



**Stratégie de coopération de l'OMS avec le
Niger - 2009-2015**

RAPPORT D'ÉVALUATION FINALE

Octobre 2015

TABLE DES MATIERES

Sigles, Acronymes et Abréviations	3
Résumé d'orientation	6
I. Introduction.....	11
1.1 Contexte et justification	11
1.2 Rappel des défis de santé et développement du pays	12
1.3 Rappel des engagements de l'OMS à travers la SCP II :.....	12
II. Objectifs de l'évaluation	12
III. Méthodologie	13
IV. Résultats de l'évaluation:	14
4.1 Identification des faiblesses du processus de formulation de la SCP 2009-2015.....	14
4.2 Cohérence entre la SCP II et les documents nationaux de planification (PDS et UNDAF).....	15
4.3 Pertinence des objectifs et actions retenues au regard des orientations globales et.....	18
Régionales de l'OMS (PSMT).....	18
4.4 Analyse de l'utilisation de la SCP dans la planification, l'allocation des ressources, le plaidoyer et la mobilisation des ressources :	20
4.4.1.....	20
4.4.3 Le plaidoyer et la mobilisation des ressources	24
4.5 Perceptions des partenaires sur le rôle et la contribution de l'OMS aux efforts.....	26
nationaux de santé:.....	26
4.5.1 Concernant le rôle de l'OMS	26
V. Bilan de la mise en œuvre des objectifs de l'agenda stratégique	31
5.2 Contribution de l'OMS aux efforts de santé du pays.....	33
Les réalisations les plus significatives de l'OMS ont concerné les volets suivants:	52
Missions d'appuis techniques reçus des Equipes Inter-pays, d'AFRO et de HQ.....	57
VI. Problèmes, goulots d'étranglement et leçons apprises dans la mise en œuvre de la SCP 2009-2015.....	61
6.3 Leçons tirées de l'évaluation de la mise en œuvre de la SCP II:	62
VII. Recommandations de l'évaluation.....	63
Recommandations pour une mise en œuvre plus efficace du programme de l'OMS.....	63
7.1 Recommandations sur les priorités pour la future stratégie de coopération :.....	64
VIII. Conclusion :.....	67
IX. ANNEXES	68
Annexe 1 : Liste des membres de l'équipe d'évaluation	68
Annexe 2: Liste des partenaires rencontrés	69
X. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	70

Sigles, Acronymes et Abréviations

AECID	Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement
AC	Accessed Contributions – (Budget Régulier)
ACD	Atteindre Chaque District
AFD	Agence Française de Développement
AFRO	Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique
AQ	Assurance qualité
ARVs	Anti rétroviraux
AS	Axe Stratégique
AVAS	Autopsie Verbale / Autopsie Sociale
AVS	Activités de Vaccination Supplémentaires
BM	Banque Mondiale
CAJ	Centre Ami des Jeunes
CCJ	Centres de Conseils et de prestations en SR pour Jeunes
CERF	Central Emergency Response Fund (Fonds Central d’Intervention d’Urgence des Nations Unies)
CDT	Centre de dépistage et de traitement
CDC	Center for Diseases Control (Atlanta – USA)
CHR	Centre hospitalier régional
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CNS	Comptes nationaux de la santé
COGE	Comité de gestion
COSA	Comité de santé
CPN	Consultation prénatale
CRENI	Centre de Récupération Nutritionnelle Intensive
CRS	Catholic Relief Services
CSI	Centre de santé intégrée
CSN	Cadre Stratégique National
DQA	Qualité des données
DS	District Sanitaire
ECD	Equipe Cadre de District
EDSN	Enquête démographique et de santé au Niger
EIP	Equipe Inter Pays
ENSP	Ecole nationale de Santé Publique
FM	Fonds Mondial
GAVI	Global Alliance for Vaccine and Immunization
GDF	Global Fund Facility
HN	Hôpital National
HQ	Siège de l’OMS à Genève (Head Quarter)
HKI	Hellen Keller International
IEC	Information, Education et Communication
INS	Institut national de la statistique
IRA	Infection respiratoire aigue
ISF	Indice synthétique de fécondité
ISP	Institut de Santé Publique
IST	Infection sexuellement transmissible

JLV	Journées Locales de Vaccination
JNV	Journées Nationales de Vaccination
LANSPEX	Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MICS	Multi Indicators Cluster Survey
MILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MNT	Maladies Non Transmissibles
MSP	Ministère de la Santé Publique
MTN	Maladies Tropicales Négligées
ODD	Objectifs de Développement Durable
OCHA	Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (Bureau de la Coordination des Affaires Humanitaires des Nations Unies)
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non Gouvernementale
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
OS	Objectif Stratégique
OSC	Organisation de la Société Civile
NPO	National Professional Officer
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PFA	Paralysie Flaque aigue
PDES	Plan de Développement Economique et Social
PDRH	Plan de Développement des Ressources Humaines
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PEV	Programme Elargi des Vaccinations
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNS	Politique Nationale de Santé
PRUS	Préparation et Réponse aux Urgences Sanitaires
PSMT	Plan Stratégique à Moyen Terme de l'OMS
PPAC	Plan Pluri Annuel Complet
PTFs	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère - Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RBM	Roll Back Malaria
RH	Ressources Humaines
RHS	Ressources Humaines pour la Santé
ROASSN	Regroupement des ONG et Associations du secteur de la Santé Niger
RSI	Règlement Sanitaire International
RSS	Renforcement du Système de Santé
SCP	Stratégie de coopération avec les pays
SDMR	Surveillance des Décès Maternels et Riposte
SDRP	Stratégie de Développement Accéléré et de la Réduction de la Pauvreté
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMIR	Surveillance Intégrée des Maladies et Réponse
SNIS	Système National d'Information Sanitaire

SNU	Système des Nations Unies
SO	Strategic Objective
SONNE	Soins Obstétricaux, Néo-Nataux Essentiels
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SR	Santé de la Reproduction
SSP	Soins de Santé Primaires
SSRAJ	Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes
STEPS	Approche intégrée de surveillance / prévention / prise en charge des MNT
TBMR	Tuberculose Multi Résistante
TMN	Tétanos Maternel et Néonatal
UE	Union européenne
UEMOA	Union, Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNDAF	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNIFEM	Organisation des Nations Unies pour la Femme
USD	Dollar des Etats Unis
VC	Voluntary Contribution (Fonds Extrabudgétaire)
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

Résumé d'orientation

Quel est le sens et la portée de cet exercice d'évaluation ?

En approuvant une nouvelle stratégie institutionnelle pour l'OMS en 1999, le Conseil Exécutif cherchait à répondre à deux préoccupations essentielles:

- Donner à l'Organisation les moyens de mieux jouer son rôle de leader en matière de santé, dans un environnement mondial en pleine évolution;
- Rendre l'OMS plus efficace dans ses appuis aux pays, à travers des réponses adaptées aux besoins de chaque pays.

Les stratégies de coopération de l'OMS avec les pays seront le principal instrument de ces réformes au niveau des pays. L'instauration des changements attendus au niveau de chaque pays dépendra de plusieurs facteurs, notamment:

- la qualité du processus d'élaboration de la stratégie, processus qui devait être participatif et inclusif
- la pertinence des objectifs retenus dans l'agenda stratégique au regard des priorités du pays et de celles de l'OMS
- la capacité de l'OMS à mettre en œuvre l'agenda stratégique retenu, ce qui suppose : un agenda adapté aux besoins du pays tout en restant réaliste, une utilisation efficace de la stratégie dans la planification, l'allocation des ressources, le plaidoyer et la mobilisation de ressources, la construction de partenariats et le renforcement de la présence de l'OMS dans le pays.

Que retenir de cette évaluation de la mise en œuvre de la SCP Niger 2009-2015 ?

Conduite du processus :

L'exercice d'évaluation a été conduit en deux étapes, en Août 2013 (pour la revue à mi-parcours et l'extension de la stratégie) et en septembre 2015 (pour l'évaluation finale) par une équipe conjointe OMS/Ministère de la santé soutenu par un consultant, sur la base du guide d'évaluation de Juillet 2013 fourni par AFRO.

Objectif de l'évaluation

L'objectif général de l'évaluation est de mesurer les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs de la stratégie de coopération de l'OMS pour la période 2009-2015. L'évaluation doit fournir également des informations utiles pour la formulation du prochain document de stratégie de coopération.

Principaux résultats :

Les principaux résultats de l'évaluation peuvent être résumés comme suit :

- Le processus d'élaboration de la stratégie de coopération a été participatif et inclusif. Quelques faiblesses ont été cependant notées en termes de niveaux de participation des cadres

du Ministère de la Santé et à un degré moindre de ceux de l'OMS, et en termes d'alignement insuffisant sur les documents nationaux;

- Les objectifs retenus dans la stratégie sont pertinents car en accord avec les besoins prioritaires du pays. L'évaluation a cependant déploré le caractère très ambitieux de l'agenda qui n'était finalement pas en rapport avec les capacités réelles de l'Organisation ;
- L'utilisation effective de la stratégie de coopération lors des exercices de planification, avec cependant des fortes recommandations pour améliorer l'utilisation de l'instrument dans l'allocation des ressources, le plaidoyer et la mobilisation des ressources ;
- En matière de partenariat, l'expertise de l'OMS est reconnue par tous les partenaires rencontrés ; mais de fortes attentes existent pour voir l'OMS jouer un rôle plus visible dans la gestion du partenariat et élargir ses relations au-delà du Ministère de la santé, avec les autres institutions et la société civile ;
- Les capacités du bureau de pays en termes de ressources humaines et financières n'étaient pas toujours à la mesure de l'appui attendu malgré un bon niveau de soutien reçu des autres niveaux de l'Organisation ;
- Dans le contexte d'un budget composé de fonds réguliers limités et de fonds volontaires incertains, l'allocation des ressources en fonction des priorités semble difficile et parfois même inadéquate par rapport aux objectifs à atteindre.
- Les informations financières disponibles ne permettent pas de faire une analyse claire sur les montants des fonds alloués, des fonds effectivement mobilisés et finalement des fonds utilisés au bénéfice du pays. Ces informations auraient pu permettre non seulement de connaître le montant total de fonds engagés dans la mise en œuvre de la stratégie actuelle, mais aurait été aussi utiles pour l'élaboration d'un budget indicatif pour la prochaine stratégie de coopération.
- En dépit d'un environnement socio-économique difficile, l'on a observé une évolution positive de la situation sanitaire dans certains domaines clés pendant la période de la stratégie: amélioration de certains indicateurs socio-sanitaires, notamment ceux relatifs à la santé de la mère et de l'enfant, renforcement du système de santé et de l'approche soins de santé primaires, amélioration dans certains aspects de la gouvernance du système de santé, renforcement du partenariat et de la mobilisation de ressources pour la santé ;
- L'OMS a apporté une contribution significative dans cette évolution à travers notamment ses efforts dans les domaines particuliers de la lutte contre la maladie et de la gestion des urgences, de la santé de la mère et de l'enfant, du renforcement du système de santé et à un degré moindre de la promotion d'un environnement favorable à la santé ;
- L'exercice a fait ressortir une très bonne collaboration entre les trois niveaux de l'Organisation (Bureau de pays, Bureau régional et ses antennes inter-pays et Siège) dans l'appui au pays ;

- L'évaluation a montré cependant que d'importantes lacunes subsistent tant au plan de la gestion du processus de la SCP qu'à celui de la gestion de la coopération technique de l'OMS avec le pays. Ces lacunes devront être comblées pour une mise en œuvre plus efficace de la stratégie de coopération de l'OMS.

Quelles sont les principales leçons tirées de l'évaluation?

Au plan des principaux enseignements tirés des résultats de l'évaluation, on doit noter :

- La nécessité pour l'OMS d'élaborer un programme de travail réaliste, en rapport avec ses capacités humaines et financières ;
- La nécessité pour l'OMS de jouer un rôle plus visible dans le partenariat pour la santé et d'élargir et de renforcer sa collaboration à d'autres acteurs de la santé, notamment les autres départements ministériels, la société civile, le secteur privé ;
- L'impérieuse nécessité pour le secteur de la santé de mieux tirer profit du fort engagement déclaré par les pouvoirs publics et les partenaires ainsi que des opportunités offertes par les partenariats mondiaux, notamment le Fonds Mondial, GAVI, l'Union Européenne.

Quelles sont les principales recommandations de l'évaluation ?

Les principales recommandations de l'évaluation ont trait à :

a. Au plan de la gestion du processus de la SCP :

- Sensibiliser davantage le staff du bureau et les hauts cadres du MSP sur l'importance de la SCP dans la politique actuelle de l'OMS;
- Impliquer plus étroitement les hauts responsables du Ministère de la Santé dans la gestion des processus de la SCP en vue de renforcer l'appropriation nationale;
- Assurer l'alignement de la SCP avec les plans nationaux et avec l'UNDAF.
- Être plus sélectif dans la détermination du contenu de l'agenda stratégique (nombre limité d'axes stratégiques, mais aussi nombre limité d'interventions pour chaque axe) en tenant compte des capacités réelles de l'OMS.
- Pour chaque domaine de coopération, définir clairement les effets attendus de l'action de l'OMS, en précisant les produits, les indicateurs et cibles visés à l'instar de la matrice des résultats utilisée dans l'UNDAF.
- Inclure dans le document un Plan indicatif et cadre de ressources pour la stratégie
- L'analyse de la situation nationale devrait utiliser des données désagrégées faisant ressortir clairement les notions de genre, d'équité et de droits à la santé afin d'identifier les groupes les plus vulnérables et faciliter ainsi le choix des priorités de l'OMS
- Elaborer une stratégie de vulgarisation du document de la SCP qui ne doit pas se limiter à une simple transmission du document aux partenaires ; la vulgarisation sera répétée périodiquement (en copies physiques ou électroniques selon les besoins), sur la base d'une liste de distribution qui sera archivée ;
- Bien documenter les processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation de la SCP et assurer un bon archivage des documents.

b. *Au plan de la gestion de la coopération technique :*

- Donner plus de visibilité aux exercices de planification stratégique de l'OMS
- Vulgariser le document de stratégie de coopération de façon continue auprès des cadres du Ministère et des partenaires

- Utiliser davantage la SCP pour adapter la présence de l’OMS dans le pays (renforcement des capacités techniques et gestionnaires du bureau) et pour améliorer la mobilisation et l’allocation des ressources ;
- Renforcer les connaissances des cadres du Ministère de la santé sur les procédures gestionnaires de l’OMS
- Rendre plus visible le rôle de l’OMS dans la gestion du partenariat pour la santé
- Développer un partenariat plus dynamique avec les autres structures et institutions nationales, notamment les autres départements ministériels, la Société civile, les ONG et Associations.

c. Au plan des priorités pour la prochaine stratégie de coopération

Sur la base des priorités de la PNS (2015), du PDS 2016-2020, de l’UNDAF 2014-2018 et du PSMT 2014-2018 de l’OMS, les axes et domaines d’interventions prioritaires ci-dessous sont proposés pour la SCP 2016-2020

Axe stratégique I : Amélioration de la performance du système de santé

- 1.1 Renforcer la gouvernance et le partenariat pour la santé :
- 1.2 Améliorer la qualité des services et des soins
- 1.3 Améliorer le financement de la santé
- 1.4 Promouvoir l’information sanitaire et la recherche en santé

Axe stratégique II : Lutte contre la maladie, gestion des urgences

- 1.1 Intensification des interventions de santé orientées vers les pathologies dominantes
- 1.2 Renforcement de la surveillance intégrée des maladies en vue de l’application des dispositions du Règlement Sanitaire International RSI (2005)
- 1.3 Renforcement des capacités de préparation, de riposte et de gestion des urgences

Axe stratégique III : Promotion de la santé tout au long du cycle de vie

- 1.1 Soutenir le pays dans la mise en œuvre d’interventions efficaces en vue de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale
- 1.2 Soutenir le pays a mise en œuvre de programmes visant à améliorer la survie de l’enfant et la santé des jeunes et adolescents
- 1.3 Soutenir le pays la mise en œuvre de programmes visant à promouvoir la santé des personnes âgées

Axe stratégique IV. Services institutionnels et fonctions d’appui

- 1.1 Améliorer l’efficacité du travail du bureau
- 1.2 Appuis reçus des autres niveaux de l’Organisation
- 1.3 Coordination, partenariat, mobilisation de ressources.
- 1.4 Infrastructures, équipements, connectivité, documentation

d. Conditions pour une mise en œuvre efficace

Pour une mise en œuvre plus effective du nouveau programme une attention particulière devra être donnée à la levée des contraintes relevées, notamment celles relatives à l’allocation et la mobilisation de ressources financières, au renforcement du personnel du bureau de

l'OMS dans les domaines retenus et au renforcement de ses capacités notamment dans les domaines de la négociation et de la mobilisation des ressources, de la planification et gestion des programmes, de l'archivage physique et électronique des documents techniques et financiers. Une attention devra être également donnée au renforcement de l'appropriation nationale de la stratégie de coopération et au renforcement des capacités des agents du Ministère de la Santé sur les procédures de l'OMS.

Conclusion :

L'évaluation de la Stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger 2009-2015, conduite en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, a tout d'abord permis d'apprécier la qualité du document de stratégie à travers son processus d'élaboration, la pertinence des objectifs de l'agenda stratégique et l'utilisation du document dans les processus de gestion du programme de coopération. Il a été aussi noté le caractère participatif du processus d'élaboration en dépit de quelques lacunes observées ; la pertinence des objectifs retenus au regard des priorités du pays malgré le caractère très ambitieux de l'agenda stratégique ; l'utilisation effective de la stratégie dans la planification, l'allocation des ressources, le plaidoyer et la mobilisation de ressources, le renforcement du partenariat et de la présence de l'OMS même si tous ces processus demandent à être améliorés.

L'évaluation aura ensuite permis de faire le bilan de l'agenda stratégique et de nous faire une idée des contributions de l'OMS aux efforts du développement sanitaire du pays pendant la période de mise en œuvre de la stratégie. Il ressort des résultats de l'évaluation que l'OMS a apporté une contribution significative dans l'amélioration de la santé des populations, à travers notamment ses interventions dans les domaines particuliers de la lutte contre la maladie et de la gestion des urgences, de l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, de la promotion de la santé et de l'amélioration de la performance du système de santé. L'exercice a fait ressortir une très bonne collaboration entre les trois niveaux de l'Organisation (Bureau de pays, Bureau régional et ses antennes inter-pays et Siège) dans l'appui au pays

L'évaluation a montré cependant que des insuffisances subsistent tant au plan de la gestion du processus de la SCP qu'à celui de la gestion de la coopération technique de l'OMS avec le pays et ses partenaires. Des recommandations ont été formulées afin d'y remédier à ces insuffisances pour une meilleure pour une mise en œuvre des futurs programmes de coopération.

I. Introduction

1.1 Contexte et justification

L'Initiative en faveur des pays membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) vise à mieux orienter les efforts en direction des pays à l'échelle de l'Organisation. Elle a pour objectif général d'améliorer le soutien de l'OMS à la santé et au développement des populations dans les pays et de leur permettre d'exercer à leur tour une plus grande influence sur l'action de santé publique aux niveaux régional et mondial.

La stratégie de coopération de l'OMS avec les pays (SCP) fait partie intégrante de cette initiative. Elle représente la vision à moyen terme de l'OMS pour sa coopération technique avec un pays donné. La SCP définit un agenda stratégique pour l'OMS en soutien au Plan national de développement sanitaire du pays, indiquant ce que l'OMS va faire, comment elle va le faire et avec qui. La définition et la mise en forme d'une stratégie de coopération avec un pays donné donnent lieu à des consultations détaillées avec ce pays et à l'évaluation des incidences de cette stratégie pour toutes les parties. L'accord relatif à l'utilisation optimale de toutes les ressources financières et humaines de l'OMS, qu'elle qu'en soit la source, est l'un des aspects décisifs des consultations.

Les stratégies de coopération avec les pays s'assortissent de nouvelles exigences vis-à-vis de l'Organisation: systèmes administratifs mieux adaptés aux réalités nationales et régionales, programmation intégrée à différents niveaux de l'Organisation, selon des modalités plus faciles à gérer dans les pays. La SCP implique des équipes de l'OMS dans les pays plus solides et mieux à même de répondre aux besoins des autorités nationales, selon les termes des stratégies de coopération avec les pays et en conformité avec les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. Elle nécessite des modes de collaboration plus efficaces entre l'OMS, les autres agences du système des Nations Unies, les organisations de développement et les autres partenaires à l'intérieur des pays, y compris les nouveaux Fonds et Alliances. Elle implique une meilleure circulation de l'information dans toute l'Organisation.

La première stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger a couvert la période 2004-2007. Les résultats (succès et insuffisances) ont été mis à profit pour élaborer la seconde stratégie de coopération qui a couvert dans un premier temps la période 2009-2013. Au cours de la mise en œuvre de celle-ci, le Gouvernement du Niger a développé le Plan de Développement Sanitaire pour la période 2011-2015 (PDS 2011-2015) et le Plan de Développement Economique et Social 2012-2015 (PDES 2012-2015). Face à ce nouveau contexte, le Ministère de la Santé Publique et le Bureau de l'OMS au Niger ont convenu de procéder à la revue interne de la SCP 2009-2013 et à son extension pour l'aligner sur le cycle de planification du PDS 2011-2015.

Avant de s'engager dans l'élaboration de sa stratégie de troisième génération, et en conformité avec les orientations du Bureau régional de l'OMS, le Bureau de pays et le Ministère de la Santé du Niger ont décidé de conduire l'évaluation de la mise en œuvre de la SCP II révisée 2009-2015.

1.2 Rappel des défis de santé et développement du pays

Les principaux défis de santé et développement auxquels le Niger devait répondre avec l'appui de ses partenaires, notamment l'OMS à travers la SCP II, pouvaient se résumer comme suit :

- Les taux élevés de morbidité et de mortalité, notamment chez les femmes et les enfants, l'ampleur des maladies transmissibles et non transmissibles, la précarité des conditions d'hygiène et d'assainissement ;
- La faible performance du système national de santé caractérisée par: la faiblesse de la couverture sanitaire, la situation précaire des ressources humaines pour la santé et leur gestion qui constituent un véritable goulot d'étranglement pour l'amélioration des performances et de la qualité des soins ; la réduction ou stagnation des ressources financières consacrées à la santé par l'Etat, les communautés et les partenaires au développement sanitaire ; les difficultés d'accès à des soins et des médicaments de qualité ; au plan managérial, la gestion, l'encadrement et la supervision font souvent défaut, en particulier au niveau du district, et le système d'information sanitaire manque de fiabilité aux différents niveaux du système de santé ;
- La faiblesse du partenariat et de la coordination: les liens entre santé et pauvreté, santé et sécurité alimentaire, santé et environnement, impliquent un renforcement significatif de la collaboration intersectorielle; des partenariats fondés sur la concertation, en particulier avec la société civile, le secteur privé et les communautés, afin d'améliorer l'utilisation des services de santé, l'accès à l'eau et à l'assainissement, et s'attaquer à d'autres déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé.
- Sur le plan institutionnel et juridique, l'écart significatif entre d'une part l'existence des politiques, des stratégies, des textes réglementaires et d'autre part leur mise en œuvre effective devra être réduit.

