique accompagné et par autorités administratives et sanitaires de la région de Dosso, par le Représentant de l’OMS au Niger et les autres partenaires techniques et financiers dans le secteur de la santé a été organisée dans l’aire de santé de Bella 2, dans le district sanitaire de Dosso, et dans les aires de santé de Sabon Gari et Kwara NDebe dans le DS de Gaya, tous dans la Région de Dosso (ci-dessous photo de la visite à Beyla 2).

A l’occasion de cette visite, l’OMS a fourni deux kits IDDK d’une valeur totale de 10 466 667,65 FCFA au MSP pour répondre efficacement à l’épidémie de choléra dans la région de Dosso ainsi qu’un kit inter agence complet contre les maladies diarrhéiques qui est composé de 92 cartons de produits médicaux destinés à la prise en charge de 700 cas de maladies diarrhéiques.

Enfin, l'OMS a fourni des appuis à l'organisation, la mise en œuvre et l'évaluation de la campagne de vaccination préventive contre le choléra dans la région de Diffa. En effet les couvertures globales atteintes au premier et deuxième passage sont respectivement de 108% et 75%.

Dans le cadre de la coordination de la lutte contre le choléra dans les pays du bassin du lac Tchad, le Bureau pays l'OMS a participé à la réunion de surveillance transfrontalière du choléra des pays du bassin de Lac Tchad tenue à Douala au Cameroun en octobre 2016.



Photo 31: Visite de terrain du Ministre de santé publique et des partenaires à Bella (Région de Dosso) lors d'une épidémie de choléra dans ladite localité en 2016

Sous le leadership du ministère de la Santé et en étroite coordination avec les partenaires, l'OMS continuera de fournir un soutien au Niger dans le but de renforcer la capacité des pays à prévenir, détecter et répondre efficacement aux risques de santé publique en mettant en œuvre la stratégie du nouveau programme de gestion des situations d'urgence de l'OMS.

Le but étant de faire bénéficier le pays des performances obtenues dans la préparation de la réponse aux épidémies basée sur l'expérience de la MVE vers une réponse plutôt holistique adressée à toute urgence de santé publique. Ceci se traduira par la mise en place du Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP), le renforcement des capacités sur la surveillance intégrée des maladies et réponse (SIMR) et le renforcement des capacités dans la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International.

Par ailleurs, les plans de préparation et de réponse à la méningite et au choléra seront mis à jour.

VI. SERVICES INSTITUTIONNELS ET FONCTIONS D'APPUI

Dans ce chapitre, seront fournis les résultats des actions liées aux services institutionnels et fonctions d'appui notamment : le leadership et la gouvernance et partenariat, la communication stratégique puis la gestion et l'administration.

6.1. Leadership, gouvernance et partenariat

Pour une forte visibilité et un leadership fort de l'organisation conformément à la réforme en cours depuis quelques années et en droite ligne avec l'agenda de transformation enclenchée depuis 2015 dans la région de l'OMS pour l'Afrique, certaines priorités ont été identifiées pour 2016-2017. Il s'agit notamment d'un plaidoyer pour un leadership fort de l'OMS en santé, le renforcement en diplomatie de la santé, la contribution à une bonne coordination en matière de santé dans le pays, le dialogue politique pour la santé et l'accompagnement du pays aux différentes rencontres sous régionales, régionales et mondiales. Pour matérialiser toutes ces ambitions le cadre de mise en œuvre, notamment la Stratégie de Coopération avec le Pays se devait d'être actualisée constituant ainsi un résultat clé.

6.1.1 Cadre Stratégique de Coopération avec le pays

Dans le cadre de l'harmonisation avec le cycle de planification stratégique du pays en matière de santé, la SCP II vision 2015 a été prorogée en 2016 suite à la prorogation du Plan de Développement Sanitaire à 2016 par le Ministère de la Santé Publique. Les interventions du bureau en appui au MSP ont été conduites en lien avec les axes stratégiques de la SCP et des domaines d'actions prioritaires qui y sont contenues. Une évaluation de la SCP II a permis d'élaborer la stratégie de troisième génération pour la période 2017-2021 à travers un processus participatif et inclusif avec l'ensemble des parties prenantes y compris le siège et le bureau régional et sous le Co-leadership du ministère de la santé et du bureau. Ce document clé a été adopté lors d'un atelier avec les différents partenaires y compris les différents ministères, la société civile, les ONGs, le secteur privé et la santé militaire (Photo ci-dessous).