1.3 Rappel des engagements de l'OMS à travers la SCP II :

Suite à l'analyse de la situation du pays, à l'identification des défis majeurs auxquels le Niger est confronté dans le secteur de la santé, aux orientations stratégiques du pays et de l'OMS, et tenant compte des avantages comparatifs de l'Organisation, quatre axes stratégiques ont été retenus pour l'action de l'OMS pour la période 2009-2015. Ces axes sont :

- L'amélioration de la performance du système de santé ;
- La lutte contre la maladie et la gestion des urgences et catastrophes ;
- L'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant ;
- La promotion d'un environnement favorable à la santé.

II. Objectifs de l'évaluation

2.1 Objectif général :

L'objectif général de l'évaluation est de mesurer les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs de la stratégie de coopération de l'OMS pour la période 2009-2015 et fournir des informations utiles pouvant aider à améliorer l'efficacité du programme de coopération. Il est également attendu de l'évaluation, de fournir des indications pour la formulation de la stratégie de coopération de troisième génération.

2.2 Objectifs spécifiques :

Conformément aux orientations du guide OMS d'évaluation des stratégies de coopération, il est attendu de l'évaluation de répondre aux préoccupations suivantes :

1. Identifier les faiblesses du processus de formulation de la SCP 2009-2015 ;
2. Relever la cohérence entre la SCP 2009-2015 et les documents nationaux (PDS, UNDAF) ;
3. Analyser la pertinence des objectifs et actions retenues au regard des orientations globales et régionales de l'OMS ;
4. Identifier les lacunes dans l'utilisation de la SCP 2009-2015 dans: les processus de planification, d'allocation des ressources, de plaidoyer et de mobilisation des ressources;
5. Recueillir les perceptions des partenaires sur la contribution de l'OMS aux efforts nationaux en matière de développement sanitaire ;
6. Analyser les forces, les faiblesses, les menaces et les opportunités de la coopération de l'OMS au niveau du pays ;
7. Evaluer le niveau de mise en œuvre des objectifs contenus dans l'agenda stratégique y compris ceux relatifs aux OMD ;
8. Identifier les problèmes, goulots d'étranglement et leçons apprises dans la mise en œuvre de la SCP 2009-2015
9. Tirer les leçons et meilleures pratiques à partager avec le Secrétariat en vue d'améliorer la performance de l'Organisation au niveau des pays
10. Formuler des recommandations sur les priorités à prendre en compte pour la formulation de la stratégie de coopération de troisième génération.

III. Méthodologie

Le Guide OMS/AFRO de Juillet 2013 pour la revue et évaluation des documents de stratégie de coopération avec les pays a servi de document de base pour la conduite de l'exercice.

A cet effet, le Représentant de l'OMS a constitué une équipe composée de cadres de l'OMS et ceux du Ministère de la Santé (liste en Annexe 1) qui devait travailler sous sa supervision, suivant des termes de références et un chronogramme définis. Au regard de la charge de travail à laquelle sont soumis aussi bien les cadres du Ministère de la Santé que ceux du bureau de l'OMS, l'équipe d'évaluation a bénéficié de l'appui d'un consultant national.

Plusieurs cadres du Ministère de la Santé participant à l'exercice n'étant pas familiarisés avec les procédures de l'OMS, notamment ceux relatifs à la stratégie de coopération avec les pays, il a été convenu d'organiser des séances d'orientation à l'intention de l'ensemble des membres du groupe chargé de conduire l'exercice. Le but de ces séances était de fournir aux participants les informations et connaissances essentielles dont ils ont besoin sur les processus de formulation et d'évaluation des stratégies de coopération avec les pays afin qu'ils puissent contribuer efficacement à la réalisation de l'exercice.

Le processus d'élaboration du rapport d'évaluation a pris avantage du rapport de la revue à mi-parcours de la stratégie réalisée en 2013 en vue de l'extension de la SCP 2009-2013. Cette extension avait pour but de mieux aligner la stratégie aux différents documents nationaux de planification tels que le Plan de développement sanitaire (PDS) 2011-2015, le

Plan de développement économique et social (PDES) 2012-2015. Ce document accepté pour servir de base de travail a été amendé et complété par le consultant à travers la revue des documents pertinents, notamment les plans de travail et rapports d'évaluations de l'OMS et du Ministère de la santé. Des entretiens et enquêtes d'opinion sur le rôle et la contribution de l'OMS ont été également réalisés avec les parties prenantes à l'aide de deux questionnaires : un questionnaire destinés aux partenaires de la santé (revue externe) et un questionnaire destiné au staff de l'OMS (revue interne). Les questionnaires et la liste des personnes et institutions rencontrées sont en Annexes 2, 3 et 4.

Un atelier de deux jours, présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé en présence du Représentant de l'OMS, a regroupé les membres de l'équipe d'évaluation pour examiner et amender le projet de rapport préparé par le consultant. L'atelier a consisté en de brefs exposés, des discussions en séances plénières et en groupes de travail. L'équipe d'évaluation a été subdivisée en cinq groupes correspondant aux quatre axes stratégiques de la SCP II et au volet en lien avec l'aspect institutionnel de la Présence de l'OMS dans le pays. L'atelier a formulé des commentaires et observations et donné des orientations en vue de la finalisation du rapport d'évaluation. Le projet de document final a été par la suite soumis à tous les membres du groupe pour validation avant d'être présenté aux autres partenaires pour adoption.

IV. Résultats de l'évaluation:

4.1 Identification des faiblesses du processus de formulation de la SCP 2009-2015

Les principaux critères d'appréciation de la formulation d'un document de SCP se rapportent selon le guide défini par l'Organisation, aux éléments suivants : i) le niveau de participation du personnel de l'OMS, des cadres du Ministère de la Santé et des partenaires au développement sanitaire ; ii) les appuis apportés par les autres niveaux de l'Organisation (Equipes Inter-pays, Bureau régional et Siège) ; iii) la cohérence entre les domaines et priorités retenus et les engagements de OMS ; iv) la consistance entre les domaines retenus et les approches stratégiques utilisées ; v) la prise en compte des notions d'équité, de genre et de droits humains ; vi) la dissémination du document au sein de l'Organisation et dans le pays.

Les processus de formulation et de vulgarisation de la stratégie n'ont pas été suffisamment documentés, ce qui aurait permis d'établir le niveau réel de participation et de vulgarisation du document. Il est cependant mentionné dans le document de stratégie que « la présente stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger a été élaborée en consultation avec le ministère de la Santé et les principaux acteurs nationaux et internationaux ». Les entretiens tenus avec le personnel du bureau de l'OMS tendent à soutenir cette assertion. Il ressort également de ces entretiens avec le personnel du bureau que les deux autres niveaux de l'Organisation (Bureau régional et ses équipes Inter-pays et Siège) y ont contribué par correspondance, à défaut d'être présents physiquement.

Selon le personnel de l'OMS, il y a eu une large vulgarisation du document auprès des cadres du Ministère de la Santé et de Ministères apparentés, des institutions de formations en santé, des organisations de la société civile et des partenaires au développement sanitaire. Sur le terrain, on constate que la majorité des partenaires au développement sanitaire rencontrés (7 sur 10) ne connaissent pas l'existence du document de stratégie de coopération de l'OMS avec le pays. Il convient de préciser toutefois que la plupart de ces partenaires n'étaient pas en poste dans le pays à la période de l'élaboration du document.

De part sa taille, sa structuration et le nombre d'axes stratégiques retenus (qui est de quatre), le document répond aux normes recommandées par le guide d'élaboration des SCP. L'agenda stratégique comprend 18 sous composantes (contre un maximum de 15 recommandées) avec pour chacune d'elles un nombre élevé d'actions envisagées. Même si de part leur nature les actions retenues sont en adéquation avec les besoins du pays, cet agenda semble très ambitieux aux regards des capacités réelles de l'OMS, et en particulier du bureau de pays, qui ne dispose pas du personnel requis pour certains domaines couverts par la stratégie.

Les notions d'équité, de genre et de droit à la santé ne sont pas exprimées de façon explicite dans le document. Cependant, la stratégie fait référence à plusieurs concepts s'y rapportant : Soins de santé primaires, Objectifs du Millénaire pour le Développement, Stratégie de développement accélérée pour la réduction de la pauvreté, le Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF), les déterminants de la santé, accessibilité physique et financière aux soins de santé, identification des groupes vulnérables, rôles et responsabilités des divers acteurs.

4.2 Cohérence entre la SCP II et les documents nationaux de planification (PDS et UNDAF)

La SCP 2009-2015 dans sa version révisée présente une faible synchronisation avec le Plan national de développement sanitaire (PDS), car à cheval sur deux plans, celui de 2005-2010 et celui de 2011-2015. Parfaitement synchronisée avec l'UNDAF 2009-2013 dans sa version initiale, la stratégie OMS révisée 2009-2015 est également à cheval sur deux plans du Système des Nations Unies, l'UNDAF 2009-2013 et l'UNDAF 2014-2018. Les analyses de cohérence effectuées et présentées dans le tableau 1 ci-dessous montrent cependant une parfaite adéquation entre les interventions prioritaires de la SCP 2009-2015 et les priorités du PDS 2005-2010 et du PDS 2011-2015. Le tableau 2 ci-dessous indique également une parfaite harmonie entre les interventions de la stratégie de l'OMS et celles de l'UNDAF 2009-2013 et de l'UNDAF 2014-2018.

La stratégie 2009-2015 de l'OMS prend en compte les principaux problèmes et défis du pays pour lesquels l'OMS s'est engagée individuellement ou collectivement avec les autres agences du SNU. Les priorités qui y sont retenues sont restées pertinentes à travers les deux cycles de planification du Ministère de la santé et du collectif des Agences du SNU. Dans sa mise en œuvre, la stratégie a permis également la prise en compte de problèmes de santé nouveaux, tels la grippe à Virus H1N1, la fièvre hémorragique à virus Ebola ou les conséquences sanitaires des crises sociopolitiques survenues dans des pays voisins.

Tableau 1: Analyse de la cohérence entre les priorités de la SCP 2009-2015 et celles du PDS 2005-2010 et du PDS 2011-2015.

Priorités stratégiques de la SCP 2009-2015	Priorités PDS 2005-2010	Priorités PDS 2011-2015
Amélioration de la performance du système de santé		
<i>Renforcement de la gouvernance du MSP</i>	OS ¹ 5 : Renforcer les capacités de gestion et les compétences institutionnelles du MSP/LCE	AS ² 6 : Renforcement de la gouvernance et du leadership du MSP
<i>Information sanitaire et recherche</i>	OS5 : Renforcer les capacités de gestion et les compétences institutionnelles du MSP/LCE	AS 6 : Renforcement de la gouvernance et du leadership du MSP; AS8: Promotion de la recherche en santé
<i>Amélioration de la qualité des services et des soins</i>	OS1 : Augmenter l'accessibilité des populations à des services et soins de qualité	OS1: Extension de la couverture sanitaire AS 6 : Renforcement de la gouvernance et du leadership du MSP;
<i>Développement des ressources humaines pour la Santé</i>	OS6 : Pallier l'insuffisance qualitative et quantitative du personnel	AS3 : Doter les structures sanitaires en RH compétentes et motivées selon les besoins
<i>Développement de mécanismes pour un financement équitable de la santé</i>	OS1 Augmenter l'accessibilité des populations à des services et soins de qualité	AOS7: Développer les mécanismes du financement du secteur de la santé
<i>Amélioration disponibilité et qualité médicaments et matériels de laboratoire</i>	OS8 Accroître la disponibilité des médicaments essentiels et consommables de qualité dans les formations sanitaires.	AS4: Assurer la disponibilité permanente en médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et dérivés de qualité
Lutte contre la maladie, gestion des urgences et catastrophes		
<i>Intensification des interventions de santé orientées vers les pathologies dominantes</i>	OS1 Augmenter accessibilité populations à des services et soins de qualité	AS5 : Intensification de la lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée
<i>Renforcement de la surveillance intégrée des maladies</i>	OS5 : Renforcer les capacités de gestion et les compétences institutionnelles du MSP	AS5 : Intensification de la lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée
<i>Renforcement des capacités dans la préparation et riposte aux situations d'urgences et catastrophes</i>	OS5 : Renforcer les capacités de gestion et les compétences institutionnelles du MSP	Intensification de la lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée
Santé de la mère et de l'enfant		
<i>Amélioration de la disponibilité, de l'accès et de la qualité des services de maternité à moindre risque</i>	OS2: Renforcer les activités de santé de la reproduction R ³ 1: Renforcement de la PEC des complications de la grossesse et de l'accouchement	AS2 : Développement des services de santé de la reproduction de qualité Effet 4 : protection des mères et des enfants accrue
<i>Renforcement des programmes rentrant dans le cadre de la survie de l'enfant</i>	OS2: Renforcer les activités de santé de la reproduction R6 : Les soins curatifs et préventifs pour les enfants sont renforcés	AS2 : Développement des services de santé de la reproduction de qualité Effet 4 : protection des mères et des enfants accrue
<i>Renforcement des programmes liés à la santé des jeunes et des adolescents</i>	OS2: Renforcer les activités de santé de la reproduction R7 : Les adolescents et les jeunes ont accès à des services de SSRAJ adaptés	AS2 : Développement des services de santé de la reproduction de qualité
Promotion d'un environnement favorable à la santé		
<i>Promotion de comportements favorable à la santé</i>	OS 4 : Accroître la participation des communautés aux politiques locales de santé	AS 5 : Communication pour un Changement de Comportement
<i>Développement d'un cadre favorable à la santé</i>	OS 4 : Accroître la participation des communautés aux politiques locales de santé	AS 5 : Promotion des mesures d'hygiène et assainissement,
<i>Renforcement de la surveillance en matière de sécurité sanitaire des aliments</i>	OS 4 : Accroître participation communautés aux politiques locales de santé	AS 5 : Promotion des mesures d'hygiène et assainissement,
<i>Renforcement de la responsabilité des communautés dans amélioration de leur état de santé</i>	OS 4 : Accroître participation communautés aux politiques locales de santé	AS 5 : Communication pour un Changement de Comportement
<i>Amélioration de la sécurité et santé au travail</i>	OS1 Augmenter l'accessibilité des populations à des services et soins de qualité	AS 5 : Promotion des mesures d'hygiène et assainissement

¹ : OS= Objectif stratégique

² AS= Axe stratégique

³ R=résultat

Tableau 2: Analyse de la cohérence entre les priorités de la SCP 2009-2015 et celles de l'UNDAF 2009-2013 et de l'UNDAF 2014-2018.

Priorités SCP 2009-2015	Priorités UNDAF 2009-2013	Priorités UNDAF 2014-2018
Amélioration de la performance du système de santé		
<i>Renforcement de la gouvernance du MSP</i>	2.2.1 Les politiques et stratégies nationales en matière d'Education, Santé, Nutrition, Eau et Assainissement et Démographie sont de qualité et prennent en compte les droits des bénéficiaires. Effet 3 : Les institutions nationales et locales gouvernement démocratiquement et prennent en compte les droits des bénéficiaires	D'ici à 2018, les institutions nationales et locales, les communautés et les groupes ciblés sont dotés de capacités pour assurer la bonne gouvernance et l'Etat de droit
<i>Information sanitaire et recherche</i>	2.1.1 Les familles ont les connaissances nécessaires à l'adoption et à la mise en œuvre des pratiques familiales essentielles en matière de santé, nutrition, santé reproductive, hygiène et environnement.	Produit 5.3 : Le système national de statistique dispose de capacités adéquates pour produire à temps, et de manière désagrégée des données pour la planification et le suivi de la mise en œuvre du PDES et des politiques de développement
<i>Amélioration de la qualité des services et des soins</i>	Effet 2 : Les institutions assurent la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services sociaux de base	Les populations vulnérables ont accès à des services de santé de qualité
<i>Développement des ressources humaines pour la Santé</i>	Effet 2 : Les institutions assurent la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services sociaux de base	Les populations vulnérables ont accès à des services de santé de qualité
<i>Développement de mécanismes pour un financement équitable de la santé</i>	Effet 2 : Les institutions assurent la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services sociaux de base	Les populations vulnérables ont accès à des services de santé de qualité
<i>Amélioration disponibilité et qualité médicaments et matériels de laboratoire</i>	Effet 2 : Les institutions assurent la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services sociaux de base	Les populations vulnérables ont accès à des services de santé de qualité
Lutte contre la maladie, gestion des urgences et catastrophes		
<i>Intensification des interventions de santé orientées vers les pathologies dominantes</i>	Les services de lutte contre les IST/VIH/Sida, paludisme, tuberculose et les autres maladies améliorés	D'ici à 2018, les populations vulnérables dans les zones d'intervention utilisent de manière accrue les services sociaux de base incluant les systèmes de protection sociale et de maîtrise de la croissance démographique
<i>Renforcement de la surveillance intégrée des maladies</i>	Les services de lutte contre les IST/VIH/Sida, paludisme, tuberculose et les autres maladies améliorés	D'ici à 2018, les populations vulnérables dans les zones d'intervention utilisent de manière accrue les services sociaux de base incluant les systèmes de protection sociale et de maîtrise de la croissance démographique
<i>Renforcement des capacités dans la préparation et riposte aux situations d'urgences et catastrophes</i>	1.2 La prévention et la gestion des crises alimentaires et catastrophes naturelles sont assurées par des dispositifs Nationaux, régionaux, départementaux, communaux et communautaires efficaces	D'ici à 2018, les institutions nationales, régionales et locales appuyées utilisent des systèmes et mécanismes adaptés pour la prévention/gestion des risques/catastrophes, la gestion durable de l'environnement et de la sécurité alimentaire
Santé de la mère et de l'enfant		
<i>Amélioration de la disponibilité, de l'accès et de la qualité des services de maternité à moindre risque</i>	Effet 223 : Les services de la SMI et SR disposent d'infrastructures adéquates, de personnel suffisant et formé et d'équipement	Les populations vulnérables ont accès à des services de santé de qualité
<i>Renforcement des programmes rentrant dans le cadre de la survie de l'enfant</i>	Effet 223 : Les services de la SMI et SR disposent d'infrastructures adéquates, de personnel suffisant et formé et d'équipement	Les populations vulnérables ont accès à des services de santé de qualité
<i>Renforcement des programmes liés à la santé des jeunes et des adolescents</i>	Effet 223 : Les services de la SMI et SR disposent d'infrastructures adéquates, de personnel suffisant et formé et d'équipement	Les jeunes/adolescents et les femmes en âge de procréer bénéficient d'informations et de services de prévention et de prise en charge des maladies
Promotion d'un environnement favorable à la santé		
<i>Promotion de comportements favorable à la santé</i>	1.4 Les populations participent à la préservation d'un environnement sain et des ressources naturelles y compris l'eau et le patrimoine culturel, gérés de façon durable	Produit 1-2 : Les ménages vulnérables ciblés utilisent les services de prévention et de soins et les bonnes pratiques en vue d'améliorer leur nutrition
<i>Développement d'un cadre favorable à la santé</i>	1.4 Les populations participent à la préservation d'un environnement sain et des ressources naturelles y compris l'eau et le patrimoine culturel, gérés de façon durable	Les ménages vulnérables dans les zones d'intervention ont accès aux ressources et connaissances nécessaires pour prévenir et gérer les risques et catastrophes ainsi que leurs ressources environnementales
<i>Renforcement de la surveillance en matière de sécurité sanitaire des</i>	EPP2 : La prévention et la gestion des crises alimentaires et catastrophes naturelles sont assurées	Produit 1-2 : Les ménages vulnérables ciblés utilisent les services de prévention et de soins et les

<i>aliments</i>	par des dispositifs Nationaux, régionaux, départementaux, communaux et communautaires efficaces	bonnes pratiques en vue d'améliorer leur nutrition
<i>Renforcement de la responsabilité des communautés dans amélioration de leur état de santé</i>	EPPI : Les populations vulnérables adoptent des comportements favorables à l'utilisation des Services Sociaux de Base et à la maîtrise de la croissance démographique	D'ici à 2018, les populations vulnérables dans les zones d'intervention utilisent de manière accrue les services sociaux de base incluant les systèmes de protection sociale et de maîtrise de la croissance démographique
<i>Amélioration de la sécurité et santé au travail</i>	1.4 Les populations participent à la préservation d'un environnement sain et des ressources naturelles y compris l'eau et le patrimoine culturel, gérés de façon durable	Produit 1-4 : Les ménages vulnérables dans les zones d'intervention ont accès aux ressources et connaissances nécessaires pour prévenir et gérer les risques et catastrophes ainsi que leurs ressources environnementales.