Photo 32: Atelier de validation à Niamey de la stratégie de coopération avec le pays (SCP) 2017-2021 par les partenaires

6.1.2 Plaidoyer pour un leadership fort pour la santé

Le rôle de l’OMS en tant qu’agence du Système de Nations Unies (SNU) chargée de la santé publique a été au cours de 2016 comme les années précédentes la clé de voute de la diplomatie offensive du bureau. Pour s’assurer de cette prérogative, les différents ministres une fois en poste ont bénéficié d’un briefing en tête à tête avec le Représentant puis avec le personnel technique. Au moins deux rencontres entre le représentant et le ministre de la santé se tiennent dans le mois en dehors des réunions ad hoc sur les urgences de l’heure. Les nouveaux chefs d’agence, Ambassadeurs, donateurs ont été également visités pour mieux faire connaître l’organisation. Au niveau technique des réunions hebdomadaires voir journalières se tiennent.

Par ailleurs un partenariat a été créé et entretenu avec les autres ministères clés (éducation, promotion de la femme et protection de l’enfance, agriculture, élevage, plan, finances etc…) la société civile, la médecine militaire, le réseau des ONGs afin d’agir sur les déterminants de la santé à travers les actions de ces différentes structures.

Ces actions soutenues par une diplomatie renforcée à travers des formations et la documentation adéquate ont permis de reconnaître le rôle de l’organisation dans les orientations stratégiques matière de santé en témoigne la place protocolaire de l’OMS dans les rencontres des partenaires et la sollicitude de la position de l’OMS par la partie nationale et des partenaires sur les questions liées à la santé.

Au sein du Système des Nations Unies (SNU) l’OMS joue désormais un rôle capital dans les différentes prises de décisions au sein de l’équipe résidente pays, de l’équipe de sécurité et de l’humanitaire. Elle est représentée dans tous les groupes thématiques de l’UNDAF. En outre l’OMS préside et anime le cluster santé, le comité de gestion du dispensaire des NU.

Afin de s’assurer d’une contribution efficace efficient du pays aux différentes rencontres statutaires sous régionales, régionales et mondiales liées à la santé le bureau a mis en place un

mécanisme de documentation, de briefing et de facilitation de la pleine participation des différentes délégations nationales.

6.1.3 Renforcement de la visibilité de l'OMS

Il n'est plus nécessaire de démontrer le fort impact de la visibilité de l'agence à travers une communication stratégique en harmonie avec l'évolution de la technologie en la matière. Différents matériels visant à faire mieux connaître l'organisation et sa contribution au développement sanitaire du pays ont été produits. Ainsi en 2016 plus d'une centaine de publications sur les actions de l'OMS ont été élaborées et disséminés à travers les réseaux sociaux touchant un large public au Niger et à travers le monde. Des bulletins d'information sur les différentes activités du bureau ont été régulièrement édités et diffusés également. Le bureau a participé activement aux travaux des différents groupes thématiques inter-agences dans le cadre de l'approche « One UN » et a produit et disséminé aux partenaires plusieurs supports de communication (calendriers, bloc-notes et dépliants « mieux connaître l'OMS »).

Dans le cadre de la réponse n à l'épidémie de la Vallée du Rift survenue dans la région de Tahoua, des outils de communication ont été développés en collaboration avec les différents partenaires notamment des dépliants, des affiches, un guide de formation des relais communautaires et un guide de messages pour les médias communautaires.

Par ailleurs des rencontres stratégiques ont été organisées tant avec les autorités nationales, qu'avec les agences des Nations Unies, les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé afin de réitérer l'engagement et la disponibilité de l'OMS à accompagner le pays dans ses efforts de développement sanitaire soutenu. Le bureau pays a participé de façon efficace et efficiente aux différentes rencontres de la plateforme des partenaires techniques et financiers du compact et d'autres cadre de coordination et de concertation tels que le Comité de Coordination Inter Agences (CCIA), le Comité inter Ministériel de prévention et de gestion des catastrophes, et urgences, le Comité Etat-Partenaires dans le cadre de la mise en œuvre du PDES , le Comité technique sur la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), le Cluster Santé humanitaire etc. L'OMS a aussi accompagné les missions de supervision effectuées par le Ministre de la Santé Publique sur le terrain, notamment dans les régions de Maradi, d'Agadez, de Tahoua, de Zinder et de Tillabéri.

Le Bureau dispose d'un centre de documentation ouvert au public qui compte environ 3000 volumes, des ordinateurs connectés à l'internet à partir desquels les visiteurs peuvent accéder au site WEB de l'OMS, les sites spécialisés en santé (The Lancet, Pubmed, medlineplus, merckmanuals etc.) et à la base de données du Centre d'information multimédia de l'OMS (CIOMS).

En 2016 le centre a accueilli plus de 1359 visiteurs, soit une moyenne de 113 utilisateurs par mois (qui sont pour la plupart des élèves et étudiants des écoles de santé).

La présence de l'OMS dans toutes les plateformes de dialogue politique et groupes techniques ont permis de s'assurer que les orientations et stratégies en matière de santé sont prises en compte dans les délibérations.

Pour l'année suivante l'OMS prendra une part active dans l'évaluation et le développement de nouveaux documents stratégiques nationaux. Elle continuera de jouer son rôle de conseiller du ministère de la santé en veillant à ce que les orientations stratégiques mondiales et régionales en matière de santé soient prises en compte dans les politiques, stratégies et plans nationaux. Elle contribuera au renforcement du système de suivi et évaluation, du système d'information sanitaire à travers le renforcement des capacités dans les domaines de prédilection.

Les performances du bureau seront améliorées à travers la mise en œuvre effective des orientations de l'Agenda de transformation de l'OMS de la Région africaine de l'OMS. L'OMS renforcera sa présence au sein de l'équipe résidente pays du SNU tout en préservant son avantage comparatif. La communication pour une meilleure visibilité de l'organisation sera renforcée. L'OMS œuvrera pour un partenariat réel et efficace avec les médias publics et privés. Elle contribuera notamment à la mise en place d'un partenariat efficace avec le réseau des journalistes pour la santé et le renforcement de leurs capacités.

6.2. Gestion et Administration

Le support administratif est un élément important dans la mise en œuvre du programme de coopération avec le pays. Le service administratif du bureau a fourni l'appui nécessaire requis avec le support de l'Equipe interpays, le Bureau régional et le Siège.

Sur le plan administratif, l'année 2016 a été caractérisée par la continuité dans la mise en œuvre du Country Support Unit (CSU) et du déménagement dans le nouveau bureau de la Représentation afin de renforcer sa capacité sécuritaire et opérationnelle.

Le plan de travail 2016-2017 qui est en cours d'exécution se déroule normalement. La revue à mi-parcours dudit plan a été faite selon les orientations globales et régionales du point de vue de sa structure et de son budget. Il est à un niveau d'exécution de près de 74% au 31 décembre 2016

Le bureau pays compte sept (07) plans de travail. Ils sont axés sur quatre grands domaines d'activités et couvrent toutes les six (6) catégories du Budget Programme de l'OMS. Les sept plans de travail sont :

- Présence de l'OMS dans le pays
- Appui aux programmes
- Politiques et Systèmes de santé
- Eradication de la Polio

- Urgences sanitaires
- Fièvre de la vallée de Rift
- Salaires

Au titre des réalisations pour l'année 2016, on note le respect des procédures d'utilisation des fonds alloués dans toutes les catégories des plans de travail, le suivi régulier de la mise en œuvre directe des activités et la prise en compte des indicateurs de mesure de performance dans la gestion administrative.

Des efforts seront faits en 2017 dans la gestion et la justification des fonds affectés au MSP (DFC) et dans la mise en œuvre directe des activités par le bureau pays (DI).

6.2.1 Ressources financières

Le budget total planifié pour le biennium 2016-2017 s'élève à 18 384 509 \$ qui est légèrement au-dessus de celui de 2014-2015 (17 610 807 \$).

Ces fonds proviennent d'une cinquantaine de sources de financement pour l'ensemble des activités. Le tableau suivant donne le résumé de la situation financière par domaine d'activité. Le niveau de mise en œuvre du budget reste satisfaisant pour l'ensemble avec des variations allant de 54,7% à 92,8%.