4.3 Pertinence des objectifs et actions retenues au regard des orientations globales et Régionales de l'OMS (PSMT)

La figure 1 ci-dessous illustre les résultats de l'analyse de cohérence entre la SCP 2009-2013 et le PSMT 2008-2013 effectuée par AFRO. Cette analyse a consisté à rapporter les composantes de l'agenda stratégique contenues dans les SCP des pays de la Région africaine aux résultats escomptés énoncés dans le PSMT 2008-2013 et à déterminer dans quelle mesure les composantes et sous composantes de la SCP sont axées sur les objectifs stratégiques (SO) ci-dessous adoptés par l'Organisation au niveau mondial, pour son travail dans les pays:

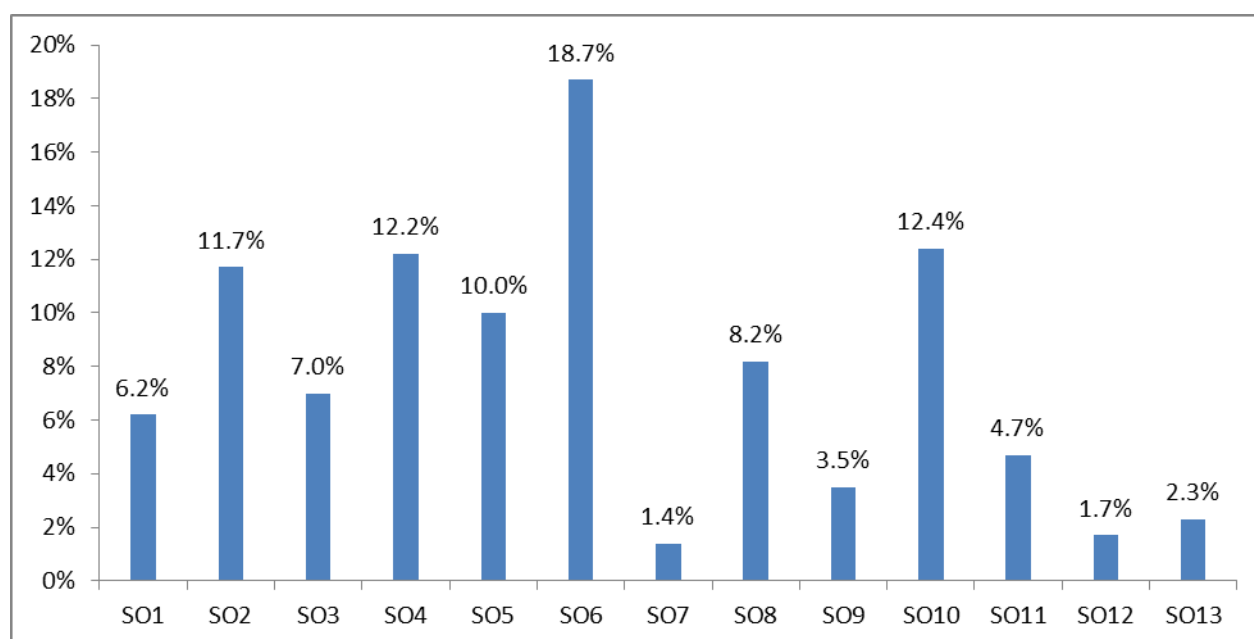
1. Réduire le fardeau des maladies transmissibles
2. Combattre le SIDA, le paludisme et la tuberculose
3. Prévenir et réduire les maladies non transmissibles
4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie
5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence
6. Promouvoir la santé et le développement, prévenir et réduire les facteurs de risques pour la santé
7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé
8. Promouvoir un environnement sain
9. Améliorer la nutrition, l'hygiène et la sécurité alimentaire
10. Améliorer l'organisation et l'administration des services de santé
11. Assurer l'accès, la qualité et l'utilisation des produits médicaux et des technologies médicales
12. Jouer un rôle de chef de file, renforcer le leadership, la bonne gouvernance et le partenariat en appui au pays
13. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat.

Dans la Région africaine, ces objectifs globaux sont soutenus par *les Orientations stratégiques pour l'OMS 2010-2015*. Ces orientations régionales mettent l'accent sur six domaines prioritaires :

1. Maintien de l'accent sur le rôle de chef de file de l'OMS dans la fourniture d'orientations normatives et politiques et dans le renforcement des partenariats et de l'harmonisation ;

2. Appui soutenu au renforcement des systèmes de santé, sur la base de l'approche des soins de santé primaires ;
3. Mise de la santé de la mère et de l'enfant en tête des priorités ;
4. Accélération des interventions de lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose ;
5. Intensification de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
6. Accélération de l'action sur les déterminants de la santé.

Figure 1: Analyse de la cohérence entre la SCP Niger 2009-2013 et le PSMT 2008-2013



Source : OMS/AFRO

Le degré de focalisation par objectif stratégique (SO) montre que le besoin de coopération technique pour l'objectif stratégique 6 (Promouvoir la santé et le développement) est le plus important (18,7%), suivi du Système de santé (12,4%) de la Santé de la mère et de l'enfant (12,2%), de la lutte contre le Paludisme, le Sida et la Tuberculose (11,7%) et de la gestion des situations d'urgence (10%). A l'exception de l'accent mis sur le premier facteur, l'objectif stratégique 6, cette physionomie de la demande de coopération est très proche de la moyenne observée dans les pays de la Région africaine.

Les engagements institutionnels de l'OMS au titre de l'objectif stratégique 6 comprennent généralement : l'appui à la promotion de la santé, la prévention des maladies et la réduction des risques majeurs pour la santé. Une attention particulière est accordée à la surveillance des facteurs de risques et au renforcement des capacités en matière de promotion de la santé dans tous les programmes pertinents. C'est ainsi que l'objectif stratégique 6 est en lien avec les objectifs stratégiques 2, 3, 4, 7, 8 et 9. Tandis que ces derniers portent sur les déterminants de la mauvaise santé et visent à renforcer la prestation des services, le but de l'objectif stratégique 6 est de créer un environnement sain qui permette aux individus de faire des choix favorables à la santé. Au regard du contexte national rappelé ci-haut, la priorité accordée aux activités

relatives à cet objectif semble justifiée, mais encore faudrait-il que des ressources humaines et financières conséquentes lui soit accordées.

L'analyse de la cohérence avec le PSMT indique une faible importance accordée à l'objectif stratégique 7 relatif aux déterminants sociaux et économiques de la santé (1,4%) et aux objectifs 12 (rôle de chef de file) et 13 (efficacité du bureau de l'OMS), côtés respectivement à 1,7% et 2,3%, ce qui va en contradiction avec les orientations globales et régionales. Les besoins de coopération sont également faibles pour : la nutrition, l'hygiène et la sécurité alimentaire (3,5%) et les produits médicaux et technologies sanitaires (4,7%).

4.4 Analyse de l'utilisation de la SCP dans la planification, l'allocation des ressources, le plaidoyer et la mobilisation des ressources :

Document de référence pour le travail de l'OMS, la SCP devait servir pour la planification des activités de l'Organisation à ses trois niveaux (Bureau de pays, Bureau régional et Siège) et guider l'allocation des ressources. Le document devrait également servir pour le plaidoyer et la mobilisation de ressources. Ainsi, l'analyse vise à déterminer le lien entre la SCP et la planification opérationnelle de l'OMS. Elle vise à identifier les éléments de la SCP qui ont eu un impact sur le travail de l'OMS et qui ont pu influencer le développement sanitaire du pays.

L'évaluation devrait aider à répondre à plusieurs questions :

- Est ce que les plans d'actions biennaux ont été élaborés de façon à répondre aux priorités de la SCP ?
- Est-ce que l'allocation des ressources reflète les priorités identifiées dans la SCP ?
- Est-ce que les allocations budgétaires sont en lien avec les résultats escomptés du plan d'action ?
- Est-ce que la SCP a été utilisée pour le plaidoyer et la mobilisation de ressources ?
- Quel a été le montant total de la contribution financière de l'OMS au budget de la santé au cours du cycle de la SCP II ?

4.4.1 La planification,

Selon le personnel du bureau de l'OMS, la stratégie de coopération est régulièrement utilisée lors des exercices de planification opérationnelle de l'OMS. Ces indications sont confirmées par l'analyse des plans de travail 2008-2009, 2010-2011, 2012-2013 et 2014-2015 de l'OMS dont les contenus cadrent parfaitement avec les composantes de l'agenda stratégique, traduisant ainsi une planification basée sur les orientations de la stratégie de coopération. Pour l'ensemble des programmes, les différents plans biennaux sont en harmonie avec les domaines d'intervention de la SCP II. Toutefois, les nombreuses situations d'urgence que le pays a connues ont parfois conduit à mettre un accent sur les activités y relatives. Le document de stratégie a également servi de référence lors des exercices de planification avec les autres partenaires, notamment dans le cadre de l'UNDAF.

Le système de planification de l'OMS n'est pas pour autant conduit à la satisfaction de tous, notamment des points focaux du Ministère de la santé dont certains déplorent ne pas être suffisamment associés aux exercices de planification de l'OMS, jugés pas assez participatifs sur toute la chaîne. Il est déploré en particulier un déphasage entre l'élaboration des plans annuels de l'OMS et ceux du Ministère, avec un déficit de communication entre l'OMS et le Ministère de la Santé. Cette situation conduit très souvent à la non prise en compte de

certaines activités du Ministère ou à des retards importants dans la préparation et l'exécution des requêtes. Il y a une forte demande de la part du Ministère de la Santé pour l'organisation régulière de séances de briefing sur les procédures de gestion de l'OMS.

4.4.2 L'allocation des ressources :

Le budget de l'OMS est composé de deux types de fonds : le budget régulier (AC) qui provient des contributions des Etats Membres, et les fonds extrabudgétaires (VC) qui proviennent de contributions volontaires fournies à l'OMS par des pays, agences et autres partenaires. Si les fonds AC sont des fonds sûrs, il n'en est pas de même des fonds VC qui ne sont pas garantis (ce sont en fait des promesses de financement) et il s'agit très souvent de fonds orientés vers des activités prédéterminées.

Les fonds sont alloués au bureau de pays par le Bureau régional suivant les deux rubriques indiquées ci-dessus. Les bureaux de pays ont la responsabilité d'assurer leur répartition entre les 13 Objectifs Stratégiques (SO) et les catégories établis par l'Organisation, sur la base des priorités de la stratégie de coopération du pays et conformément au plan de travail établi pour le Budget programme en cours.

Le tableau 3 ci-dessous présente les allocations budgétaires telles qu'opérées au cours des quatre budget programmes correspondant à la période, objet de la stratégie. D'un budget programme à l'autre, on constate d'importantes variations dans les allocations budgétaires. Ainsi, en passant du budget programme 2008-2009 au budget programme 2010-2011, les axes stratégiques « Systèmes de santé », « Lutte contre la maladie et Urgences » et « Promotion d'un environnement sain » ont connu des réductions de - 44%, de - 20% et de - 86% respectivement, alors que l'axe « Santé de la mère et de l'enfant » a connu une augmentation de 66%. En passant du budget programme 2010-2011 au budget programme 2012-2013 on observe des réductions allant de - 37% à - 59%, sur l'ensemble des quatre axes. En passant du budget programme 2012-2013 au budget programme 2014-2015, les axes stratégiques « Systèmes de santé » et « Santé de la mère et de l'enfant » ont connu des réductions de - 63% et de - 53% respectivement, alors que les axes « Lutte contre la maladie et urgences » et « Promotion d'un environnement favorable à la santé » ont connu des augmentations de 160% et de 81% respectivement.

Il n'y a aucune constance dans l'évolution des budgets alloués.

Les fonds réguliers sont en grande partie (83% en 2010-2011 et 73% en 2012-2013) consacrés aux frais de personnel et au fonctionnement du bureau.

Pour l'ensemble des programmes, les fonds volontaires sont censés être la principale source de financement. Ils constituent 75.7% du budget total programmé en 2010-2011 et 67.3% de celui de 2012-2013. On constate une réduction significative des montants de fonds VC inscrits d'un budget programme à l'autre sans que pour autant leur mobilisation effective ne soit garantie.

Il aurait été utile de disposer des informations sur les montants des fonds planifiés pour chacun des 13 objectifs stratégiques de l'OMS. En les rapprochant des résultats de l'analyse

de cohérence entre la SCP II et le PSMT 2008-2013, ces informations auraient permis de vérifier si les premières priorités identifiées (SO 6, 10, 4, 2, 5) ont reçu effectivement le niveau d'allocation correspondant.

Bien que les données disponibles ne permettent de telles analyses, il apparaît que dans le contexte d'un budget composé de fonds réguliers limités et de fonds volontaires incertains, l'allocation des ressources en fonction des priorités semble difficile et parfois même inadéquate par rapport aux objectifs à atteindre. Ainsi, alors que la demande de coopération technique est la plus forte pour l'objectif stratégique 6 (promouvoir la santé et le développement), le principal axe stratégique correspondant (Promouvoir un environnement sain) ne reçoit pas de ressources en rapport avec le niveau de priorité annoncé.

Tableau 3: Analyse des allocations budgétaires (en milliers USD) pour la période de la SCP 2009-2015

Budget programme	2008-2009			2010-2011			Variations 2008-2009 à 2010-2011	2012-2013			Variations 2010-2011 à 2012- 2013	2014-2015	Variations 2012- 2013 à 2014- 2015
	RB	EB	Total	RB	EB	Total		RB	EB	Total		Total (RB+EB)	
1. Système de santé	673	1086	1759	143	842	985	-44%	215	406	621	-37%	288	-63%
2. Lutte contre la maladie et urgences	698	7058.6	7756.6	349	5882	6231	-20%	582	3061	3643	-42%	9463	160%
3. Santé de la mère et de l'enfant	303	800.4	1103.4	25	1811	1836	66%	238	900	1138	-38%	540	-53%
4. Promotion d'un environnement sain	1142	125	1267	57	124	181	-86%	42	32	75	-59%	136	81%
5. Présence de l'OMS	-	-	-	725	51	776	-	431	26	457	-41%	522	14%
Totaux	2816	9070	11886	1299	8710	10009	-	1508	4425	5933	-41%	10 949	85%

4.4.3 Le plaidoyer et la mobilisation des ressources

Les informations financières disponibles ne permettent pas de faire une analyse claire sur les montants des fonds alloués, des fonds effectivement mobilisés et finalement des fonds utilisés au bénéfice du pays. Ceci aurait permis non seulement de connaître le montant total de fonds engagés dans la mise en œuvre de la stratégie actuelle, mais aurait également aidé pour l'élaboration d'un budget indicatif pour la prochaine stratégie de coopération.

Les informations parcellaires disponibles indiquent que le niveau global de mobilisation des fonds volontaires est généralement faible ; que certains axes comme la Lutte contre les maladies et Gestion des urgences, et à un degré moindre les axes Santé de la Mère et de l'Enfant et Système de Santé ont davantage bénéficié de fonds volontaires. Pour la gestion des urgences en particulier, l'OMS a reçu 14 406 399 USD au profit du pays entre 2009 à 2015. Le tableau 4 ci-dessous indique la répartition annuelle de ces fonds, les domaines financés ainsi que les principaux contributeurs. L'axe Promouvoir un environnement favorable à la santé n'a bénéficié d'aucun financement volontaire au cours de la période de la Stratégie.

Tableau 4: Liste de projets financés au cours de l'exercice 2009-2015 pour l'Objectif stratégique (SO5) (Urgences)

Année	Titre du Projet	Montant (USA)	Bailleur
2009	Project for emergency health intervention to control the meningitis outbreak in Niger	1,237,088	CERF-RR
	Appui d'urgence au contrôle de la méningite dans la ville de Niamey, Niger	120	France
	Contrôle des épidémies de méningite au Niger pour la saison épidémique 2009-2010	345,628	Belgique
	Improving health facilities case management of medical complications of severe under-nutrition	176,546	CERF-RR
	Critical public health interventions to avoid deaths related to epidemic prone diseases in flood-affected population in Agadez region, Niger	166,771	CERF-RR
	S/Total 2009	2,046,033	
2010	Renforcement de la préparation planifiée du Niger à faire face à la grippe pandémique A (H1N1) par la mise à jour et en œuvre de son plan national de prévention et de riposte en basant sa conception sur l'approche multisectorielle et en l'intégrant dans sa structure nationale de gestion des catastrophes	120,000	CFIA (OCHA)
	Emergency nutrition intervention for saving life of severe malnourished children in Niger	525,900	CERF-RR
	Renforcement du système de santé pour réduire la morbidité et la mortalité liées aux complications médicales graves de la malnutrition et au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	1,518,596	DG-ECHO
	S/Total 2010	2,164,496	
2011	Emergency health response to the humanitarian consequences of Libyan crisis in Niger	495,905	CERF-RR
	Emergency rapid response to prone epidemic diseases in Niger	929,927	CERF-UF
	Reducing the risk of infection of STI /HIV/AIDS among children aged 15 to 24 (girls and boys) and migrants in the 3 communes of the Department of Tanout (Zinder Region) ; mise en œuvre par IRD	108,150	CERF-UF
	S/Total 2011	1,533,982	
2012	Emergency rapid response to basic health needs of populations of four health districts hosting Malian refugees and affected by the food crisis in Tillabéri and Tahoua regions in Niger	632,667	CERF-RR

	Réponse rapide d'urgence à l'épidémie de choléra au Niger	649,586	CERF-RR
	Réponse sanitaire d'urgence aux inondations au Niger	699,901	CERF-RR
	S/Total 2012	1,982,154	
2013	Réponse rapide aux urgences sanitaires au Niger	3,700,000	Japon
2014	<i>Emergency health response to basic health needs of population affected by the Nigerian crisis in the Diffa region</i> . Réponse sanitaire d'urgence aux épidémies de choléra dans les régions de Tillabéri, Niamey, Tahoua, Maradi, Zinder et Diffa", S/Total 2014	599,752 500,303 1,100,055	CERF-RR CERF-UFE
2015	Preparedness and response to major health emergencies (Ebola, cholera and consequences of the Nigerian crisis) in Niger	1,600,000	Japon
	Réponse d'urgence aux besoins sanitaires de base des populations affectées par la crise nigérienne dans la région de Diffa au Niger	279,679	CERF-RR
	S/Total 2015	1,879,679	
	Total 2009-2015	14,406,399	

Le tableau 5 ci-dessous donne, à titre illustratif, pour l'axe Santé de la Mère et de l'Enfant un aperçu sur les montants alloués, mobilisés et dépensés. Il ressort de ce tableau que le niveau de mobilisation de fonds est globalement faible (56,4% des fonds alloués); que le niveau de consommation budgétaire est encore plus faible (39,4% des fonds alloués).

Tableau 5. Analyse des allocations budgétaires (en milliers USD) pour la sous-période 2010-2015
Axe stratégique « Santé de la Mère et de l'Enfant »

Budget – programme Allocations budgétaires	2010-2011	2012-2013	2014 – 2015	Budget total période 2010-2015	Pourcentage par rapport au budget alloué
Montant total alloué	1836	1438	466	3 740	100%
Montant mobilisé	579	442	1100	2 112	56,4%
Montant dépensé	555	428	486	1 469	39,3%

En définitive, les difficultés relevées dans l'allocation et surtout dans la mobilisation et l'utilisation des ressources sont de nature à limiter significativement la mise en œuvre des programmes et l'atteinte des résultats escomptés.

Il convient de noter cependant que les appuis techniques de l'OMS ont permis au Ministère de la Santé et à certains de ses partenaires de mobiliser d'importantes ressources dans le cadre des coopérations bilatérales, multilatérales et des initiatives globales. Les principaux partenaires de l'OMS dans ce cadre ont été : la France, la Belgique, le Luxembourg, le Japon, le Canada, l'Union Européenne, le Fonds GAVI, le Fonds Mondial pour le Palu, le Sida et la Tuberculose et le SNU à travers le Fonds CERF.

4.5 Perceptions des partenaires sur le rôle et la contribution de l'OMS aux efforts nationaux de santé:

Dans le cadre de l'évaluation de la mise en œuvre de la SCP, une équipe de l'OMS s'est entretenue avec un certain nombre d'institutions partenaires pour recueillir leurs perceptions quand au rôle et à la contribution de l'Organisation dans les efforts nationaux visant à améliorer la santé de la population. L'équipe a pu rencontrer un total de 17 partenaires dont 10 en Septembre 2013 lors de la revue à mi-parcours de la SCP et 7 en Août 2015 lors de l'évaluation finale. Ces partenaires interrogés relèvent: du Ministère de la Santé, (SG, DGSP, DGR), du Système des Nations Unies (CR/PNUD, OCHA, UNFPA), des organismes multilatéraux et bilatéraux (UE, Espagne, AFD, Belgique), des ONGs et Associations (Croix Rouge Nigérienne, Helen Keller International, Catholic Relief Service, Care International, ROASSN) et des établissements de formation (Ecole Nationale de Santé Publique et Institut de Santé Publique). Le nombre de partenaires rencontrés a été limité aussi bien en 2013 qu'en 2015. Ceci est dû au fait que les deux exercices ont été conduits en septembre, période de vacances pour la plupart des partenaires. L'échantillon reste cependant représentatif (17 partenaires rencontrés sur un total de 33 sollicités). Les résultats de ces entretiens sont résumés ci-dessous.

4.5.1 Concernant le rôle de l'OMS

Agence spécialisée des Nations Unies chargée des questions de santé, l'OMS est appelée à jouer deux rôles selon sa Constitution: i) agir en tant qu'autorité directrice et coordinatrice dans le domaine de la santé, ii) favoriser la coopération technique en faveur de la santé à l'intérieur des Etats Membres. Sa Constitution lui reconnaît six fonctions essentielles :

- Jouer un rôle moteur dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ;
- Etablir les priorités de la recherche et encourager la production, l'application et la diffusion des connaissances dignes d'intérêt;
- Fixer des normes et des critères, encourager et surveiller leur application ;
- Définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes ;
- Fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelle ;
- Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances

Les perceptions des partenaires sur le rôle de l'OMS sont résumées dans le tableau 5 ci-dessous. Ce tableau montre qu'en dehors du volet promotion de la recherche, toutes les

fonctions essentielles de l'Organisation ont été affectées d'un score moyen supérieur à 3. Les rôles de l'OMS dans les domaines de la surveillance de la situation sanitaire, de la définition des politiques, de la fixation des normes et des critères, du renforcement des capacités nationales et du partenariat, sont particulièrement mis en avant et appréciés des partenaires.

La majorité des partenaires rencontrés ont apprécié l'expertise technique de l'OMS, sa collaboration et les appuis techniques apportés au pays et à ses partenaires dans divers domaines notamment ceux relatifs à: la lutte contre les maladies et des urgences, l'information sanitaire, la santé de la mère et de l'enfant, le développement du système de santé y compris les questions de financement de la santé. Les avantages comparatifs de l'OMS sont reconnus « indéniables » notamment dans le cadre de son rôle normatif et dans le partage d'information avec le gouvernement et les partenaires, notamment sur la surveillance des maladies.

Cependant, il y a également une très forte attente de voir l'OMS jouer un rôle plus important dans la coordination du partenariat pour la santé. En effet, depuis 2006, le rôle de Chef de file a été joué par la coopération bilatérale (Belgique jusqu'en 2011, Espagne de 2012 à 2014 et actuellement l'UNICEF) dans le cadre du partenariat en appui à la mise en œuvre des plans de développement sanitaires (2006-2010 et 2011-2015). Cette dynamique créée dans le cadre de la mise en œuvre du COMPACT devrait tenir compte du rôle de chef de file reconnu à l'OMS par la communauté internationale dans le domaine de la Santé et faire en sorte que l'OMS assure le secrétariat de ce cadre de concertation en vue de créer une meilleure synergie des interventions des partenaires du secteur de la Santé. Ceci a conduit l'OMS à proposer la mise en place d'un système de coordination avec trois postes : un poste de Chef de file et de Chef de file Adjoint qui seraient assurés de façon rotative par les Chefs d'agences des deux sous groupes (bilatéraux et multilatéraux) et un poste de Secrétaire Permanent qui serait assuré par l'OMS. Si la rotation de Chef de file est effective, ce poste est actuellement occupé par l'UNICEF, la mise en place du secrétariat permanent tarde à être concrétisée.

Selon l'avis de certains partenaires, l'OMS doit se détacher davantage des activités de mise en œuvre, de mieux se focaliser sur ses fonctions essentielles et multiplier les occasions de partage d'expériences y compris sur celles d'autres pays. Il est attendu d'elle d'impulser davantage de changements dans la gestion du système santé, de soutenir de façon effective certains domaines clés de la recherche opérationnelle. L'OMS devrait vulgariser davantage les documents et soutenir le pays dans la production de données désagrégées en vue notamment de faciliter la prise en compte des notions de genre, d'équité et de droits humains dans le secteur de la santé. Elle devrait réduire la bureaucratie, être davantage sur le terrain en situation d'urgence.