Tableau 12: Allocations budgétaires (USD) et taux de réalisation selon les plans de travail en 2016

Plan de travail	Planifiés	Gap	Budgétisés	Dépenses	Nombre de source de financement	% de mise en œuvre
Programme Support	2,087,000	428,910	1,658,090	961,919	15	65.2
Polio	8,090,719	0	8,090,719	7,218,641	13	92.8
Policies & Systems	702,500	-54,291	756,791	454,829	5	87.7
Country Presence	650,250	282,250	368,000	143,850	1	54.7
Urgences sanitaires	1,042,500	89	1,042,411	574,746	5	64
Fièvre de la Vallée de Rift	155,000	60,000	95,000	77,583	1	92.5
Salaires	5,656,540	944,465	4,712,075	2,668,843	10	56.7
Total	18,384,509	1,661,423	16,723,086	12,100,411	50	73.4

6.2.2 Ressources humaines

En 2016, l’effectif du personnel du bureau de l’OMS au Niger était de quarante-deux (42) membres (voir ci-dessous le trombinoscope) répartis comme suit : sept (07) internationaux professionnels, seize (16) administrateurs nationaux, dix-neuf (19) membres du personnel d’appui et un (01) consultant chargé des ressources humaines pour la Santé depuis avril 2016 avec un contrat SSA renouvelable. Le bureau a aussi bénéficié de l’appui de plusieurs Stop team, consultants internationaux et nationaux pour les différents programmes en particulier le programme Polio et le projet RAcE.

Il faut aussi noter le renforcement de l’équipe du bureau en 2016 par le recrutement de deux Internationaux dans le domaine des Urgences (01 chargé de la préparation et de la réponse aux urgences sanitaires et 01 Logisticien).

En matière de Ressources humaines, en 2017 il est prévu le recrutement pour certaines positions vacantes selon la disponibilité budgétaire et l’adéquation avec la restructuration en cours.

TROMBINOSCOPE STAFF OMS NIGER - MARS 2017 - CLASSEMENT PAR CLUSTER

Dr Assimawè PANA <i>WR</i>	Dr Mariama BAISSA <i>HIV</i>	Dr Kanembé SAMA <i>HEO</i>	Dr Bienvenu BARUANU NGOY <i>HSE</i>	Dr Fatimata ABOUBAKAR <i>RACE</i>	Mme Ramatou OUSMANE <i>SEC</i>	Dr Gagara MAGAGI <i>MPN</i>	Dr Balkissa ADAMOU <i>FHP</i>	Mr Moussa BIZO <i>HEC</i>	Mme Maimouna INSA <i>SEC</i>	Dr Abdoulaye YAM <i>IVD/FP</i>	Dr Aichatou GBAGUIDI <i>PEV</i>	Dr Ricardo OBAMA <i>SURV</i>
GPN : 32 401 Cel : 92 19 48 01	GPN : 32 434 Cel : 92 19 48 20	GPN : 32 427 Cel : 80 06 58 19	GPN : 32 413 Cel : 92 18 71 42	GPN : 32 412 Cel : 92 19 48 37	GPN : 32 409 Cel : 92 19 48 09	GPN : 32 410 Cel : 92 19 48 10	GPN : 32 431 Cel : 92 19 48 31	GPN : 32 419 Cel : 92 19 48 19	GPN : 32 407 Cel : 92 19 48 07	GPN : 32 414 Cel : 92 19 48 25	GPN : 32 429 Cel : 92 19 48 41	GPN : 32 425 Cel : 92 19 48 40
panaa@who.int	mariamabaissaa@who.int	samak@who.int	baruaniungoyb@who.int	aboubakar@who.int	ousmanera@who.int	gagaram@who.int	adamoumounounib@who.int	bizom@who.int	insam@who.int	yamab@who.int	diawaraa@who.int	obamanser@who.int