**Tableau 6: Perceptions des partenaires sur les fonctions essentielles de l'OMS au Niger
Août 2015**

Fonctions essentielles OMS	Score (n=12)							Score moyen
	0	1	2	3	4	5	Total	
Jouer un rôle moteur dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire		1	5	1	2	3	30	3.3
Etablir les priorités de la recherche et encourager la production, l'application et la diffusion des connaissances dignes d'intérêt;	3		4	4	1		14	1.5
Fixer des normes et des critères, encourager et surveiller leur application	1		2	2	7	2	32	3.5
Définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes				2	7	3	38	4.2
Fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles	1		1	3	5	2	33	3.7
Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances				1	5	6	42	4.7
Totaux des réponses obtenues	5	1	12	13	25	16	54	

Notation : 0- très faible/ne sait pas ; 1-faible ; 2-satisfaisant ; 3-bon ; 4-très bon ; 5-excellent

4.5.2 Concernant la contribution de l'OMS :

La contribution de l'OMS a été examinée au double plan institutionnel et programmatique :

- au plan institutionnel, il s'agissait de mesurer les efforts de l'OMS dans la mise œuvre des principes de base devant guider l'élaboration des stratégies de coopération avec les pays
- au plan programmatique, il s'agissait d'obtenir les points de vue des partenaires sur le niveau de mise en œuvre des activités prioritaires retenues dans la SCP 2009-2015.

4.5.2.1 Au plan institutionnel :

Le tableau ci-dessous résume les perceptions des partenaires sur le niveau de contribution de l'OMS au plan institutionnel.

Tableau 7: Perceptions des partenaires sur la contribution de l'OMS au plan institutionnel.

Comment qualifiez-vous la contribution de l'OMS au plan institutionnel ?	Indicateurs : sont relatifs à la mise en œuvre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide.	Score (n=7)						Score moyen
		0	1	2	3	4	5	
Appui au renforcement de l'appropriation nationale :	<ul style="list-style-type: none"> Encadrement et contrôle par le pays de l'élaboration et exécution des programmes. Renforcer les systèmes et capacités nationales pour la conception, la mise en œuvre, la coordination, le suivi et évaluations des programmes et projets 			2	1	4		3.2
Alignement de l'OMS avec les priorités sanitaires nationales en vue notamment de la réalisation des OMD	<ul style="list-style-type: none"> Synchronisation des plans de l'OMS avec ceux du pays Prise en compte par l'OMS des priorités définies dans les plans nationaux Coordination des missions sur le terrain 			1	2	2	2	3.7
Harmonisation des procédures de l'OMS avec celles du pays :	<ul style="list-style-type: none"> Simplification et adaptation des procédures de l'OMS Utilisation des procédures du pays en matière de budget, de commandes et rapport. 	3		1	1	2		1.8
Participation de l'OMS en tant que membre de l'équipe des NU ou des PTF :	<ul style="list-style-type: none"> Collaboration avec les autres agences du SNU et PTF Réponse aux attentes des autres agences à travers présence effective personnel international et participation aux activités. Projets conjoints Coordination missions terrain 		1		2	1	3	3.7
Rôle de <i>facilitateur</i> joué par l'OMS entre les divers acteurs de la santé:	<ul style="list-style-type: none"> dialogue stratégique sur les politiques, appui à la mobilisation de ressources, communication aux autorités et aux partenaires de données sur les problématiques sanitaires 		1	2	3	1		2.1
Totaux réponses		3	2	6	9	10	5	35

Notation : 0- très faible/ne sait pas ; 1-faible ; 2-satisfaisant ; 3-bon ; 4-très bon ; 5-excellent

La contribution de l'OMS est largement appréciée (5 partenaires sur 7 ont donné une cotation égale ou supérieure à 3) dans les appuis techniques qu'elle apporte au pays en vue du renforcement de ses capacités. L'OMS joue un rôle clé dans les exercices de planification, de suivi de la mise en œuvre et d'évaluation des projets et programmes et dans la mobilisation de ressources.

Les programmes de l'OMS sont reconnus comme étant bien alignés avec les priorités nationales et en harmonie avec ceux des autres partenaires (6 partenaires sur 7 ont donné une cotation égale ou supérieure à 3), ceci en dépit de quelques difficultés rencontrées au niveau de la mise œuvre. Ces difficultés sont généralement liées aux procédures de gestion de l'Organisation, procédures qui sont encore mal maîtrisées tant par le personnel du bureau que par les partenaires. Les avantages attendus du système de coopération financière directe (DFC), qui vise à utiliser les procédures du pays en matière de budget, de commande et de rapport, ne sont pas encore au rendez-vous.

L'OMS a une bonne collaboration (6 partenaires sur 7 ont donné une cotation égale ou supérieure à 3) avec les autres partenaires techniques et financiers (PTF) du secteur de la santé. Cette collaboration est particulièrement renforcée avec les agences du Système des Nations Unies avec lesquelles l'OMS partage plusieurs projets conjoints et plusieurs réseaux de coordination.

Bien que son rôle de facilitateur soit reconnu par une majorité de partenaires (4 sur 7 ont donné une cotation égale ou supérieure à 3), il est attendu de l'OMS d'influencer davantage les politiques nationales, d'assurer un plaidoyer plus fort auprès des autorités nationales en vue d'un meilleur positionnement et d'une meilleure gouvernance du secteur santé. Il est également attendu d'elle de ne pas s'attacher uniquement au Ministère de la santé, mais de s'ouvrir également aux autres institutions nationales, notamment celles de la société civile. L'OMS devrait aider à clarifier les rôles des différents partenaires de la santé en présence du Gouvernement, à l'effet de faire comprendre aux uns et aux autres la nécessité de travailler de façon complémentaire, chacun dans sa sphère de responsabilité, sans opposition, dans l'intérêt de la santé des populations.

4.5.2.2 Au plan programmatique :

Il s'agissait d'obtenir les points de vue des partenaires sur : i) les domaines où l'intervention de l'OMS était nécessaire et suffisante ; ii) les domaines où l'intervention de l'OMS était nécessaire mais insuffisante ; iii) les domaines dans lesquels l'OMS a un avantage comparatif et devrait se concentrer ; iv) les domaines dont l'OMS devrait éventuellement se désintéresser au prochain cycle. Les réponses obtenues des partenaires sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 8 : Perceptions des partenaires sur la contribution de l'OMS au plan programmatique

Domaines	Interventions	Fonctions
2. Domaines où l'intervention de l'OMS était nécessaire et suffisante :	<ul style="list-style-type: none"> • Lutte contre la maladie, gestion des épidémies et autres catastrophes • Vaccination • Renforcement système de santé • Renforcement capacités personnels 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition des normes • Définition des politiques et stratégies • Dialogue politique • Conseils techniques • Coordination
3. Domaines où l'intervention de l'OMS était nécessaire mais insuffisante :	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la santé /communication • Information sanitaire et recherche • Formation ressources humaines • Santé mère et enfant • Financement de la santé • Mobilisation ressources pour la santé • Médicaments 	
4. Domaines dans lesquels l'OMS a un avantage comparatif et devrait se concentrer	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance et lutte contre la maladie et gestion des urgences • Information sanitaire • Renforcement système santé • Financement de la santé • Développement ressources humaines • Environnement favorable à la santé • Promotion santé mère et enfant • Promotion de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Définition des normes et standards • Conseil technique et stratégique • Coordination et chef de file santé • Partenariat élargi (+ Société civile) • Facilitation
5. Domaines dont elle devrait se désintéresser au prochain cycle :	<ul style="list-style-type: none"> • Activités de mise en œuvre • Renforcement gouvernance du MSP • Organisation ateliers • Dons et logistiques 	

V. Bilan de la mise en œuvre des objectifs de l'agenda stratégique :

Le bilan de la mise en œuvre de la SCP vise à déterminer la contribution de l'OMS dans les résultats obtenus par le pays en termes d'amélioration de l'état de santé de la population.

L'objectif général que s'était assigné le Niger à travers la Déclaration de politique sanitaire adoptée en Mai 2002 était d' «Améliorer l'état de santé de la population d'ici 2011» à travers la réalisation des objectifs intermédiaires suivants :

1. Rapprocher les centres de soins de la population à travers la poursuite de la décentralisation effective des services de santé, basée sur le développement du District Sanitaire et le renforcement des Centres Hospitaliers de Référence
2. Accroître la couverture sanitaire de 47,6% à 80% d'ici 2011
3. Accroître l'efficacité de la maintenance des infrastructures sanitaires et des équipements biomédicaux
4. Accroître l'efficacité du système de prévention sanitaire basée sur le renforcement de vaccination, de l'information et de l'éducation pour la santé, de l'hygiène et de l'assainissement
5. Accroître l'efficacité et l'efficience de la gestion des ressources humaines, financières et matérielles mise à la disposition des services de santé
6. Renforcer la responsabilisation des communautés et leur capacité d'identification, de planification et de gestion des activités de santé
7. Assurer une disponibilité et une accessibilité équitable aux soins et services de qualité à tous les niveaux du système
8. Agir en synergie avec les secteurs connexes pour la mise en œuvre des politiques nationales en vue d'une réduction significative de la pauvreté
9. Développer la santé de la reproduction en mettant l'accent sur la santé de la femme, de l'enfant, des jeunes et adolescents, la planification familiale, la nutrition et la lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement transmissibles.
10. Réduire significativement la morbidité et la mortalité dues aux infections aiguës les plus meurtrières, aux maladies transmissibles justiciables de prévention par la vaccination et aux maladies chroniques.
11. Développer le suivi de la croissance de l'enfant, la supplémentation en micronutriments des groupes à risques et l'allaitement maternel exclusif au sein.

Cette politique a été mise en œuvre à travers deux plans de développement sanitaire (PDS) : le PDS 2005-2010 et le PDS 2011-2015. L'évaluation de cette politique en Juin 2015 a permis de mesurer les résultats obtenus en termes de disponibilité de ressources, d'accessibilité et d'utilisation des produits et services, et finalement, d'effets et d'impacts sur l'état de santé de la population.

5.1 Evolution de la situation sanitaire nationale au cours de la période 2009-2015

En dépit d'un contexte difficile, marqué par des nombreuses crises politique, sécuritaire, alimentaire, dans un environnement caractérisé par une pauvreté généralisée, le secteur de la santé a enregistré des progrès notables et parfois même quelques succès au cours de la période 2009-2015. Le tableau 9 ci-dessous présente l'évolution récente de la situation sanitaire dans certains domaines clés.

Tableau 9: Evolution de la situation sanitaire dans certains domaines clés au cours de la période 2009-2015

Domaines	Principaux résultats du pays	Rôle de l’OMS Influence suffisante Influence insuffisante Influence nécessaire
Gouvernance du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Formulation et mise en œuvre de politiques, stratégies et plans adaptés à tous les niveaux du système de santé avec des processus d’élaboration dans l’ensemble maîtrisé - Mise en place du dispositif nécessaire pour un financement équitable de la santé (compte nationaux de la santé en voie d’institutionnalisation, mise en place du dispositif de la couverture universelle en santé, instauration de la politique de gratuité des soins) - Poursuite des efforts de la décentralisation/ déconcentration des services de santé - - De nombreux obstacles demeurent : lenteur du processus de décentralisation au niveau national, insuffisance des ressources accordées par l’Etat et les collectivités territoriales, insuffisance des ressources humaines pour soutenir la réforme au niveau périphérique 	En dépit d’un fort engagement de l’OMS pour soutenir le processus, la gouvernance du système reste encore faible. L’influence de l’OMS mérite d’être renforcée.
Renforcement du système de santé fondé sur les soins de santé primaires	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation du système national de santé reste fondée sur les soins de santé primaires. - Décentralisation dans le secteur de la santé avec délégation de pouvoir aux différents échelons de la pyramide sanitaire - Renforcement du système de santé de district (affectation de 2 médecins par équipe de district ; sur les 42 districts sanitaires 34, soit 80%, disposent d’hôpitaux de district ; sur les 34 hôpitaux de district, 27 disposent de blocs opératoires et de médecins formés en chirurgie de district ; médicalisation des centres de santé intégré renforcement des cases de santé qui sont tenues par des infirmiers contractuels en remplacement des anciens agents formés en 3 mois. - 	L’influence de l’OMS a été capitale dans la mise en place d’un système de santé à trois niveaux fondé sur les soins de santé primaire. Les efforts seront à poursuivre en vue d’une meilleure efficacité du système de santé.
Intensification interventions prioritaires (OMD)	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêt de la transmission locale de la poliomyélite: pays considéré comme non endémique avec cependant risque élevé d’importation; - Eradication du ver de Guinée - Sero-prévalence VIH-Sida est passé de 0,70% en 2006 à 0,4% en 2012 (EDSN-MICS 2012) - Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est passé de 274‰ en 2006 à 198‰ en 2010 et à 127‰ en 2012 - Taux de mortalité maternelle est passé de 648‰ en 2006 à 535 pour 100 000 naissances vivantes en 2012 (enquêtes EDSN/MICS IV de 2006 et de 2012) - Amélioration des couvertures vaccinales pour l’ensemble des antigènes: BCG (107%); VPO1 (102%); VPO3 (95%); Penta1 (104%); Penta3 (96%); VAR (91%); VAA (90%); VAT2+ (81%). - Situation épidémiologique de la méningite, de la rougeole, et du choléra est globalement sous contrôle (Figure 2 et suivantes) 	L’influence de l’OMS a été essentielle dans les résultats obtenus par le pays dans les domaines particuliers de la lutte contre la maladie, y compris la gestion des épidémies et autres urgences et de la santé de la mère et de l’enfant. Les appuis de l’OMS ont été particulièrement importants en matière de conseils techniques, de définition de normes, de politiques et de stratégies, de mobilisation de ressources. L’OMS devra maintenir son leadership dans ce domaine.
Déterminants de la santé : <i>promotion santé collaboration intersectorielle</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration de la stratégie nationale de la promotion de la santé et de la stratégie nationale santé et environnement - Les niveaux de mise en œuvre des programmes relatifs à la promotion de la santé et à la collaboration intersectorielle restent faibles. - Elaboration de la stratégie pour la résilience du secteur de la santé du Niger aux changements climatiques - 	L’influence de l’OMS a été insuffisante dans la mise en œuvre de ces différentes stratégies en raison notamment de la modicité des ressources humaines et financières accordés à ce volet. L’appui de l’OMS dans ce domaine est à renforcer.
Partenariat et mobilisation de ressources	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration d’un COMPACT avec fonds commun financé par les partenaires - Mise en place d’un cadre permanent de concertation entre le MSP et les PTF du secteur santé - Instauration des revues conjointes de suivi de la mise en œuvre des plans de développement sanitaire - Elaboration de la Feuille de Route de la redevabilité pour la santé de la femme et de l’enfant 2012-2015 - Elaboration d’une stratégie nationale de contractualisation dans le secteur de la santé - Importants efforts de mobilisation de ressources surtout dans le cadre de la lutte 	L’OMS a joué un rôle important à travers la fourniture de guides et d’appuis techniques, l’élaboration de documents de mobilisation de ressources

	<p>contre la maladie et de la promotion de la santé de la mère et de l'enfant</p> <p>- Programme Luxembourg-OMS de dialogue politique en santé mis en œuvre</p>	
Evaluation et gestion des risques	<p>- Fréquence des urgences qui ont conduit le pays à mettre en place au niveau national et régional un dispositif pour la gestion des urgences et catastrophes.</p> <p>- Renforcement du dispositif de prévention et lutte contre les épidémies</p> <p>- La composante évaluation des risques reste cependant faible.</p>	<p>L'OMS a joué un rôle clé dans la gestion du cluster santé, dans l'élaboration des documents techniques, l'appui sur le terrain et la mobilisation des ressources. L'OMS devra poursuivre son action y compris dans le domaine de l'évaluation des risques.</p>

5.2 Contribution de l'OMS aux efforts de santé du pays

L'OMS a joué un rôle significatif dans la réalisation de objectifs de la politique nationale de la santé à travers la mise en œuvre de la stratégie de coopération 2009-2015 développée autour de quatre (4) axes stratégiques : i) Amélioration de la performance du système de santé; ii) Lutte contre la maladie, la gestion des urgences et des catastrophes ; iii) Santé de la mère et de l'enfant ; iv) Promotion d'un environnement favorable à la santé.

La contribution de l'OMS aux efforts ci-dessus du pays sera évaluée à travers: la fourniture d'intrants, la facilitation ou fourniture de certains produits et services, ensemble d'actions qui relèvent de la responsabilité directe de l'Organisation, les niveaux amélioration de l'accès et utilisation des services et amélioration de la santé des populations de la chaîne des résultats restant de la responsabilité conjointe du pays avec tous ses partenaires dont l'OMS.

Les exercices d'élaboration des budgets programmes 2008-2009, 2010-2011, 2012-2013 et 2014-2015, sur la base des orientations de la stratégie de coopération et en collaboration étroite avec les cadres nationaux, ont confirmé la pertinence des domaines choisis et leur alignement sur les priorités nationales. L'analyse et l'exploitation des rapports d'évaluation des activités réalisées entre 2009 et 2015 par l'OMS ont donné les résultats présentés ci-dessous, sous un double plan, programmatique et institutionnel.

5.2.1 Bilan programmatique

Ce bilan concerne l'évaluation de la contribution de l'OMS à la réalisation du programme national à travers la fourniture d'intrants, la réalisation d'activités et la fourniture de produits et services.

5.2.1.1 Amélioration de la performance du système de santé :

Les principaux engagements de l'OMS à travers la SCP 2009-2015 concernaient notamment: le renforcement du leadership et des capacités institutionnelles du MSP, l'amélioration de l'information sanitaire et la promotion de la recherche, l'établissement des normes de qualité dans les prestations de soins, le développement des ressources humaines et financières pour la santé, l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des médicaments et matériels de laboratoires.

a. Renforcement de la gouvernance du secteur:

L'OMS a apporté des soutiens techniques et financiers à la formulation, à la mise en œuvre, au suivi et évaluations des politiques, stratégies et plans nationaux, régionaux et de districts. Il s'agit notamment de l'évaluation à mi-parcours du PDS 2005- 2010, de l'élaboration et de l'évaluation à mi-parcours du PDS 2011-2015, l'élaboration du COMPACT pays et son

évaluation, l'élaboration de plans stratégiques des programmes et directions du Ministère de la santé, l'évaluation de la politique nationale de santé de 2002, l'audit organisationnel et institutionnel du Ministère de la Santé. L'OMS a apporté un appui technique et financier à la production du rapport sectoriel santé sur la mise en œuvre de la Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP) 2008-2012. Elle a apporté un appui technique et financier pour la vulgarisation du PDES 2012-2015 au profit des cadres des trois niveaux du système de santé en vue d'une meilleure appropriation du contenu de ce document. Elle a contribué aux revues et évaluations des programmes prioritaires, notamment ceux relatifs aux OMD liés à la santé. L'OMS a soutenu la révision du projet de la loi hospitalière et l'élaboration de 9 projets d'établissement hospitalier ainsi que le processus de révision des normes du ministère de la santé. Elle soutient l'élaboration toujours en cours de la carte sanitaire nationale. L'OMS a également apporté son appui à l'élaboration de plusieurs textes réglementaires et législatifs, notamment le Code de la santé publique, la stratégie nationale de promotion de la santé, les stratégies de prise en charge de lutte contre les maladies prioritaires, la réglementation de l'exercice privé des professions de santé. D'autres soutiens ont concerné le développement d'outils et de guides techniques, les missions d'appui technique reçues des Equipes Inter-pays, du Bureau régional et ou du Siège (en moyenne 15 à 20 par an) et dont les détails sont présentés dans le tableau 6, au chapitre appui institutionnel.

Dans le domaine du partenariat pour la santé, l'OMS a soutenu la révision du cadre partenarial des partenaires techniques et financiers (PTF) du Ministère de la Santé et l'élaboration d'un répertoire des PTF. Elle a aidé le Niger à bénéficier de l'appui du Programme OMS-Luxembourg 2013-2015 sur le dialogue en santé en cours d'exécution dans plusieurs pays. Elle a contribué à l'élaboration et la mise en place d'un COMPACT pour soutenir la mise en œuvre du PDS 2011-2015. Elle a contribué à la tenue des revues semestrielles et annuelles du PDS et participé à plusieurs missions conjointes avec le Ministère de la Santé, les autres partenaires ou les autres agences du SNU, en vue d'une meilleure appréciation des interventions sur le terrain. Elle a contribué au processus de révision des textes sur la participation communautaire et à la formation des membres de comités de gestion (COGES) en micro-planification et l'élaboration de micro-plans des Centres de Santé Intégrés (CSI).

En matière de plaidoyer, plusieurs actions ont été menées auprès du gouvernement et des autres partenaires en vue d'accroître les ressources financières en faveur de la santé. L'OMS a aussi joué son rôle de conseiller en matière de santé au sein du Système des Nations Unies (SNU) et a pris une part active dans la mise en œuvre des activités de l'UNDAF 2009-2013 et de l'UNDAF 2014-2018 en cours, notamment le programme conjoint de développement de la région de Maradi dans lequel l'OMS était chargée de l'exécution des volets lutte contre le VIH/Sida et l'équipement des formations sanitaires de trois districts de la zone du projet. L'OMS collabore également avec les autres agences du système des nations unies et le gouvernement dans le cadre de la mise en œuvre de l'Initiative « Communes de convergence ».

b. Information sanitaire et recherche :

L'OMS a contribué régulièrement à la révision des supports de collecte de données du SNIS ainsi qu'à la diffusion des résultats à l'ensemble des partenaires de la santé. Elle a soutenu l'élaboration d'un Plan stratégique de la recherche en santé et d'un répertoire national des chercheurs et des recherches en santé. Elle a contribué à l'évaluation du SNIS et à

l'élaboration de son plan stratégique 2012-2020, ainsi qu'à la validation du référentiel des indicateurs du SNIS. Elle a également fourni des appuis techniques et financiers pour le processus d'une enquête SARA d'évaluation de la disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé. Dans le cadre du renforcement des capacités des structures et du contrôle de la qualité des données, l'OMS a soutenu le pays pour l'élaboration d'une requête pour le Renforcement du Système de Santé (RSS) chiffrée à 40 millions de dollars approuvée par GAVI pour la période 2014-2018 avec une composante importante pour le suivi-évaluation en général et le renforcement du système national d'information en particulier.

En matière de diffusion de bases factuelles, le bureau a appuyé régulièrement l'élaboration et la production des annuaires des statistiques sanitaires. Il a assuré la diffusion de tous les documents pertinents reçus du Siège et du Bureau régional, y compris la Déclaration d'Abuja sur le financement de la santé, la Déclaration de Tunis sur l'optimisation des ressources, la soutenabilité et la redevabilité dans le secteur de la santé, la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires, la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'environnement et l'Engagement de Luanda sur sa mise en œuvre, la Déclaration d'Alger sur la recherche en santé en Afrique, le Rapport de l'OMS sur les déterminants socio-économiques de la santé, ce qui a permis une meilleure intégration des orientations proposées dans les documents stratégiques du secteur de la santé et des secteurs connexes. L'OMS a apporté un appui technique à la réalisation de la quatrième enquête démographique et de santé et à Indicateurs multiples (EDSN-MICS IV) de 2012 et a contribué à la préparation technique du troisième recensement général de la population et de l'habitat de 2013.

c. Amélioration de la qualité des services et des soins

L'OMS a soutenu l'élaboration d'un plan stratégique national « Assurance qualité des soins » et apporté un appui au suivi des formations sanitaires appliquant la stratégie notamment dans la région de Maradi. Dans le cadre de la préparation de la réunion internationale sur les soins de santé tenue à Ouagadougou en Avril 2008, l'OMS a soutenu l'élaboration du rapport pays sur les soins de santé primaires, le processus de réorganisation des districts à forte densité de populations et la mise sur pied d'un outil visant à faciliter l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé. L'Organisation a aussi apporté son appui à l'élaboration d'une stratégie nationale de lutte contre les infections nosocomiales qui a été validée et mise en œuvre à partir de 2014. Elle a soutenu l'élaboration et la diffusion de guides de supervision du niveau central vers les directions régionales, des directions régionales vers les districts et des districts vers les centres de santé intégrés.

d. Développement des ressources humaines pour la santé :

L'OMS a apporté son appui à l'élaboration et l'opérationnalisation du plan de développement des ressources humaines (PDRH) 2011-2020. Elle a soutenu le Ministère dans l'élaboration du profil pays ressources humaines, d'un projet de plan de carrière et d'un guide de gestion des ressources humaines. Une formation à l'utilisation de l'outil d'évaluation de la charge de travail (WISN) a été organisée pour 35 cadres de la DRH, les membres du comité chargé de la révision des normes du ministère de la santé publique et des gestionnaires des ressources humaines des 8 directions régionales de santé publique. Toujours dans ce cadre, l'OMS a appuyé la Direction des ressources humaines du ministère de la santé pour l'organisation d'un atelier de réflexion sur le fonctionnement et la réorganisation de ladite direction ; elle a soutenu le lancement du processus de mise en place de l'observatoire national des ressources humaines pour la santé et entamé plusieurs études, notamment la cartographie des stratégies

de fidélisation des ressources humaines, l'étude du marché de travail du personnel en santé et l'étude sur les préférences du personnel de santé à servir en zone rurale.

Dans le domaine particulier de la formation, l'OMS a soutenu l'harmonisation du programme UEMOA et l'introduction de l'enseignement LMD dans les institutions de formation en santé, notamment la Faculté des Sciences de la Santé, l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) et l'Institut de Santé Publique (ISP). Elle a contribué au renforcement des capacités pédagogiques des écoles de santé à travers la révision du curricula, la fourniture de logistiques et le soutien aux stages en zone rurale des étudiants. Entre 2009 et 2015, l'OMS a mis à la disposition du pays cinq spécialistes : trois gynéco-obstétriciens, un orthopédiste-traumatologue et un neurochirurgien.

e. Financement de la santé :

Depuis 2002, l'OMS soutient le Ministère de la Santé Publique dans la conduite régulière des exercices des comptes nationaux de la santé. La production de ces comptes nationaux de la santé a permis de renforcer les capacités du MSP en matière de préparation budgétaire qui est de plus en plus basée sur des données factuelles relatives aux dépenses de santé, aux répartitions équitables de ressources et à l'efficacité de leur utilisation.

L'OMS a soutenu l'élaboration et la révision des Cadres des Dépenses à Moyen Terme 2011-2015 du secteur de la santé, en vue de mieux recadrer les objectifs de développement sanitaire aux ressources mobilisables. Elle a soutenu le pays pour l'élaboration d'une Stratégie nationale de financement en vue de la couverture universelle en santé. D'autres appuis ont concerné : l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre du COMPACT pays et l'étude sur les coûts des prestations de services. Elle a par ailleurs apporté son appui au pays pour la mobilisation de ressources à travers divers partenaires, notamment le Fonds Mondial, GAVI, l'UE, le Luxembourg et l'organisation de plusieurs réunions de plaidoyer et de mobilisation de ressources avec les partenaires nationaux.

f. Disponibilité et de la qualité des médicaments et matériels de laboratoires :

L'OMS a soutenu en 2012 l'élaboration de la Stratégie nationale d'approvisionnement en médicaments et autres produits pharmaceutiques dans le but d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels d'efficacité, de sécurité et de qualité suffisantes à tous les niveaux du système de santé à travers la mise en place d'un système global d'approvisionnement restructuré, performant et pérenne. Elle a appuyé l'établissement de la liste nationale de matériels, réactifs et consommables de laboratoires, l'élaboration du profil pharmaceutique pays et la révision et la reproduction de la liste nationale des médicaments essentiels, l'élaboration et la reproduction du guide thérapeutique pour prendre en compte les médicaments pour la santé de la mère et de l'enfant. Elle a apporté un soutien en substances de base au Laboratoire national d'Analyse et d'Expertise (LANSPEX) pour le contrôle de la qualité des médicaments. Elle a participé à la promotion des médicaments issus de la médecine traditionnelle à travers l'organisation chaque année de la journée africaine de la médecine traditionnelle et contribué au renforcement des capacités des guérisseurs traditionnels.

En matière de technologies biologiques et scientifiques, l'OMS a soutenu en collaboration avec d'autres partenaires l'organisation de 10 campagnes de collecte de sang, la formation de 20 agents en sécurité transfusionnelle, l'organisation de missions d'inspection des établissements

pharmaceutiques dans les régions et districts, la formation en Assurance Qualité de 10 agents de la SONIPHAR en vue de l'amélioration de la production locale des médicaments.

5.2.1.2 Lutte contre les maladies, gestion des urgences et catastrophes :

- *Intensification des interventions de santé orientées vers les pathologies dominantes avec focalisation sur les couches les plus vulnérables,*

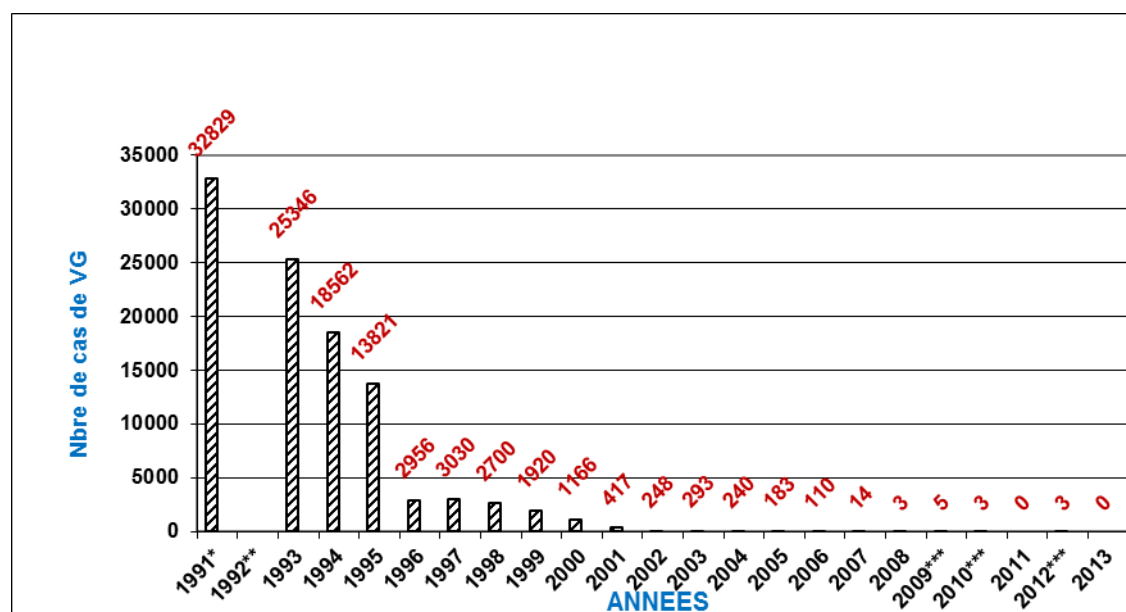
Les appuis de l'OMS ont porté essentiellement sur: la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (MTN), l'éradication des maladie évitables par la vaccination, la lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, la lutte contre les maladies non transmissibles, la surveillance épidémiologique et la préparation et la réponse aux situations d'urgence et catastrophes.

- *Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées :*

L'OMS a contribué à l'élaboration d'un plan directeur national de lutte contre les MTN pour la période 2012-2016 portant sur dix (10) maladies prioritaires (Bilharziose, Géo helminthiases, Filariose lymphatique, Onchocercose, Lèpre, Trachome, Dracunculose ou Ver de Guinée, Leishmanioses, Rage, et Trypanosomiase Humaine Africaine). Elle a soutenu régulièrement le pays pour, la sensibilisation des populations, l'organisation de campagnes de masses de distribution de médicaments, la formation des personnels de santé, la surveillance pré et post certification, les enquêtes épidémiologiques, la chimiothérapie préventive ou curative, notamment celle de l'onchocercose, de la dracunculose et de la lèpre. Elle a assuré la fournitures des appuis techniques, des directives et outils requis. Elle a assuré la mobilisation des ressources financières nécessaires aux divers programmes.

Des résultats notables ont été ainsi obtenus. Ainsi, le Niger a obtenu le certificat d'éradication du ver de Guinée, notifié officiellement au pays par les lettres de la Directrice générale de l'OMS et du Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique en Décembre 2013. L'évolution de l'éradication des cas est indiquée la figure XX ci-dessous.

Figure 2: Evolution des cas de ver de Guinée au Niger, de 1991 à 2013.



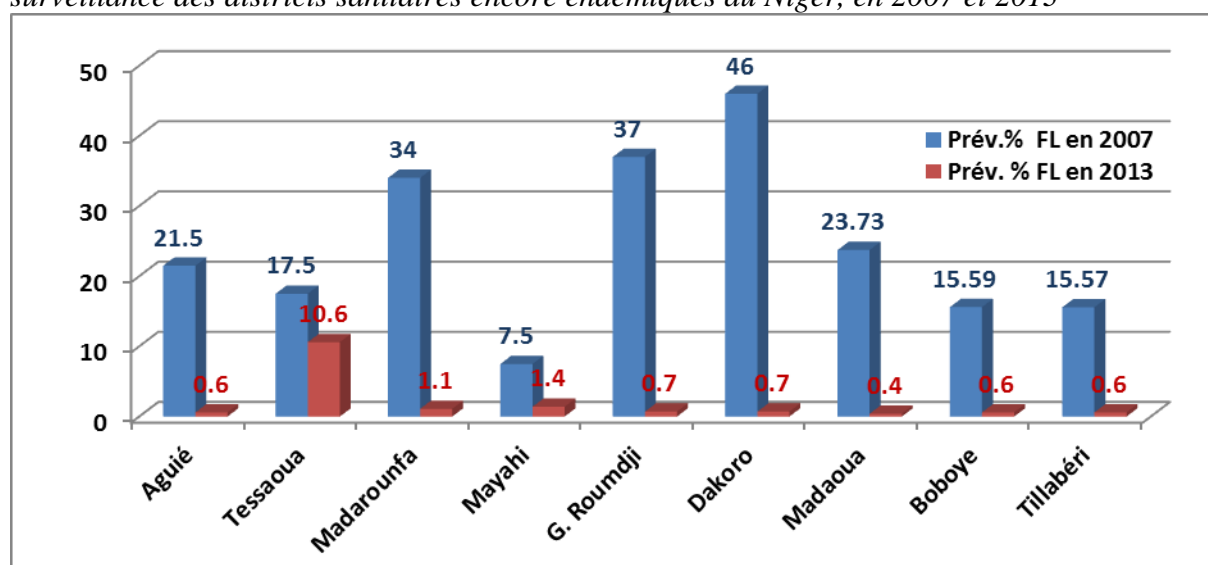
Source : Données/DPNEVG/MSP-Niger

NB : 1991 : données de l'enquête nationale ; 1992** : préparation du Plan d'Action et recherche de financement ; 2008 : détection du dernier cas autochtone de VG dans la région de Tillabéri ; 2009*** : 5 cas importés (1 cas du Ghana, 4 cas du Mali) ; 2010*** : 3 cas importés du Mali ; 2012*** : 3 cas importés du Mali.*

Le maintien de la situation de l'éradication se poursuit, car en 2014 et en 2015, aucun cas autochtone, ni importé de ver de Guinée, n'a été enregistré sur l'ensemble du pays, malgré le voisinage avec deux pays africains encore endémiques, que sont le Mali au Nord et le Tchad à l'Est. Ce résultat est dû au renforcement des activités de surveillance épidémiologique et de mobilisation social de phase de post-certification de l'éradication de la dracunculose.

En outre, grâce à l'appui de l'OMS, les autres maladies tropicales négligées ne représentent plus un problème de santé publique au Niger. L'enquête nationale de 2003-2004 sur la prévalence de la Filariose lymphatique avait montré que 31/42 districts étaient endémiques de la filariose lymphatique, avec de prévalences variant de 25 à 100 %. Depuis 2007, année de démarrage des campagnes de chimiothérapie préventive, elles oscillent entre 0,6 et 10,6 % selon les données d'évaluation de 2013 au niveau des 9 sites sentinelles retenus dans le pays, illustrés par la figure 3 ci-après :

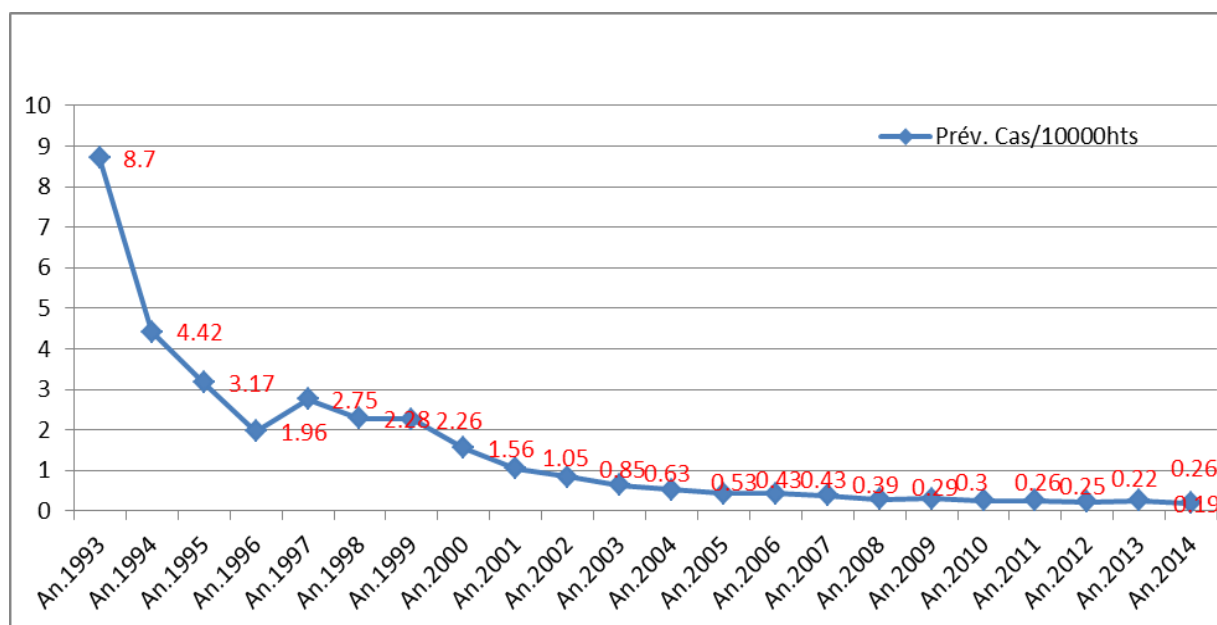
Figure 3: *Prévalences comparées de la Filariose lymphatique dans les sites sentinelles de surveillance des districts sanitaires encore endémiques au Niger, en 2007 et 2013*



Source: PNL-Oncho/FL/MSP-Niger;

Il faut aussi noter le maintien de l'élimination de l'Onchocercose à 0 % de prévalence et de l'élimination de la lèpre au niveau national avec une prévalence de moins de 0,30 cas/10 000 habitants (seuil de <1 cas/10 000 habitants requis par l'OMS) au cours de ces 5 dernières années. la poursuite des activités de dépistage de masse et de traitement des malades de la lèpre au niveau des districts ayant encore des prévalences élevées de 2 cas à 7 cas/10 000 habitants (Figure 4).

Figure 4 : Evolution de la prévalence de la lèpre au Niger de 1991 à 2014 :



Source : Données : rapports annuels d'activités/PNLL/MSP-Niger.

- *Lutte contre les maladies évitables par la vaccination*

Au cours de la période de mise en œuvre de la SCP 2009-2015, le soutien technique de l'OMS au Programme national était centré sur 3 domaines : i) le soutien au renforcement de la performance du PEV de routine y compris l'introduction de nouveaux vaccins ; ii) les activités de vaccination supplémentaire en vue notamment de l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos maternel et néonatal, le contrôle de la rougeole et de la fièvre jaune ; iii) la surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination

o **Renforcement du PEV de routine**

L'appui de l'OMS a concerné les domaines suivants:

a) L'élaboration et le suivi de la mise en œuvre des plans stratégiques : l'OMS a soutenu l'élaboration du PPAC 2011-2015, l'évaluation du PPAC 2011-2015 et l'élaboration du PPAC 2016-2020. Elle a soutenu l'organisation en 2012 des Etats généraux de la vaccination, exercice qui a permis de faire un diagnostic exhaustif des goulots d'étranglement du PEV et conduit à d'importantes résolutions relatives au déblocage à temps du paiement de la contrepartie de l'Etat pour l'achat des vaccins et le financement des campagnes de masse.

b) Le renforcement des capacités des agents à tous les niveaux du système de santé par la formation sur l'approche atteindre chaque district « ACD ». L'OMS a mobilisé des fonds additionnels à travers des projets soumis au CDC « Small Grant » pour intensifier l'approche atteindre chaque district dans des districts à faible performance. C'est ainsi que plus de 150.000 USD ont été mobilisés pour soutenir les districts de Maradi, Miriah, Birni Konni et Tessaoua.

c) La communication pour le PEV : l'OMS a soutenu l'organisation des Semaines Africaines de Vaccinations (SAV) et l'élaboration d'un plan intégrée de communication pour le PEV ce qui a permis une meilleure acceptation de la vaccination par les populations.

d) Le monitoring des activités du PEV: l'OMS a contribué aux activités de supervision, aux évaluations conjointes GAVI-partenaires-pays, à l'élaboration des rapports conjoints JRF. Elle a facilité l'organisation de réunions d'évaluation avec les niveaux opérationnels qui ont permis de discuter régulièrement des performances de la vaccinations et des défis à relever pour atteindre l'objectif 90/80 (90% de couverture au niveau national et 80% au moins dans tous les districts sanitaires). Un appui a été également apporté à la qualité des données en instituant des réunions régulières d'harmonisation des données et en assistant les districts dans l'organisation de l'audit interne de la qualité des données (DQA). Un soutien a été apporté au MSP dans le cadre du renforcement des compétences de tous les points focaux PEV régionaux (8 CRI) et départementaux (44 CDI) sur le monitoring de la température de la chaîne de froid du 19 au 24 octobre 2015

e) La gestion de la logistique du PEV l'OMS a soutenu la formation des 8 responsables régionaux et de 10 responsables nationaux aux outils utilisés tels que le DVDMT, le SMT. Elle a soutenu la conduite d'une évaluation de la gestion des vaccins en mai 2011 et en juin 2014. Ces évaluations ont permis d'avoir un plan de réhabilitation de la chaîne de froid dont l'exécution en cours a permis de renforcer la chaîne de froid au niveau opérationnel. L'OMS a soutenu l'élaboration d'un projet de renforcement de la Chaîne de froid qui a été approuvé par GAVI pour un montant de 1 million de dollars US.

f) L'introduction des nouveaux vaccins notamment la 2ème dose de VAR, les vaccins Pneumo et Rota en 2014, le projet de démonstration de la vaccination contre le cancer du col (HPV) en 2014 qui a concerné 3 districts (Madarounfa, Niamey 3 et 4) et l'introduction d'une dose de VPI dans le PEV de routine en 2015. L'OMS a également apporté son soutien au pays pour l'introduction du le PCV13 : Vaccin qui protège contre les infections pneumococciques (pneumonies, septicémies et méningites) et le rotarix : Vaccin qui protège contre les diarrhées à rotavirus. Le lancement officiel de l'introduction de ces deux nouveaux vaccins au niveau national a eu lieu le 05 août 2014. Un appui a aussi été apporté au pays pour l'introduction du vaccin polio inactivé (VPI) dans le PEV de routine dont le lancement officiel a eu lieu le 11 juillet 2015. L'OMS a également apporté son appui au pays dans le cadre de l'évaluation post introduction de ces nouveaux vaccins (Pneumo, Rota, HPV).

○ **Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS)**

Les efforts de l'OMS ont porté particulièrement sur : l'éradication de la poliomyélite, le contrôle de la rougeole, la lutte contre la méningite à méningocoque.

- a) Dans le cadre de l'Eradication de Poliomyélite : le Niger a eu à conduire plusieurs campagnes de vaccination contre la Poliomyélite durant cette période de la SCP 2009-2015. C'est ainsi que pendant cette période, l'OMS a apporté son appui dans l'organisation de 43 passages dont 25 JNV et 18 JLV. Les couvertures administratives obtenues lors de ces différents

passages dépassent 98% (cible attendue). Cependant les monitorages indépendants régulièrement réalisés montrent qu'à chaque passage plus de 5% des enfants sont manqués liées à une mauvaise mise en œuvre de la stratégie portée à porte et/ou de la non-atteinte de zones ou populations spéciales telles les nomades, les populations insulaires.

L'arrêt de la transmission locale de la poliomyélite dans le pays a été notifié officiellement en 2012, mais le pays reste classé parmi les pays à risque à cause de la proximité avec le Nigeria. Aucun cas importé n'a été cependant enregistré depuis de 2012 et le dernier cas de polio, dérivé du vaccin, a été notifié à Diffa en 2014.