CLUSTER 1 : LUTTE CONTRE LA MALADIE, EPIDEMIES ET URGENCES

CLUSTER 2 : SYSTÈME DE SANTE ET PROMOTION DE LA SANTE

CLUSTER 3 : POLIO ET PEV

Mr Haladou MOUSSA <i>DATA MANAGER</i>	Mr Hakim MOKHTAR <i>CAM</i>	Mme Aichatou HIMA YAYE <i>SEC</i>	Dr Issoufou ABOUBACAR <i>SURV/TLLABERI</i>	Dr Lawali RABIOU <i>SURV/DOSSO</i>	Dr Maazou AHMED ABANI <i>SURV/TAHOUA</i>	Dr Gervais GAHONGANO <i>IVD/Maradi</i>	Dr Abdoul-Azize KAINE <i>SURV/ZINDER</i>	Dr Ali Bagalé CHETIMA KRILAMA <i>SURV/AGADEV</i>	Dr Aboubacar ABDOU BATOURE <i>SURV/DIFFA</i>	Mme Fanna KANE <i>Op. Off</i>	Mr Issa BAKOUIN <i>LOG</i>	Mr Boukary HAROUNA <i>A/FIN/BUD</i>	Mr Bachir CHAIBOU <i>ICT</i>
GPN : 32 461 Cel : 92 19 48 42	GPN : 32 462 Cel : 92 19 95 45	GPN : 32 408 Cel : 92 19 48 33	GPN : 32 418 Cel : 92 18 51 19	GPN : 32 418 Cel : 92 18 71 43	GPN : 32 418 Cel : 92 18 81 20	GPN : 32 418 Cel : 92 19 48 32	GPN : 32 418 Cel : 92 18 71 39	GPN : 32 418 Cel : 92 18 83 14	GPN : 32 418 Cel : 92 18 63 72	GPN : 32 428 Cel : 92 19 48 39	GPN : 32 470 Cel : 92 18 61 64	GPN : 32 415 Cel : 92 19 48 28	GPN : 32 404 Cel : 92 19 48 04
haladoudm@who.int	mokhtarmohameda@who.int	himayayea@who.int	issoufoua@who.int	lawalim@who.int	ahmedabanim@who.int	gahonganog@who.int	kainea@who.int	chetimakilamaa@who.int	abdoubatourea@who.int	kaneff@who.int	bakouani@who.int	harounab@who.int	chaiboub@who.int

CLUSTER 3 : POLIO ET PEV

CLUSTER 4 : ADMINISTRATION

Mme Fatchimata DJIBRILLA	Mr Nouhou ADAMO	Mr Alassane SALISSOU	Mme Maimouna KANGUEYE	Mr Moussa TINNI	Mr Abdou HALIDOU	Mr Hamidou BILLA	Mr Ali MANDE	Mr Oumarou HAMADOU	Mr Issaka TINNI	Mr Aboulaye MAGAZO	Mr Ibrahim DOKA	Mr Idrissa TAHIROU	Mr Alhadji ABOUBACAR
GPN : 32 403 Cel : 92 19 48 03	GPN : 32 422 Cel : 92 19 48 22	GPN : 32 416 Cel : 92 19 48 30	GPN : 32 400 Cel : 92 19 48 00	GPN : 32 418 Cel : 92 19 48 10	GPN : 32 418 Cel : 92 19 48 11	GPN : 32 418 Cel : 92 19 48 13	GPN : 32 418 Cel : 92 19 48 14	GPN : 32 418 Cel : 92 19 48 18	GPN : 32 418 Cel : 92 19 48 15	GPN : 32 418 Cel : 92 19 48 12	GPN : 32 418 Cel : 92 19 48 16	GPN : 32 418 Cel : 92 18 61 65	GPN : 32 418 Cel : 92 18 61 66
souleyadamouf@who.int	adamouno@who.int	mahamansalisoua@who.int	kanguyem@who.int	tinnim@who.int	halidoua@who.int	billatissologoh@who.int	mandeal@who.int	hamadou@who.int	issakam@who.int	magazoa@who.int	dokai@who.int	tahiroui@who.int	aaboubacar@who.int

6.2.3 Logistique

Il s’agit des aspects relatifs au parc automobile, aux bâtiments, aux inventaires et aux achats.

6.2.3.1 Parc automobile

Le bureau dispose de quatorze (14) véhicules dont sept (7) à la disposition du personnel sur le terrain.

Le parc a été entièrement renouvelé et se compose de :

- Sept (7) véhicules Toyota Land cruiser Hard-top affectés dans les 7 régions pour les activités des sous bureaux régionaux de l’OMS
- Cinq (5) véhicules Toyota V8 GX, un (1) véhicule pick up mono-cabine pour les activités du bureau de Niamey
- Un (1) véhicule Toyota Camry, véhicule officiel du Représentant
- Une (1) moto DT125 affectée au chauffeur du Représentant

La maintenance des véhicules est assurée par deux garages avec lesquels le bureau a signé des accords.

Par ailleurs, le bureau dispose de dix (10) anciens véhicules dont le processus de mise en réforme est en cours. A la fin du processus ces véhicules feront l’objet de don à des structures du MSP où le besoin est avéré en vue d’améliorer leurs conditions de travail.