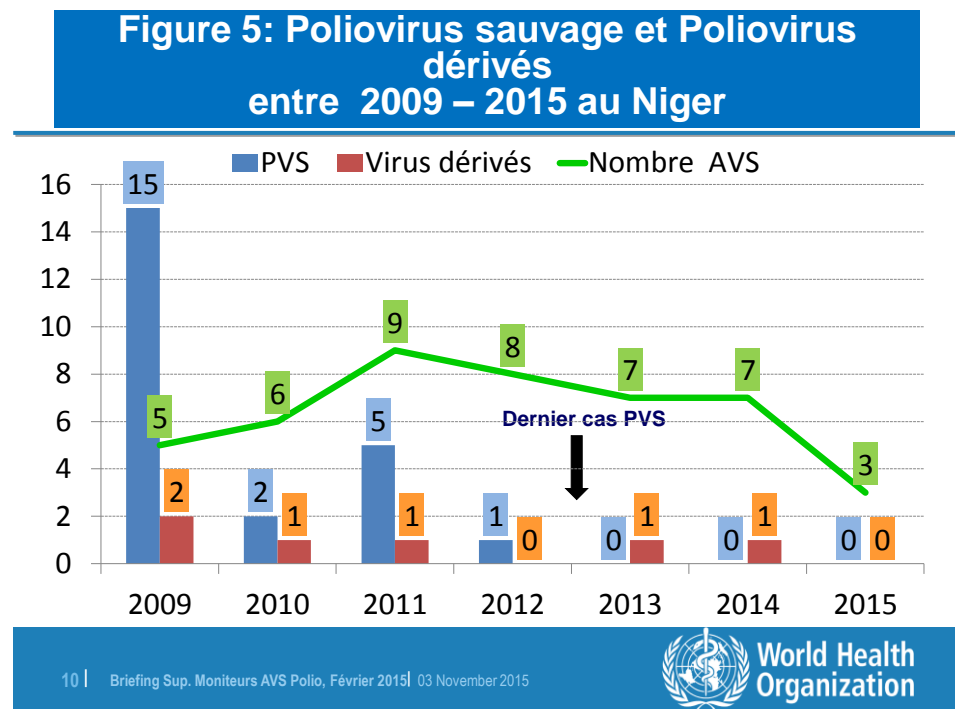
- b) En matière d'élimination de la rougeole : l'OMS a appuyé l'élaboration du Plan stratégique de l'élimination de la rougeole 2013-2020 qui vise à Améliorer les performances du programme en vue d'éliminer la rougeole et la rubéole à l'horizon 2020 et atteindre et maintenir un niveau élevé d'immunité dans la population, grâce à la vaccination. Ce dans ce cadre que le pays a organisé 2 campagnes de vaccination de masse contre la rougeole en 2010 et 2012 ce qui a contribué à une baisse significative des cas de rougeole en 2012 et 2013 ; L'enquête post-campagne de 2012 donne une couverture de 96,5% au plan national qui varie de 92,6% (Dogondoutchi) à 99,6% (Magaria). Dans l'ensemble, 9 districts n'ont pas atteint 95% de couverture (Dogondoutchi, Tessaoua, Téra, Abalak, Agadez, Tahoua, Boboye, N'guigmi, Maine Soroa).
- c) Dans le cadre de la lutte contre la méningite à méningocoque : l'OMS a apporté son assistance dans l'organisation en 3 phases entre 2010 et 2011 d'une campagne de masse de vaccination contre la méningite à Méningocoque A (avec le vaccin MenafriVac) dans les 42 districts du pays afin de réduire l'ampleur des épidémies à forte létalité que le pays a connu dans le temps.

○ **Surveillance des maladies évitables par la vaccination**

L'OMS appui le Ministère dans le renforcement de la surveillance des maladies évitables par la vaccination et notamment dans :

La surveillance des Paralysies Flasques Aigues (PFA) : Mise en place depuis 1997, cette surveillance a bénéficié au cours de la mise en œuvre de la SCP 2009-2015 d'un appui technique et financier de la part de l'OMS. En effet, en plus du staff l'OMS, le CDC en collaboration avec l'OMS met chaque année 4 consultants STOP TEAM à la disposition du Niger pour renforcer les compétences du personnel sur la surveillance des PFA mais aussi pour intensifier la recherche active des cas de PFA dans les structures de santé prioritaires et dans la communauté à travers les tradipraticiens. L'OMS a aussi appuyé le Ministère de la Santé Publique pour la mise en œuvre des activités de suivi-évaluation notamment l'organisation de réunions d'orientation des points focaux de la surveillance et de la vaccination, les revues rapides de la surveillance des PFA, la tenue des réunions décentralisées des points focaux de la surveillance et de la vaccination au niveau de toutes les régions sanitaires. Dans ce contexte, le Niger est considéré comme pays exempté de circulation du poliovirus sauvage. En effet, le dernier cas de poliovirus sauvage (PVS type1) notifié au Niger date du 15 novembre 2012 soit plus de deux (2) ans sans PVS. Nonobstant, le nomadisme et les

mouvements transfrontaliers liés actuellement à la situation sécuritaire qui prévaut dans le pays, expose le Niger à une éventuelle réintroduction de poliovirus sauvage (PVS). La figure n°5 ci-dessous montre l'évolution des cas de poliovirus sauvage et poliovirus dérivés entre 2009-2015 au Niger.



- Surveillance de Rougeole : Chaque année, le Niger est confronté à des foyers d'épidémies de rougeole. Le pourcentage des districts ayant notifiés au moins un cas de suspect de rougeole varie de 93% en 2012 à 100% en 2014. Depuis la mise en place de la surveillance rougeole en 2004, l'OMS apporte chaque année son appui pour la mise à disposition des réactifs et consommables et le transport des échantillons pour le contrôle de qualité. Cela a permis de confirmer les cas et d'aider à une meilleure orientation des ressources destinées à la riposte vaccinale. Le pourcentage des cas de rougeole IgM+ varient de 42% en 2012 à 61% en 2010.
- Surveillance de la fièvre jaune : en plus du renforcement des compétences en la matière, le Bureau de l'OMS au Niger fournit au Ministère de la Santé les moyens nécessaires à la détection et à la confirmation des cas suspects notifiés par le pays. Sur un total de 447 cas suspects notifiés depuis 2004, date de mise en place du système de surveillance, 249 ont été rapportés entre 2009 et septembre 2015 soit 56% des cas. Aucun cas confirmé de fièvre jaune n'a été détecté à cette date. Depuis 2015 l'OMS appuie une étude d'analyse du risque de fièvre jaune afin d'évaluer la performance du système de surveillance en place.
- La surveillance des maladies évitables par les nouveaux vaccins
Avec l'introduction des nouveaux vaccins contre les méningites à *hémophilus influenzae*, les pneumonies et les diarrhées à rotavirus en Aout 2014, le MSP a mis en place un système surveillance sentinelle des méningites pédiatriques au niveau de 5 sites (hôpital national de Niamey, l'hôpital national de Zinder, CHR Maradi, CHR Tahoua et CHR Dosso) et des diarrhées à rotavirus au niveau de l'hôpital national de Niamey avec l'appui technique, financier et matériel de l'OMS à travers des sessions de formations, des réunions régulières des acteurs impliqués et des missions de supervisions de haut niveau organisées au niveau des sites sentinelles.

- *Combattre le Sida, la tuberculose et le paludisme*

○ **Lutte contre le VIH/Sida**

Les principaux domaines d'appui de l'OMS ont concerné :

- a) la formulation des politiques, stratégies et plans de prévention et lutte à travers :
 - l'appui à l'évaluation du Cadre Stratégique National (CSN) 2008-2012 et formulation du Cadre Stratégique National 2013-2017
 - l'appui à l'élaboration du plan stratégique PTME 2010-2015,
 - l'élaboration du plan d'élimination de la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant pour la période 2012-2015.
 - l'organisation d'une consultation nationale sur la Stratégie mondiale de lutte contre le VIH-Sida pour la période 2011-2015
- b) le renforcement des capacités du personnel de santé à travers :
 - La révision des guides et modules de formation en matière de prescription d'ARVs suite aux dernières recommandations 2013 de l'OMS.
 - la mise en place de 12 centres prescripteurs d'ARV en 2012 et 2015 (y compris leur dotation en appareil de comptage de CD4 et de Biochimie) et de 52 nouveaux sites PTME.
 - Le renforcement des capacités de 42 prescripteurs d'ARVs, de 21 parrains des prescripteurs, de 20 éducateurs thérapeutiques, de 22 membres d'ONG et association pour la recherche des perdus de vue, de 06 épidémiologistes à l'utilisation du logiciel « FUSHIA », de 228 prestataires PTME entre 2011 et 2015
 - les supervisions formatives des agents de santé,
- c) la surveillance épidémiologique à travers :
 - les études de suivi des résistances aux ARV, la surveillance de deuxième génération et le suivi de la coinfection HIV-TB
- d) la promotion du dépistage Volontaire et prévention de la transmission du VIH à travers :
 - l'élaboration d'un module de formation en conseil dépistage à l'initiative du soignant (CDIS) en 2010 suivi de la formation de 80 prestataires à l'aide du module CDIS élaboré.
 - Organisation de conférences débats suivi de dépistage volontaire dans les cinq (05) lycées et collèges de la Communauté Urbaine de Niamey ayant permis de dépister 1486 jeunes scolaires dont 739 jeunes filles et 747 jeunes garçons en 2013
 - 1071 jeunes dépistés dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet visant la Réduction des risques d'infection des IST/VIH/SIDA chez les jeunes de 15 à 24 ans (532 filles et 539 garçons) et les migrants dans le département de Tanout en 2012, à travers 21 séance de projection de film et 456 séances d'IEC.
 - 26136 jeunes de 15-24 ans (11236 jeunes filles et 14967 jeunes garçons) sensibilisés dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet visant la réduction des risques d'infection des IST/VIH/SIDA, chez les jeunes de 15 à 24 ans (532 filles et 539 garçons) et les migrants dans le département de Tanout en 2012, suite à la crise Libyenne.
 - Rrenforcement de la sensibilisation et de la mobilisation sociale des populations en matière de prévention du VIH et de la PTME entre 2012 et 2014 dans les régions de Maradi et

Tillabéry, notamment autour des 66 sites PTME qui a permis de toucher **13401** personnes dont **10214** femmes et **3187** en âge de procréer.

e) l'appui à la mobilisation des ressources :

- l'OMS a soutenu régulièrement le pays dans l'élaboration des notes conceptuelles VIH/Sida des rounds 10 de 2010, du mécanisme transitoire de financement du Fonds Mondial (TFM) et du nouveau mécanisme de financement (NFM) du Fonds Mondial

f) le suivi et évaluation du programme :

- L'OMS a contribué régulièrement à l'élaboration des rapports annuels pays dans le cadre de l'accès universel à la prévention de l'infection à VIH, au traitement et au Soins pour les PVVIH.

○ **Lutte contre la Tuberculose:**

Les principaux appuis de l'OMS ont concerné :

a) la formulation des politiques, stratégies et plans de prévention et lutte à travers :

- la revue du programme de lutte contre la Tuberculose en 2013,
- la révision du plan stratégique TB en 2014.

b) le renforcement des capacités du personnel de santé:

- formation de 60 agents de santé à la stratégie DOTS et à la gestion de la co-infection TB/VIH en 2013 et 2014,
- formation de 44 agents à la prise en charge de la Tuberculose multi résistante (TBMR) en 2014 et 2015.).

c) la disponibilité en antituberculeux de qualité et contrôle de qualité du laboratoire

L'OMS a assuré, en collaboration avec GDF (Global Fund Facility) basé à Genève, le suivi de la disponibilité des antituberculeux de qualité est régulièrement assurée par l'OMS depuis 2011.

Elle a également assuré le contrôle de qualité des laboratoires de microscopie au niveau périphérique en 2011 et 2013.

d) l'appui à la coordination et la mobilisation des ressources

La mobilisation des ressources au profit de la lutte contre la Tuberculose auprès des bailleurs comme le FM a aussi bénéficié de l'appui de l'OMS : en effet au cours de la mise en œuvre de la présente SCP, la proposition du Round 10 en 2010 et du NFM en 2015, ont été appuyés techniquement et financièrement ce qui contribue à mobiliser 58882,766 USD soit respectivement 29740,104 Euros et 29142,662 Euros.

e) le suivi et évaluation du programme à travers :

- la révision du plan de suivi évaluation du PSN 2009-2012,
- l'élaboration d'un guide de suivi évaluation en 2014 ;
- la révision des outils de collecte des données TB en 2014,

○ **Lutte contre le paludisme**

Dans le cadre de son programme de coopération, l'OMS a appuyé le MSP dans l'élaboration, la mise à jour, le suivi et l'évaluation des documents de politique et stratégies en matière de lutte contre le paludisme : c'est ainsi que le programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) a procédé à l'évaluation finale du plan stratégique national 2006-2010 de lutte contre le paludisme, à l'élaboration du plan stratégique 2011-2015 puis à l'évaluation à mi-parcours de ce plan ; celui-ci a

ensuite été révisé en 2014 pour une extension jusqu'en 2018 ; les mises à jour ont porté sur la mise à échelle de la confirmation diagnostic par l'utilisation des tests de diagnostic rapide (TDR), la mise à échelle du traitement par les combinaisons thérapeutiques à base d'arthémisinine (ACT), l'introduction de la stratégie de prise en charge des cas de paludisme au niveau communautaire, la mise à échelle de la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MIILDA) ainsi que les autres stratégies de lutte anti-vectorielle, l'utilisation d'au moins trois doses de sulfadoxine Pyriméthamine (SP) pour la prévention du paludisme chez la femme enceinte, l'introduction de la chimio prévention palustre (CPS) chez les enfants de 3 à 59 mois.

En 2012, l'OMS a accompagné le MSP à l'élaboration des directives nationales de prise en charge du paludisme ainsi que la révision des modules de formation, le document de la stratégie nationale d'interventions intégrées à assises communautaire en matière de santé définissant le cadre de mise en œuvre de la stratégie de PEC-C(iCCM) y compris l'élaboration en 2013 et la mise à jour en 2014 des modules de formation du relais en iCCM.

En partenariat avec l'UNICEF, l'OMS a aidé à élaborer un module sur la prise en charge du paludisme à domicile (PECADOM) et assuré la formation des agents de santé communautaire en charge de cette activité. Le district sanitaire de Madarounfa (Région de Maradi) a été choisi pour le lancement de cette stratégie qui doit s'étendre à l'ensemble du pays.

Sur le plan opérationnel, l'OMS a soutenu la mise en œuvre de toutes les interventions de lutte contre le paludisme au Niger à travers le renforcement des capacités des agents de santé et des agents communautaires selon les nouvelles directives, l'appui à l'organisation régulière de campagnes de sensibilisation sur le paludisme, des campagnes de distribution de masse gratuite de (MILDA) aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans sur l'ensemble du territoire national, le démarrage en 2015 de la campagne de CPS chez les enfants cibles âgés de 3 à 59 mois, l'appui à la réalisation de 2 études de suivi de la résistance des vecteurs du paludisme aux insecticides, l'appui à l'approvisionnement et à la gestion des médicaments et intrants, l'appui à la surveillance et gestion des épidémies, à la production et gestion des données et enfin à la coordination du programme.

L'OMS a soutenu le pays dans ses efforts de mobilisation de ressources auprès de plusieurs PTF. Ainsi, l'OMS a appuyé l'élaboration des notes conceptuelles pour l'accès au financement du fonds mondial (FM) de lutte contre la Paludisme ce qui a permis au pays d'accéder depuis 2003, au financement pour les rounds 3, 4, 5, 7 ; en 2009 au financement transitoire (TFM) pour un montant de 13 millions d'Euros et en 2015 au financement d'un montant de pour la période 2015-2017. L'OMS a également permis au pays d'être éligible en 2012 au financement du Projet RACE de prise en charge communautaire du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie dans 4 districts sanitaires (Dosso, Boboye, Doutchi et Keita). Ce projet est financé par la coopération canadienne pour un montant de deux (2) millions de dollars par an sur une période de 5 ans.

L'appui de l'OMS à la mise à jour de ces stratégies d'interventions à hauts impacts et leur mise en œuvre grâce à la mobilisation de ressources adaptées a permis de réaliser des progrès significatifs dans la lutte contre le paludisme au Niger. En effet, ces interventions ont permis d'assurer la disponibilité des TDR et des ACT et ont contribué à améliorer le taux de confirmation des cas de paludisme et leur prise en charge.

La protection des femmes enceintes contre le paludisme s'est nettement améliorée avec une couverture au Traitement Préventif Intermittent (TPIg) passant de 1% en 2005 à 72,18% en 2012 selon l'EDSN 2012, de même que l'utilisation de la moustiquaire imprégnée qui a évolué de 43% à 83% entre 2006 et 2012. Quant à la proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées, elle passe de 15,1% en 2006 à 20,1% en 2012 selon la même source.

- Lutte contre les Maladies Non Transmissibles :

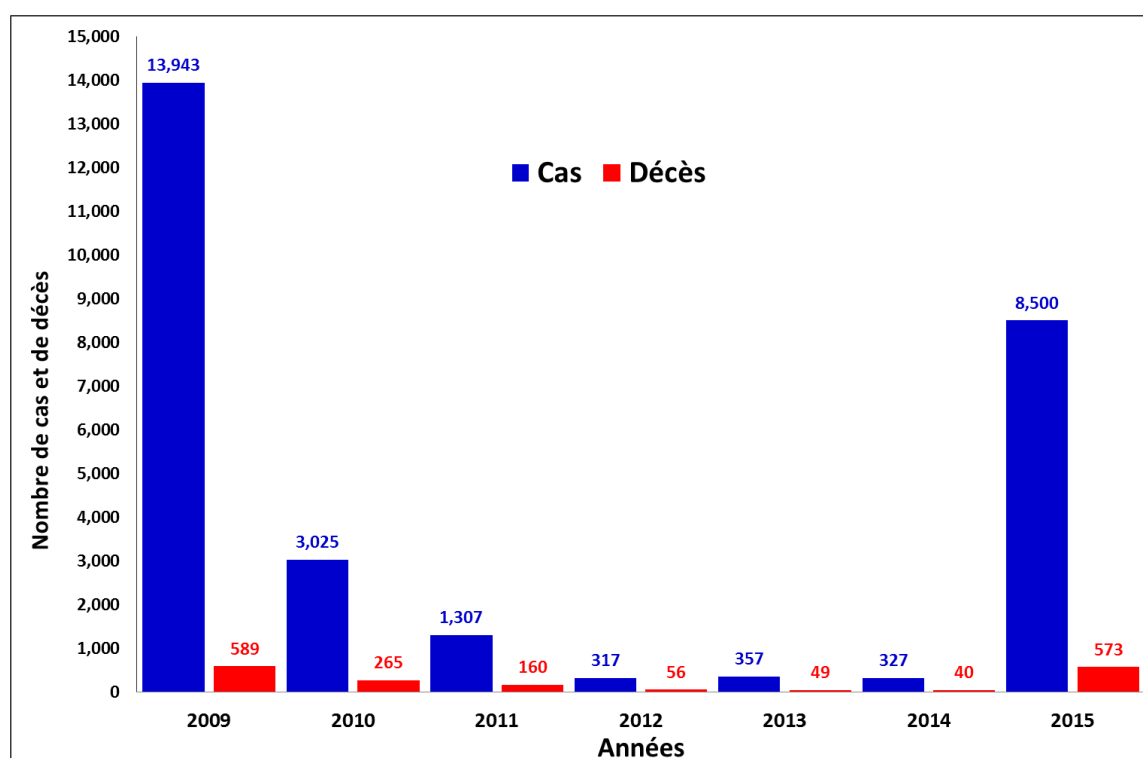
L'OMS a apporté son soutien au pays pour l'organisation d'une collecte des données de base sur les MNT et l'élaboration d'un plan stratégique national de lutte contre MNT pour la période 2012-2016. En 2012 et 2013, ce plan a connu un début de mise en œuvre à travers l'élaboration des documents de prise en charge sectorielle des MNT, l'élaboration du plan triennal 2015-2017 de lutte contre les maladies bucco-dentaires et le Noma, la sensibilisation des directeurs régionaux de la santé publique (DRSP) et des équipes cadre de districts (ECD) en matière de surveillance et prévention des MNT. D'autres appuis de l'OMS ont concerné: la création d'un service national de référence pour la lutte contre la drépanocytose, l'élaboration d'un guide d'alimentation pour les diabétiques et les hypertendus, la surveillance des accidents de la circulation routière.

○ ***Renforcement de la surveillance intégrée des maladies:***

Le Niger est un pays où prédominent des maladies à potentiel épidémiques récurrentes. La saison pluvieuse, qui s'étend de juin à septembre, est marquée par la résurgence des épidémies de choléra, de paludisme et d'autres maladies diarrhéiques. La saison sèche, d'octobre à mai, connaît les épidémies de méningite et de rougeole.

A l'instar des autres pays de la "ceinture africaine de la méningite", le Niger est régulièrement confronté aux épidémies de méningites à méningocoques. Le climat, chaud et sec, combiné à d'autres facteurs environnementaux est favorable à l'éclosion des épidémies de méningite, pendant la période de l'année qui s'étend d'octobre à juin. Les épidémies les plus meurtrières furent celle de 1962, 1970, 1986, 1995, 1996, 2000 et 2009. En 2015 et après cinq ans d'accalmie (Figure XXXX) , le Niger vient de connaître une importante épidémie de méningite sans précédent, due méningocoque C, qui n'avait pas encore causé d'épidémies majeures. Du 1er janvier au 28 juin 2015, le pays a notifié 8.500 cas, dont 573 décès (soit une létalité de 6,7%). Cette épidémie est survenue dans un contexte de pénurie mondiale de vaccin antiméningococcique.

Figure 6 : Evolution annuelle des cas et des décès de méningite au Niger de 2009 à 2015



Source : MDO/DSRE/MSP

Au cours de cette épidémie de 2015 comme pour la flambée de 2009, l'OMS a Pour la gestion de cette épidémie inhabituelle de 2015, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a fourni un appui substantiel au Ministère de la Santé publique (MSP) et joué son rôle de coordination des partenaires, dans les domaines de la surveillance épidémiologique, de la confirmation par le laboratoire, de la prise en charge des cas, de la communication, de la vaccination et de la coordination. Le total de la contribution de l'OMS à la gestion de l'épidémie de méningite de 2015 est estimé à 1.335.457USD

Quant au choléra, il sévit à l'état endémo-épidémique depuis 1971 au Niger avec des flambées épidémiques pendant la saison pluvieuse. Les statistiques disponibles au Ministère de la Santé Publique montrent que depuis 1970, le pays a connu 8 épidémies majeures de choléra (1971, 1984, 1991, 1996, 2004, 2010, 2011, 2012 et 2013). L'OMS a appuyé le pays dans la préparation, la surveillance, la prise en charge des cas, la coordination ainsi que la confirmation par les tests de diagnostic rapide et le sérotypage.

Avec l'évènement de l'épidémie de la maladie à virus Ebola en Afrique (MVE) de l'Ouest en 2014, l'OMS a appuyé le pays dans la prévention et la réponse à cette épidémie. C'est ainsi que dans le cadre de l'application du RSI(2005), le bureau pays a informé rapidement le MSP dès la confirmation de l'épidémie en Guinée-Conakry et a régulièrement appuyé le MSP dans la documentation, les directives et mesures de surveillance épidémiologique, de diagnostic/laboratoire, de prise en charge des cas, de la prévention et du contrôle des infections au niveau des centres de soins, des inhumations sécurisées et de communication sur la MVE. L'OMS a beaucoup contribué (appui technique, matériel et financier) à l'élaboration, la validation du "Plan national de préparation de la réponse à l'épidémie de la maladie à virus Ebola". Dans le cadre de la coordination des activités de préparation à l'épidémie de la MVE, l'OMS a fait le plaidoyer pour la mise en place des structures de coordination inter et interministérielles. Ainsi, un "Comité interministériel de lutte contre la maladie à virus Ebola" (CIM) regroupant les différents ministères impliqués dans la lutte

contre la MVE et un "Comité Technique de lutte contre la maladie à virus Ebola" (CTLME) ont été mis en place par arrêtés du Premier Ministre. L'OMS a diligenté une mission internationale d'évaluation des capacités du Niger, appuyé l'élaboration et la mise en œuvre du Plan opérationnel de préparation à la maladie à virus Ebola et a mis à la disposition du pays un Conseiller technique dédié à la MVE.

○ ***Préparation et riposte aux situations d'urgences et catastrophes :***

L'OMS a joué un rôle clé dans la prévention et la lutte contre les épidémies et dans la mitigation des conséquences des inondations et autres catastrophes humanitaires survenues dans le pays. Elle a joué un rôle moteur dans l'élaboration, la révision et la mise en œuvre de stratégies et plans du secteur santé : plan de contingence et de réponse aux épidémies de choléra, de méningite, de rougeole; plan d'assistance humanitaire pour la gestion des réfugiés et personnes déplacées, plans de contingence multirisques.

L'Organisation a fait un plaidoyer auprès du Ministère de la Santé pour amener le pays à mettre en œuvre les dispositions de la Stratégie régionale africaine pour la gestion des risques de catastrophes pour le secteur de la santé. De ce fait le MSP est présent dans les réunions du Comité Elargi de concertation, dispositif national de Prévention et de Gestion des Catastrophes et Crises Alimentaires, du Cabinet du Premier Ministre.

Par ailleurs, l'OMS a apporté son appui technique et financier au renforcement des capacités des structures de santé à tous les niveaux. Elle a assuré l'animation du Cluster Santé à travers la tenue des réunions régulières de coordination, l'élaboration des plans d'action et l'organisation de missions conjointes d'évaluation de la situation sanitaire. Elle a soutenu la gestion de plusieurs épidémies (choléra, paludisme), la préparation à la riposte aux éventuelles épidémies de grippe H1N1 et Maladie à Virus Ebola, et la gestion des conséquences sanitaires de diverses situations d'urgence survenues dans le pays (inondations, crises alimentaires et nutritionnelles, crises sociopolitiques survenus dans la sous région).

Elle a aidé à mobiliser d'importantes ressources dans le cadre de la gestion de ces crises. Entre 2009 et 2015, l'OMS a mobilisé 14 406 399 dollars US au profit du pays. Les principaux contributeurs ont été : le Fonds Central d'Intervention d'Urgence des Nations Unies pour la réponse rapide (CERF-RR), ECHO, OCHA, le Japon, la Belgique et la France.

5.2.1.3 Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent,

La santé de la mère et de l'enfant, priorité mondiale, occupe une place très importante dans la politique sanitaire du pays. Les défis majeurs du pays portaient sur le passage à l'échelle des principales stratégies de santé maternelle et infantile à tous les niveaux du système, particulièrement au niveau communautaire, et la mobilisation des ressources en vue de la mise en œuvre du plan d'accélération de la Feuille de Route Nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Conformément aux orientations de la SCP II, les contributions de l'OMS ont porté sur trois domaines particuliers : l'amélioration de la disponibilité des services de maternité à moindre risque, le renforcement des programmes rentrant dans le cadre de la survie de l'enfant, le renforcement des programmes liés à la santé des jeunes et des adolescents.

a. *Amélioration de la disponibilité des services de maternité à moindre risque :*

Dans ce domaine, les réalisations les plus significatives de l’OMS ont concerné :

Les appuis techniques et financiers aux processus de planification, de revue et évaluation de la mise en œuvre de la Feuille de Route nationale pour l’accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale :A ce titre l’OMS a contribué à l’évaluation des progrès dans la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile à travers la réalisation de plusieurs études et enquêtes: évaluation des SONU et cartographie de l’offre de service en SR en 2010, enquêtes survie-mortalité en 2010, études sur les causes et facteurs des décès maternels et néonataux AVAS (Autopsie verbale/Autopsie sociale) en 2012 avec mise en place d’un comité national et de comités régionaux chargés de la revue, suivi des OMD en 2013. Les résultats de ces études et enquêtes ont permis la mise à disposition de bases factuelles pour une meilleure orientation du pays dans l’élaboration du plan d’accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2012-2015.

Le renforcement des capacités opérationnelles des structures de soins à travers la fourniture de modules et mannequins, le renforcement des compétences des agents de santé dans divers domaines (consultation prénatale recentrée, soins obstétricaux et néonataux essentiels, soins obstétricaux et néonataux d’urgence, surveillance et riposte aux décès maternels et périnataux dans quatre régions (Dosso, Maradi, Tahoua et Zinder), prévention de la transmission de la mère à l’enfant du VIH, planification familiale, prise en charge de la mère et du nouveau-né au niveau communautaire, approches genre, équité, droits humains).

L’appui au passage à l’échelle du système de référence contre référence dans cinq (5) districts à travers le renforcement du plateau technique des structures de mise en œuvre du programme au niveau périphérique : fournitures de 3750 kits d’accouchement, de 577 kits césarienne, de médicaments, consommables et matériels de réanimation du nouveau-né (aspirateurs, ambu, ballon, masques, sondes et lunettes d’oxygénation) pour 7 maternités et 6 banques de sang et accessoires pour 5 hôpitaux de district et un centre hospitalier régional, de 56.100 fiches techniques CPNR, de 17 motos pour le suivi des activités communautaires de prise en charge de la mère et du nouveau-né, de 165 charrettes attelées pour faciliter les évacuations sanitaires des villages vers les centres de santé;

L’appui à la mise en place de mutuelles de santé dans 5 districts (Say, Filingué, Dakoro, Aguié, Guidan Roundji) en vue d’améliorer l’équité dans l’accès aux soins de qualité pour les populations non éligibles à la gratuité des soins (qui ne s’applique qu’aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans).

L’organisation d’un plaidoyer de haut niveau en direction des parlementaires, du gouvernement et des organisations de la société civile en vue de mobiliser des ressources en faveur du repositionnement de la planification familiale et la promotion des pratiques favorables à la santé de la mère et de l’enfant ; le lancement de la CARMMA par le Président de la République, les caravanes de sensibilisation, les débats radio télévisés sur la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile et la lutte contre les mutilations génitales féminines avec l’appui des médias qui ont été mis à contribution pour la diffusion des messages de sensibilisation y relatifs sur toutes les chaînes de télévision et radio nationale et communautaires.

En 2014, les partenaires H4+ (OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, BM, UNIFEM) et le Ministère de la Santé ont procédé à l'analyse de goulots d'étranglement et des progrès réalisés dans le domaine de la réduction de la mortalité maternelle, infantile et néonatale, et élaboré une note conceptuelle sur la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile. Cette note a pour objectif de mobiliser des fonds catalytiques pour l'accélération de l'atteinte de trois OMD (4 – Réduire la mortalité infantile, 5 – améliorer la santé maternelle et 6 - Combattre le VIH, le paludisme et les autres maladies). Le financement complémentaire à rechercher pour couvrir les besoins et atteindre les objectifs est de 51 millions de dollars. Une première tranche de 5 million de dollar a été mobilisé pour le financement des activités programmées jusqu'en fin 2015.

b. Renforcement des programmes rentrant dans le cadre de la survie de l'enfant :

Dans ce domaine, les actions de l'OMS ont porté sur l'élaboration, la validation et la mise en œuvre du plan stratégique national de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant 2008-2012. Les modules de formation ont été adaptés pour prendre en compte les nouvelles directives concernant le VIH/Sida, la prise en charge du nouveau-né malade et l'utilisation de la Chlorhexidine gel pour les soins du cordon ombilical. La stratégie PCIME a été introduite dans les curricula des écoles de formation des agents de santé et l'enseignement est régulièrement évalué. Le nouvel outil de formation ICATT (IMCI Computerized adaptation and training tool) a été introduit dans 23 écoles de santé en vue du passage à l'échelle de la formation à l'aide des nouvelles technologies de l'information et de la communication, les compétences de tous les formateurs ont été renforcées pour une meilleure utilisation de l'outil.

Le module générique de soins essentiels au nouveau-né élaboré par l'OMS a été adapté et validé par le ministère de la santé avec l'appui technique de l'OMS en collaboration avec l'UNICEF en 2012, 40 formateurs nationaux, 140 prestataires des CSI et maternités ont été formés et « les coins de nouveau-né » créés et équipés dans 270CSI et maternités pour assurer la prise en charge adéquate des nouveau-nés.

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de l'offre des services de santé au niveau communautaire, un module de prise en charge communautaire de la mère et du nouveau-né a été élaboré par les sièges de l'OMS et l'UNICEF. Ce module a été adapté et validé au niveau du pays et un projet pilote de mise en œuvre de la stratégie PCCMNN a été développé dans trois district sanitaires (Kollo, Madarounfa et Birni N'konni). Ce projet a concerné 28 cases de santé couvrant une population totale de 184 619 habitants dont 23606 femmes en âge de procréer et 5918 grossesses attendues. Au total 48 ASC et 158 relais communautaires ont été formés pour assurer le recensement, le suivi à domicile des femmes enceintes, l'accouchement à la case de santé et les visites à domicile pour le suivi de la mère et du nouveau-né en post partum.

Les résultats de l'évaluation du projet en 2014 ont été concluants : 6981 femmes enceintes ont été recensées et suivi pour 5918 grossesses attendues, portant le taux de CPNR à 85% ; 165 cas de femmes enceintes présentant un signe de danger ont été référés, 2693

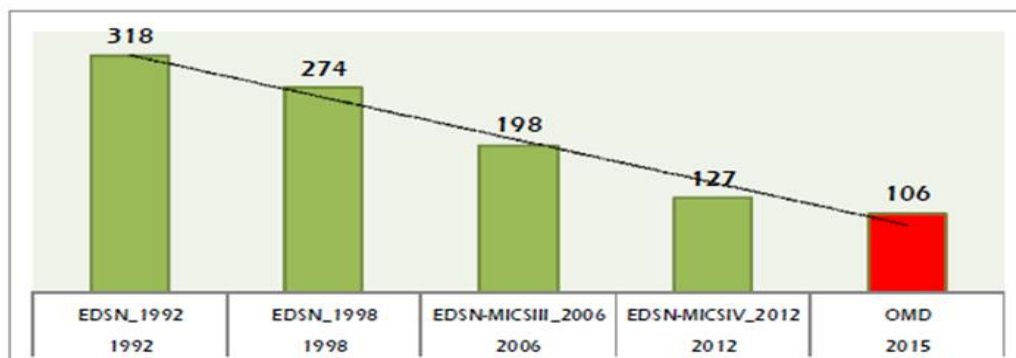
accouchements assistés par l'ASC et 2429 nouveau-nés ont bénéficiés des soins essentiels de qualité. Le passage à l'échelle de la stratégie a été planifié et est en cours de mise en œuvre avec l'appui financier du RMNCH TRUST FUND.

Des caravanes de sensibilisation sur les causes de la mortalité des enfants, notamment le paludisme, les diarrhées, la pneumonie et les moyens de prévention ainsi que des consultations pédiatriques dans les zones éloignées et enclavées ont été menées lors des célébrations annuelles des « semaines survie de l'enfant » et journées de lutte contre la pneumonie « Pneumonie Day ». L'OMS a contribué au développement et à la vulgarisation de plusieurs outils : révision du protocole national de prise en charge de la malnutrition, harmonisation des matériels et équipements pour la prise en charge des complications médicales associées à la malnutrition dans les Centres de Récupération Nutritionnelle Intensive (CRENI), mise en place des équipes d'assurance qualité de soins dans les CRENI, introduction de l'enseignement de la nutrition dans les curricula des écoles primaires et de la Faculté des sciences de la santé. Un appui technique a été apporté en vue du renforcement des capacités des agents de santé sur les nouveaux standards OMS de surveillance de la croissance des enfants et sur le suivi des activités de surveillance des indicateurs nutritionnels.

Globalement le développement des actions conjointes en collaboration avec les partenaires du H4+ ont contribué à une réduction significative de la mortalité infantile au Niger cité comme succès stories, publié dans la revue scientifique médicale britannique « The Lancet article du 20 septembre 2012 » et illustré par le graphique ci-dessous de l'INS sur l'évolution du taux de mortalité des moins de cinq ans.

OMD4: Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans

Cible 4A: Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.



Evolution du taux de mortalité des moins de cinq ans ;

Source : Niger en chiffre INS 2012

L'OMS a apporté un appui technique et financier à la préparation du Symposium International sur la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (SISAN) dont l'objectif est de partager les connaissances et les bonnes pratiques en vue de mieux appréhender les causes

des différentes formes d'insécurité alimentaire et nutritionnelle au Niger et dans l'ensemble de la région du Sahel.

Dans le cadre de la lutte contre la malnutrition chez l'enfant de moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes, l'OMS a soutenu la prise en charge des complications médicales de la malnutrition aiguë sévère. Un appui particulier est donné à 20 CRENI en 2010 et 14 CRENI en 2013 et 2015. L'appui de l'OMS a concerné: le renforcement des capacités de 218 prestataires des CRENI en matière de traitement des complications médicales de la Malnutrition Aiguë Sévère, la supervision formative des prestataires formés, la surveillance des données nutritionnelles, l'élaboration et la diffusion de deux bulletins d'information nutritionnelle par an. De plus l'OMS contribue chaque année, au plaidoyer pour la promotion de la consommation du sel iodé et celle de l'allaitement maternel exclusif lors des journées nationales y relatives. Suite à un plaidoyer au plus haut niveau effectué par les chefs d'agences du Système des Nations Unies, y compris celui de l'OMS, le Gouvernement du Niger a accepté d'inscrire la nutrition comme un axe stratégique de son programme phare, l'Initiative 3N, « les Nigériens Nourrissent les Nigériens ».

Dans le domaine normatif, l'organisation a appuyé la révision du protocole nationale de prise en charge de la Malnutrition, l'adaptation des manuels génériques de prise en charge des complications médicales liées à la malnutrition, l'élaboration de la politique nationale de lutte contre la malnutrition et celle de la prévention de la malnutrition « Wadata Yara ».

Renforcement des programmes liés à la santé des jeunes et des adolescents :

L'OMS a apporté son appui technique et financier pour la réalisation d'une analyse situationnelle de la santé des adolescents et des jeunes en décembre 2009 en vue de disposer de bases factuelles pour l'élaboration du plan stratégique national de la santé des jeunes et des adolescents 2011-2015. Les normes et standards en SR ont été révisés en 2011, un atelier de dissémination a été réalisé en 2012 et les documents multipliés et répartis dans toutes les structures de santé. Dans le cadre du renforcement des compétences des prestataires pour une application des normes et standards en matière de santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents (SSRAJ), les modules de formation ont été adaptés avec l'appui des équipes inter-pays de Ouagadougou et Libreville, vingt (20) formateurs nationaux ont été formés, 160 prestataires des CSI et 40 centres amis des jeunes (CAJ) ont été formés avec les nouveaux modules adaptés de l'OMS pour assurer la délivrance de services standards de santé adaptés pour les adolescents avec leur participation et celle de leurs communautés. Des affiches algorithmes de prise en charge des IST/VIH Sida ont été élaborées et réparties dans les centres de santé amis des jeunes des huit régions du pays, ces centres sont régulièrement supervisés chaque année.

5.2.1.4 Promotion d'un environnement favorable à la santé

Les réalisations les plus significatives de l'OMS ont concerné les volets suivants:

a. *En matière de promotion de comportements favorables à la santé :*

- Appui à l'élaboration de la Stratégie Nationale de Promotion de la Santé en vue d'aider le pays à une meilleure prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans les politiques et stratégies nationales de développement sanitaire ;
- Appui à l'élaboration de plans de communication pour faciliter la mise en œuvre de programmes spécifiques : Convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, introduction du nouveau vaccin contre la méningite à méningocoque A, lutte contre le choléra, prévention de la maladie à virus Ebola ;
- Appui à l'organisation des Journées nationales de mobilisation et de sensibilisation des populations sur certains thèmes de santé importants : mortalité maternelle et infantile, allaitement maternel, médecine traditionnelle, aide humanitaire, don de sang, lutte contre le tabagisme, VIH/SIDA, paludisme, tuberculose ; journée mondiale de lutte contre les troubles dus à la carence en iode ; journée mondiale de lavage des mains et journée mondiale de l'environnement.
- Renforcement des partenariats et alliances avec les autres acteurs, y compris la société civile, dans le but d'améliorer l'efficacité du secteur.

b. En matière de développement d'un cadre favorable à la santé

L'OMS a apporté son appui à :

- la réalisation d'une étude sur l'impact de l'environnement sur la santé ;
- l'élaboration d'une Stratégie nationale de santé et environnement, sur la base de la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement et l'Engagement de Luanda sur sa mise en œuvre ;
- la diffusion des concepts ville santé, marché santé, école santé,
- la vulgarisation des méthodes participatives en matière d'hygiène et assainissement dans trois communes (Torodi, Tama, Kiota) des districts (Say, Bouza, Boboye)
- la construction de latrines, de dispositifs de lavage des mains et d'incinérateurs pour une meilleure gestion des déchets biomédicaux.

c. Au plan du renforcement de la surveillance sanitaire des aliments :

L'OMS a contribué au renforcement de la police sanitaire et à la formation de 32 agents de la police sanitaire pour le contrôle des denrées alimentaires dans la communauté urbaine de Niamey et a appuyé la supervision des industries agro-alimentaires en 2013 et 2015. Elle a apporté un appui logistique aux postes de contrôle aux frontières par la fourniture d'équipements (appareils pour le contrôle de l'iodation du sel, appareils photos)

L'OMS a aussi soutenu l'organisation de réunions de concertation entre les opérateurs économiques, les responsables des services techniques de l'Etat en charge du contrôle de l'iodation du sel, et les consommateurs. Dans le cadre de la promotion de la consommation du sel Iodé.

Elle a régulièrement servi d'interface entre le CODEX Alimentarius et le pays pour l'organisation de ses réunions périodiques. Elle a soutenu la réalisation de deux visites de supervision des usines de production alimentaire.

d. Dans le domaine de la santé scolaire et communautaire:

Entre 2010 et 2012 l'OMS a soutenu l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet intitulé : « Eau, Hygiène et Assainissement et Santé Scolaire dans les Communes Rurales de Torodi, Région de Tillabéry et de Tama, Région de Tahoua ». Ce projet a conduit aux résultats suivants :

- i. 1.700 élèves dont 800 filles ont accédé à l'eau potable à travers l'aménagement de deux (2) bornes fontaines à l'Ecole Centre et l'augmentation du nombre de robinets ;
- ii. 1.700 élèves de l'Ecole Centre et 13.000 habitants de la ville de Torodi ont acquis des ouvrages d'assainissement (12 latrines scolaires, 12 latrines au niveau de la gare et des marchés) et ont été formés afin d'en assurer leur gestion efficace ;
- iii. Les meilleures pratiques en matière d'hygiène, d'assainissement et d'éducation pour la santé pour un changement de comportement ont été promues auprès de la même cible à travers le renforcement des capacités des milieux scolaires et communautaires

Finalement, ce projet a conduit en 2013 à l'élaboration d'un document de stratégie nationale sur la santé scolaire avec l'appui de l'OMS.

5.2.1.5 Gaps en matière de mise en œuvre de l'agenda stratégique

Les principaux domaines de la stratégie de coopération qui n'ont pas été couverts de façon adéquate ont concerné :

- *Dans le domaine du renforcement du système de santé* : le renforcement des capacités nationales en matière de négociation et mobilisation de ressources, la dynamisation du système de participation communautaire, la mise en place d'un observatoire national de la santé, l'octroi de bourses de formations, le développement de la télémédecine et de la cyber-santé,
- *Dans le domaine de la lutte contre la maladie, gestion des urgences et catastrophes* : l'élaboration d'un plan stratégique national de renforcement du PEV de routine, l'élaboration du Plan stratégique SIMR 2014-2018.
- *Dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant* : les activités d'institutionnalisation de la surveillance des décès maternels et périnataux (SDMPR), l'évaluation de l'intégration des modules sur les stratégies nationales en matière de SR dans les écoles de formation des agents de santé, l'évaluation finale de la Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, l'analyse situationnelle en vue de l'élaboration d'un document de politique et stratégie nationale qui aident à vieillir en restant actif et en bonne santé.

- *Dans le domaine de la promotion d'un environnement favorable à la santé* : certaines activités relatives à la promotion des comportements favorables à la santé (lutte contre l'alcool, les drogues et les accidents de circulation), l'évaluation de l'impact des messages de santé.

5.2.2 Bilan institutionnel:

Il s'agit ici de faire le bilan des actions prévues par la SCP II en vue de renforcer la présence de l'OMS dans le pays.

5.2.2.1 Amélioration de l'efficacité du travail du bureau

Les infrastructures :

En 2009, le Bureau de la Représentation a été transféré dans de nouveaux locaux de location. Il importe de signaler à ce propos que les démarches faites en direction du Gouvernement en vue de fournir des locaux propres à l'OMS en application des dispositions de l'Accord de Siège n'ont jusqu'à présent pas abouti. Il en est de même des sollicitations faites auprès de l'administration de l'OMS en vue de la construction de locaux propres dans l'espace commun offert par le Gouvernement aux agences du Système des Nations Unies, à l'instar de plusieurs agences comme le PNUD, l'UNICEF et l'UNFPA.

Equipements et logistiques :

Le bureau de la représentation ne rencontre pas de problèmes particuliers par rapport aux équipements et matériels qui sont généralement en quantité suffisante. Malgré les interruptions fréquentes de la fourniture en énergie électrique, les installations du bureau restent fonctionnelles grâce aux générateurs de secours installés. Les problèmes récurrents du bureau concernent les véhicules. L'étendue du pays et la nature du terrain influe beaucoup sur leur durée de vie.