Photo 33: Une vue d’une partie du parc automobile au Bureau de l’OMS à Niamey

6.2.3.2 Gestion du bâtiment

Le bureau de l'OMS Niger a déménagé dans de nouveaux locaux en Juin 2016, au quartier Plateau sur le Boulevard du Roi Mohamed VI. Ces locaux ont été réhabilités avant l'installation des membres de staff. Il faut noter que la réhabilitation n'est pas encore achevée en décembre 2016.

Ce déménagement a été instruit suite aux recommandations issues de l'évaluation de la norme standard en matière de sécurité dans l'ancien bâtiment. Le local abritant actuellement le bureau est un bâtiment de standing R+1.

Au rez-de-chaussée on dénombre six (6) bureaux, une salle de lecture, une (1) salle de conférence, un (1) magasin et trois (3) toilettes.

Au premier niveau on compte dix (10) bureaux et cinq (5) toilettes. Il existe aussi une guérite, une maison pour les agents de sécurité et des toilettes extérieures en voie d'achèvement.

Des plots de sécurité au nombre de 32 sur une cinquantaine prévus ont été placés à la devanture du bâtiment pour un meilleur contrôle d'accès. Ces plots seront renforcés par la pose de deux barrières métalliques manuelles. Il est aussi prévu la construction d'un escalier métallique qui communiquera avec l'issue de secours du R+1.

Deux groupes électrogènes de 110 KVA permettent d'alimenter le bâtiment en cas de coupures d'électricité.

L'entretien du bâtiment est assuré par des prestataires contractuels dans les domaines de l'hygiène et de la salubrité des locaux, de la maintenance en électricité et froid bâtiment et des générateurs.

6.2.3.3 Inventaire

En 2016 la gestion des actifs de l'organisation a été revue. Dorénavant les inventaires dont le prix unitaire est égal ou supérieur à 500 USD sont directement enregistrés dans le *global system management* (GSM). L'inventaire des biens du bureau se fait à travers ce nouveau système.

Le bureau dispose d'un entrepôt de 700m² sis à la zone industrielle. Dans cet entrepôt sont conservés les médicaments, consommables médicaux, et matériel et équipement techniques.

6.2.3.4 Achats

Le bureau dispose d'une base de données de fournisseurs locaux à qui il fait appel pour l'acquisition des biens et services.

Les achats des services et des biens ont été effectués au cours de l'année pour répondre aux besoins exprimés dans le cadre de la mise en œuvre des activités du bureau ou pour les appuis au MSP ou autres partenaires. Les achats des biens sont réalisés soit par commande catalogue soit sur le marché local. L'acquisition

des services et des biens se fait selon les procédures requises notamment à travers un comité d'achat local.

Il existe des accords à longue durée signés avec des prestataires pour l'achat de certains services et biens. Ce sont entre autre les fournitures de bureau, la maintenance du parc auto, le matériel informatique, l'électricité et le froid, ainsi que la location des véhicules.

6.2.4 Information, Communication et Technologies

L'infrastructure IT du bureau a connu de grands changements en 2016, à l'occasion du déménagement dans un nouvel immeuble. Il s'est agi surtout de mettre à niveau le volet équipement, installation et connexion. Les principales réalisations en 2016 sont :

Equipement

- Achat de 30 PC de bureau pour le staff équipé d'écran large TFT 24"
- Dotation de 15 lap tops pour les chefs de programme
- Achat de 5 Thurayas XT-Lite pour une exploitation dans les zones hors couverture cellulaire
- Acquisition de 2 imprimantes couleurs réseaux

Installation

- Câblage réseau RJ45 Cat 6
- Câblage en prises ondulées triphasées
- Installation de :
 - un réseau WIFI Cisco avec contrôleur
 - un système de vidéosurveillance avec caméra numérique IP
 - un système d'incendie avec contrôleur par zones
 - un système d'accès sécurisé des espaces du Bâtiment

Connexion

- Installation d'une fibre optique de backup de 1 Mb/sec
- Mise à niveau de la ligne VSAT à 1 Mb/sec

L'acquisition de ce matériel et la mise à niveau de l'infrastructure IT a contribué à mettre le staff dans de conditions de travail acceptables et confortables répondant à la stratégie d'Afro en matière des équipements IT.