Le personnel :

Au cours de la période, l'effectif du personnel du bureau a fluctué entre 36 et 45, composé de professionnels (internationaux ou nationaux) pour environ un tiers et pour deux tiers de personnels des services généraux. Les variations des effectifs ont été liées le plus souvent à des contraintes budgétaires comme en 2010 avec la suppression du poste de l'administrateur international, ou en 2012 avec la suppression de quatre postes (1 international, 1 NPO et 2 GS) du programme PEV. Il convient cependant de noter les recrutements en 2010 d'un fonctionnaire EHA et d'un documentaliste qui vont dans le sens d'adapter le profil du personnel aux besoins de la mise en œuvre de la stratégie. Dans le même sens, il faut souligner le recrutement d'un NPO/HPR (Promotion de la santé), même si le poste n'a été pourvu que pour 6 mois.

En 2014, l'effectif total du bureau était de 38 staffs dont 5 professionnels internationaux, 12 NPOs et 21 membres du personnel de la catégorie des services généraux. La mise en place de l'équipe de support administratif (CSU) a été effective par le recrutement d'un Chargé des Opérations (OO), d'un Assistant au Programme, Budget et Finances (A/PBF), d'un Assistant

à la Logistique, Procurement et Travel (A/LPT) et la conversion d'un poste d'Assistant à celui d'Assistant aux Ressources Humaines. Il faut aussi noter le renforcement de l'équipe technique du bureau par le recrutement de 5 NPOs (NPO/Race, NPO/PFA, NPO/RIO, NPO/DM, NPO/CAM). Par ailleurs, dans le cadre du renforcement des activités de surveillance des PFA et en vue de renforcer la présence de l'OMS au niveau des régions, 6 NPO/VPD et 2 chauffeurs ont été recrutés. Le tableau ci-dessous donne la situation du personnel au 31 Aout 2015, avec un total de 45 staffs.

Tableau 10 : Situation du personnel du bureau OMS au 31 Août 2015.

Axe stratégique	Nombre de staff professionnel en poste	Dénomination des postes	Profil du staff	Observations
Système de santé	2 professionnels nationaux	NPO/MPN NPO/HEC	Médecin SP Economiste	
Lutte contre la maladie et urgences	05 internationaux 12 professionnels nationaux	NPO/DPC NPO/MAL NPO/RACE (MAL) EHA EHA/Ebola (temporaire) EPI/TL PEV/PFA NPO/RIO NPO/DM NPO/CAM 6 NPO/PEV (pour 6 régions)	Médecin SP Médecin SP Médecin SP Médecin SP Médecin SP Médecin SP Médecin SP	En voie remplacement En voie remplacement
Santé de la mère et de l'enfant	2 Professionnel national	NPO/FHP NPO/HIV/TB /NUT	Pédiatre et SP Médecin SP	
Promotion d'un environnement favorable à la santé				
Présence OMS	1 International 1 professionnel national 21 General Service	WR OO SEC/WR Réceptionniste A/PBF A/LPT A/RH ICT LIB Assistants (4) Chauffeurs (9)		

Il ressort de ce tableau que si l'effectif total du personnel est globalement satisfaisant pour un bureau de pays, la répartition de ces personnels par domaines n'est pas équilibrée par rapport aux besoins de

mise en œuvre de la stratégie de coopération. Des domaines comme le Système de santé et la Santé de la mère et de l'enfant ne disposent pas du personnel requis au regard des besoins d'appui, ce qui impose une surcharge de travail pour les membres du personnel en poste. L'axe stratégique promotion d'un environnement favorable à la santé ne disposent ni de personnel propre ni de personnel répondant au profil requis. Il semble nécessaire de revoir la situation du personnel au regard des besoins de mise en œuvre du programme de coopération.

De 2009 à 2015, le bureau a organisé une journée de réflexion et quatre retraites du personnel sur des thématiques en rapport avec l'amélioration de l'efficacité du travail et les conditions de travail. En 2012, le staff technique a bénéficié d'une formation en plaidoyer et mobilisation de ressources et d'une formation en négociation en cours à distance. Les assistants ont bénéficié d'une formation en informatique. Plusieurs membres du personnel, notamment ceux de l'administration et de l'informatique, ont participé à des réunions et séminaires organisés par le Bureau régional sur des thématiques liées très souvent à la migration vers le GSM. Une formation sur la gestion du stress a été organisée à l'intention du personnel en 2011 et des cours d'anglais sont proposés à tout le staff depuis 2013.

Missions d'appuis techniques reçus des Equipes Inter-pays, d'AFRO et de HQ

Le tableau 6 ci-dessous présente la liste des missions d'appui reçues des Equipes Inter-pays, du Bureau régional et du Siège. On constate que le pays reçoit en moyenne 15 à 20 missions par an, avec une moyenne de 36 experts parmi lesquels 15 à 20 proviennent du niveau inter-pays et principalement de l'équipe inter-pays de Ouagadougou. Ainsi en 2010 et 2011, sur une moyenne de 36 experts reçus du niveau inter-pays, 22 venaient de l'équipe inter-pays de Ouagadougou, 3 de Libreville et 1 de Harare. Les équipes inter-pays de Libreville et Harare ont été mises à contribution pour des compétences non disponibles au niveau de l'équipe de Ouagadougou.

Les experts du Bureau régional étaient présents dans 3 missions en 2009, dans 4 missions en 2010 et dans 1 mission en 2011 et en 2012. Le Siège était présent dans 3 missions en 2009, dans 8 missions en 2010 (avec un total de 11 experts) et dans 1 mission en 2011. Nous notons également que des experts nationaux (des bureaux de pays de l'OMS ou du Ministère de la Santé) ont participé à des missions d'appui ce qui est de nature à renforcer la coopération horizontale entre les pays.

Tableau 11: Appuis techniques reçus des autres niveaux de l'Organisation de 2009 à 2015

Période	Volume des appuis apportés	Domaines d'appui	Outputs/résultats
2009	Le pays a reçu 13 missions dont 6 de l'IST/WA, 1 mission d'experts de bureau de pays (Gabon, RDC), 1 mission IST/WA/AFRO, 1 mission IST/WA-HQ, 2 missions AFRO/HQ, 1 mission conjointe OMS-AFRO-UNICEF-Dakar et 1 mission HQ	Préparation requêtes au Fonds Mondial, processus d'éradication de la dracunculose, de la poliomyélite et de la rougeole ; élaboration du PDS et mobilisation de fonds ; approvisionnement en médicaments, législation pharmaceutique, assurance qualité, biosécurité et gestion données ; élaboration des projets d'établissement des hôpitaux ; évaluation de la chaîne de froid dans le cadre de la transfusion sanguine.	Documents de planification et d'orientation mis à la disposition du pays ; Recommandations au pays pour améliorer la qualité et l'efficacité des programmes ; Renforcement des capacités des acteurs nationaux et des membres de l'équipe OMS de pays ; Amélioration de la mise en œuvre des programmes nationaux ; Amélioration de la qualité de l'appui technique de l'OMS.
2010	Le pays a reçu 20 missions d'appui totalisant 37 experts dont 12 de l'équipe Inter-pays de Ouagadougou, 2 de	Ces appuis ont concerné les domaines suivants : formation sur l'incitation à la performance des prestataires, processus	Documents de planification et d'orientation mis à la disposition du pays ; Recommandations au pays pour améliorer

	<p>l'équipe inter-pays de Libreville, 1 de l'équipe inter-pays de Harare, 4 d'AFRO, 11 de HQ*, 2 des pays de la sous-région (Togo, Mauritanie)</p> <p>*les 11 experts reçus de HQ ont apporté leur appui au pays dans des domaines particuliers pour lesquels les expertises sont inexistantes ou insuffisantes au niveau de la Région. Ces appuis ont concerné : la vaccination contre la méningite, la certification de l'éradication du ver de Guinée, la lutte contre le cancer, l'élaboration des projets CAP pour la mobilisation de fonds dans le cadre des urgences.</p>	<p>d'élaboration du COMPACT national, plaidoyer, préparatifs et mise en œuvre de l'introduction du vaccin contre la méningite MenafriVac ; JNV Polio; cartographie de l'offre de services de santé maternelle et néonatale ; pré-certification éradication dracunculose, réhabilitation à base communautaire ; analyse situationnelle de la lutte contre le cancer ; lancement du Plan de développement des ressources humaines, enquête nationale survie mortalité maternelle et infantile ; lutte contre le Noma ; élaboration des projets d'établissements hospitaliers ; révision et préparation du CAP ; surveillance de deuxième génération et surveillance résistance du VIH aux ARV.</p>	<p>la qualité et l'efficacité des programmes ; Renforcement des capacités des acteurs nationaux et des membres de l'équipe OMS de pays ; Amélioration de la mise en œuvre des programmes nationaux ; Amélioration de la qualité de l'appui technique de l'OMS.</p>
2011	<p>Le pays a reçu 17 missions d'appui totalisant 35 experts dont 20 de l'équipe inter-pays de Ouagadougou, 1 de l'équipe inter-pays de Libreville, 1 d'AFRO, 1 de HQ, 1 d'un bureau de pays de la Sous-région et 11 consultants extérieurs* recrutés par l'OMS.</p> <p>*sur les 11 consultants, 8 ont été recrutés dans le cadre de l'appui au pays pour l'élaboration du plan directeur de la lutte contre les maladies tropicales négligées. Il s'agit souvent de nationaux en charge des programmes NTDs dans leurs pays.</p>	<p>Les appuis ont concerné : l'élaboration du Plan directeur de lutte contre les NTDs 2011-2015 ; l'approvisionnement en médicaments de lutte contre les NTDs ; la préparation à l'introduction du MenAfriVac ; l'éradication du Ver de guinée ; la pharmacovigilance ; les JNV polio ; la sécurité alimentaire et nutritionnelle ; la révision du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/Sida ; la surveillance de la résistance du VIH aux ARVs</p>	<p>Documents de planification et d'orientation mis à la disposition du pays ; Recommandations au pays pour améliorer la qualité et l'efficacité des programmes ; Renforcement des capacités des acteurs nationaux et des membres de l'équipe OMS de pays ; Amélioration de la mise en œuvre des programmes nationaux ; Amélioration de la qualité de l'appui technique de l'OMS.</p>
2012	<p>Le pays a reçu 15 missions totalisant 29 experts dont 20 des Equipes Inter-pays, 1 d'AFRO, 1 de HQ, 4 du CDC/Atlanta et 3 consultants internationaux</p>	<p>Les appuis ont concerné : la promotion de la santé, le soutien aux écoles de formation, la santé des jeunes et adolescents, le processus de mise en place de l'observatoire national des ressources humaines, l'approvisionnement des médicaments du programme TB, la préparation de requêtes auprès du Fonds mondial, les urgences et actions humanitaires, la surveillance des maladies à éliminer ou à éradiquer, la formation sur les procédures de gestion de l'OMS, le plaidoyer</p>	<p>Documents de planification et d'orientation mis à la disposition du pays ; Recommandations au pays pour améliorer la qualité et l'efficacité des programmes ; Renforcement des capacités des acteurs nationaux et des membres de l'équipe OMS de pays ; Amélioration de la mise en œuvre des programmes nationaux ; Amélioration de la qualité de l'appui technique de l'OMS.</p>
2013	<p>Le pays a reçu 21 missions totalisant 32 experts dont 2 de bureau pays, 22 des Equipes Inter-pays, 1 d'AFRO, 2 de HQ, 1 du CDC/Atlanta et 4 consultants internationaux</p>	<p>Les appuis ont concerné : l'élaboration de documents de politique, de plans et de stratégies, la surveillance des maladies et investigations épidémiologiques, l'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé, la formation sur les procédures gestionnaires de l'OMS, la préparation des requêtes au FM et GAVI</p>	<p>Documents de planification et d'orientation mis à la disposition du pays ; Recommandations au pays pour améliorer la qualité et l'efficacité des programmes ; Renforcement des capacités des acteurs nationaux et des membres de l'équipe OMS de pays ; Amélioration de la mise en œuvre des programmes nationaux ; Amélioration de la qualité de l'appui technique de l'OMS.</p>

2014	Le pays a reçu 21 missions totalisant 30 experts dont : 1 d'un bureau OMS pays, 18 de l'Equipe Inter-pays de Ouaga, 1 d'AFRO, 9 de HQ et 1 consultant	Les appuis ont concerné : le renforcement du système de santé, la prise en charge du VIH/Sida, de la Tuberculose et du Paludisme, la lutte contre la polio, la mobilisation des ressources notamment auprès de GAVI et du FM, les ressources humaines pour la santé, la recherche opérationnelle	Documents de planification et d'orientation mis à la disposition du pays ; notes conceptuelles pour la mobilisation de ressources, recommandations au pays pour améliorer la gestion des programmes recommandations au pays pour améliorer la gestion Protocole de recherche,
2015	Le pays a reçu 11 missions d'appuis totalisant 14 experts dont 2 de bureau OMS de pays, 6 de l'EI de Ouaga, 1 du Cluster Santé de Dakar, 1 de HQ et 4 consultants.	Les appuis ont concerné : la lutte contre le paludisme, les MTN, les laboratoires de surveillance, la formation des personnels sur les nouveaux outils, l'élaboration de notes conceptuelles pour la mobilisation de ressources, l'élaboration de la politique de santé et l'audit organisationnelle du MSP, la gestion des urgences	Documents de planification et d'orientation mis à la disposition du pays ; notes conceptuelles pour la mobilisation de ressources, recommandations au pays pour améliorer la gestion des programmes recommandations au pays pour améliorer la gestion Protocole de recherche,

Selon les entretiens tenus avec les membres de l'équipe de pays, les missions reçues sont généralement pertinentes car répondant à des demandes formulées par le pays pour des compétences non disponibles en qualité ou en quantité. Aucun cas de mission « parachutée » n'a été évoqué. Il a été cependant fait cas d'une mission AFRO/HQ qui ne répondait pas à une demande express du bureau de pays, mais qui entrait dans le cadre d'une mission inter-agences de haut niveau organisée par le Système des Nations Unies en réponse à une urgence déclarée.

S'agissant de la promptitude des missions, en dehors de certains domaines comme celui de la nutrition qui ne reçoit pas toujours le soutien requis, les missions d'appui sont généralement reçues dans des délais raisonnables, moyennant parfois le remplacement du fonctionnaire de l'OMS non disponible par un consultant. Pour les missions impliquant l'intervention conjointe des experts de l'équipe inter-pays, du Bureau régional et du Siège, il y a généralement une bonne coordination dans l'organisation de l'appui et une bonne répartition de rôles entre les trois niveaux techniques selon le degré de complexité de l'appui technique requis. Les missions reçues ont été généralement de bon niveau technique et ont été appréciées par le pays.

5.2.2 Communication, documentation médicale et sanitaire

Communication :

- Au cours de la période de mise en œuvre de la SCP II, le bureau s'est doté d'équipements de vidéoconférence très utiles pour la coordination avec IST, AFRO et HQ ainsi que pour les appuis techniques à distance. La salle internet de la documentation a vu son équipement renforcé ce qui contribue à la recherche des documents en ligne pour les étudiants et enseignants des écoles de santé. La lettre de l'OMS qui retrace les activités principales des programmes a été éditée *régulièrement jusqu'en 2013*. Tous les grands événements impliquant le bureau sont couverts et font l'objet de flash Info et communiqués de presse

partagés avec tous les acteurs locaux, les équipes inter-pays, le Bureau régional, le Siège et autres bureaux pays de la Région. Le bureau dispose d'un site web mis à jour régulièrement. Il est aussi présent sur les réseaux sociaux notamment Twitter et Facebook qui sont animés régulièrement et contribuent à l'amélioration de la visibilité des actions de l'OMS.

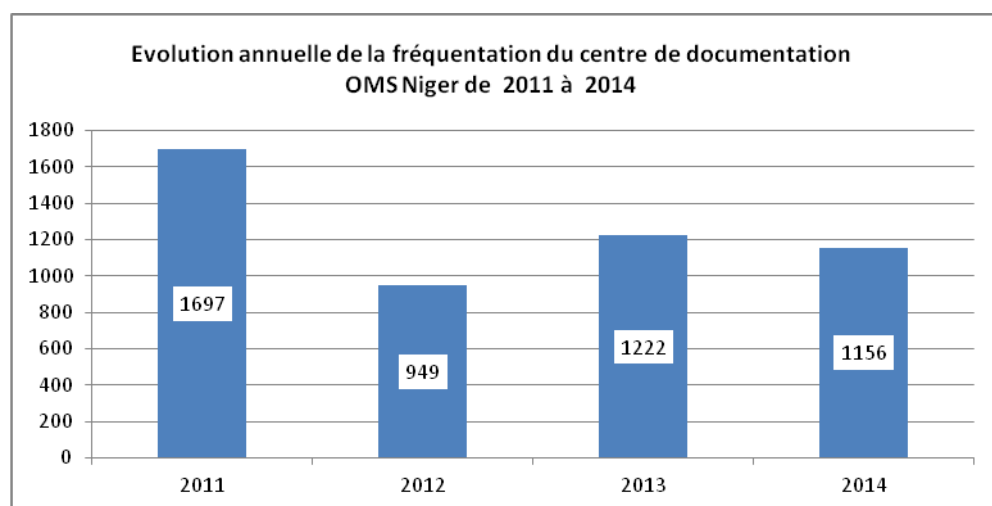
Pour une meilleure gestion des technologies de l'information et de la communication de l'OMS, le bureau a procédé en 2012 à une mise à niveau de ses infrastructures : installation de 3 nouveaux serveurs et 3 onduleurs, mise en place d'une liaison internet de backup, acquisition d'un nouveau groupe électrogène de 60 KVA alimentant la salle serveur, mise à niveau du parc informatique. Ce dispositif a permis d'améliorer la connectivité du bureau, la fluidité des opérations dans le GSM.

Documentation médicale et sanitaire :

Le Centre dispose d'un fonds documentaire (thèses et mémoires ; rapports techniques ; revues médicales ; la littérature grise etc.) d'environ 15 000 volumes, d'une salle de lecture de 30 places, d'un Cyberspace de 6 ordinateurs connectés à l'Internet. En outre le Centre élabore périodiquement des dossiers de presse afin de suivre l'actualité sanitaire au Niger, qui sont à leur 12^{ème} numéro en 2015. Par ailleurs le Centre a contribué à la formation de 16 responsables de bibliothèques bleues des districts dont l'objectif majeur de pallier les manques d'information médicale et sanitaire actualisée dans les centres de santé de district.

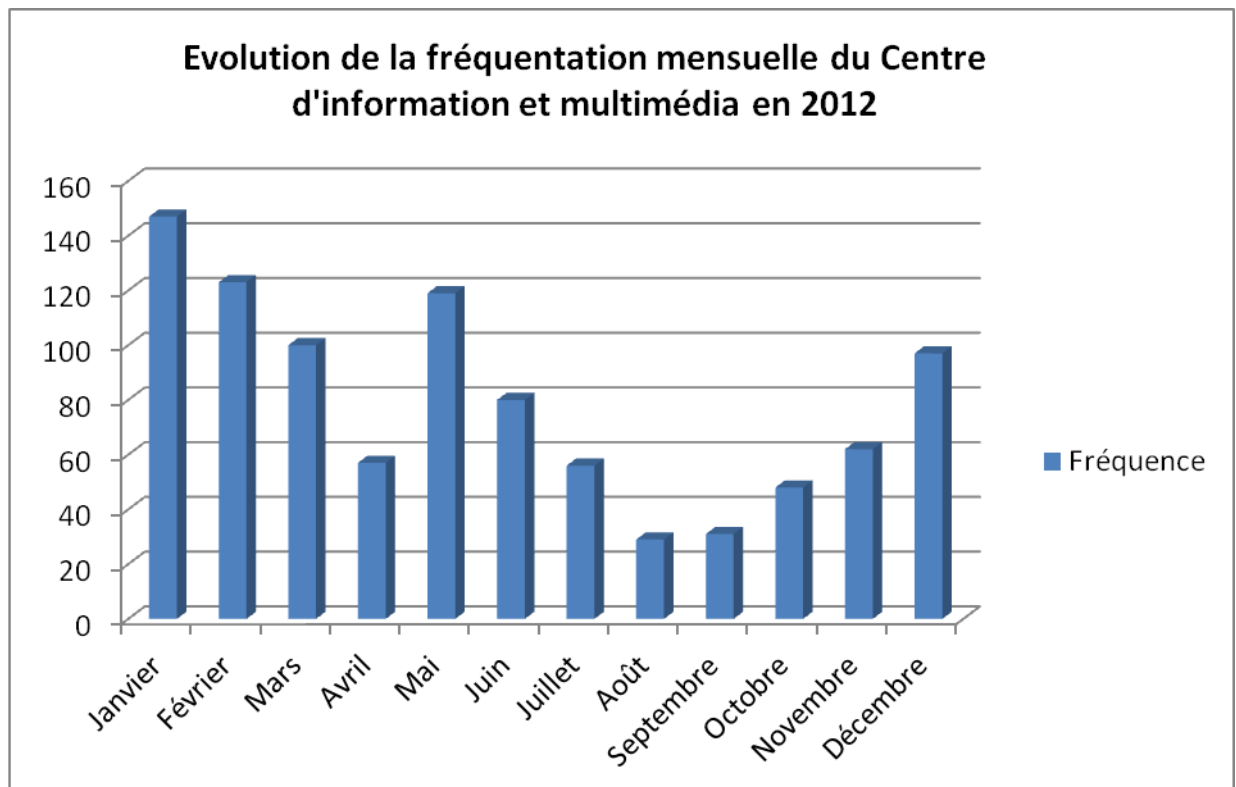
La figure 7 montre l'évolution de la fréquentation du Centre de 2011 à 2014. On constate qu'après une période d'euphorie correspondant à l'ouverture du Centre le niveau de fréquentation s'est stabilisé autour de 1200 visiteurs par an.

Figure 7 : Evolution de la fréquentation annuelle du Centre d'information et multimédia de l'OMS de 2011 à 2014



La figure 8 ci-dessous montre l'évolution de la fréquentation mensuelle du centre en 2012. Ces fréquentations sont les plus hautes au moment où les élèves et étudiants préparent leurs mémoires et thèses et les plus basses pendant les périodes de vacances.

Figure 8 : Evolution de la fréquentation mensuelle du Centre d'information et multimédia de l'OMS en 2012



VI. Problèmes, goulots d'étranglement et leçons apprises dans la mise en œuvre de la SCP 2009-2015

Les échanges et discussions tenues par les membres de l'équipe d'évaluation ont abouti aux conclusions suivantes :

6.1 Forces, faiblesses, opportunités, menaces et défis de la coopération de l'OMS :

Le tableau 7 