En perspectives, il est envisagé les actions suivantes :

- ✓ Equipement des chefs de programme en IPAD
- ✓ Mise à niveau des équipements de la salle de réunion (Vidéoconférence Cisco, Téléviseur HD servant d'écran de projection)
- ✓ Dans le cadre du contrat commun des Nations Unies pour un abonnement unique Internet, la bande passante de la fibre optique passera de 1 à 4 Mb/sec
- ✓ La liaison VSAT du Bureau passera à 1 Mb/sec
- ✓ Dotation de 2 valises Bgan pour les connexions Internet d'urgence dans de zones non couvertes

- ✓ Installation des points d’accès Internet aux domiciles des Staff points focaux Urgence et Sécurité dans le cadre du BCP
- ✓ Dotation du personnel en crédits Data et Voix

VII. DEFIS ET LEÇONS APPRISES

7.1 Défis majeurs

Au terme de la mise en œuvre du plan d'action 2016 du bureau de l'OMS au Niger, les principaux défis restent :

- Le renforcement de la gouvernance du système de santé, en particulier la gestion des ressources humaines, la prise en compte des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé ;
- L'amélioration de la qualité du diagnostic et de la prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles ;
- La préparation et la réponse aux urgences sanitaires ;
- La mise en œuvre des capacités requises du pays pour l'application du RSI (2005) ;
- Le Renforcement de la résilience et de la performance du système national de santé

7.2 Leçons apprises

Les actions concertées des partenaires a permis d'améliorer la préparation et la réponse du Niger aux urgences sanitaires et crises humanitaires survenues au cours de l'année 2016, notamment dans la gestion de la fièvre de la vallée du Rift et la réponse à la situation d'urgence dans la région de Diffa.

VIII. DOCUMENTS DE REFERENCE

1. Institut National de la Statistique (INS) : Comptes rapides 2015
2. Annuaire statistique 2015 du Ministère de la Santé Publique
3. Enquête Démographique et de Santé à indicateurs multiples au Niger- MICS 2012
4. Rapport de surveillance de seconde génération 2016, auteur ?
5. Rapport GARP 2016, OMS ?
6. Profil pays OMS 2016
7. Rapport mondial OMS, 2016
8. Rapport d'activités 2016 ? de la Direction des Immunisations / MSP
9. Rapport d'activités 2016 des sites sentinelles / MSP
10. Rapports d'activités 2012 à 2016 de la Direction des Immunisations /MSP
11. Enquête SMART 2016
12. Rapport national sur les progrès vers l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement 1990-2015, Institut National de la Statistique, Octobre 2015
13. Evaluation des SONU2015
14. Rapport National d'Evaluation des OMD 2015, INS
15. Rapports d'activités 2016 / Maladies à déclaration obligatoire / DSRE/MSP
16. Enquête « ECVMA »2014, INS
17. Plan stratégique SNIS Niger 2013-2022
18. OMS/AFRO : Financement de la santé : une stratégie pour la Région africaine
19. Rapport des Comptes Nationaux de la Santé 2015 / MSP
20. Rapport du secrétariat du conseil exécutif de l'OMS sur la réforme des urgences
21. Contrôle des épidémies de méningite en Afrique, Guide de référence rapide à l'intention des autorités sanitaires et des soignants, révisé en 2015.
22. Annual report 2007, World Health Organization : Country office – Zambia
23. Rapport annuel 2014, Bureau de la Représentation de l'OMS au Niger
24. Rapport biennal d'activités 2014-2015, Bureau de la Représentation de l'OMS en République Centrafricaine
25. Annual report 2015, World Health Organization, Zambia
26. Biennal report 2014/2015, World Health Organization, Namibia
27. L'action de l'OMS au Cameroun, Rapport annuel 2015
28. Rapport annuel, FSP MUSKOKA Année 4
29. The work of WHO in South Sudan in 2016
30. Activités de l'OMS dans la Région Africaine 2015-2016, Rapport de la Directrice Régionale
31. L'Action de l'Organisation Mondiale de la Santé au Mali, Rapport annuel 2016
32. Rapport annuel 2016, Bureau OMS Madagascar
33. Rapport annuel 2016, Bureau OMS Mali



Photo 34: Visite de terrain de M. le Représentant du Bureau de l'OMS au Niger (2^{ème} à partir de la droite) accompagné de Mr le Secrétaire Général du MSP (1^{er} à partir de la droite) à Maradi, rencontre avec la Communauté



Photo 35: Sketch de sensibilisation, lors de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le paludisme



Photo 36 : Consultation d'un patient suspect de la fièvre de la vallée du Rift par un médecin de l'OMS à Tassara / District sanitaire de Tchintabaraden / Région de Tahoua

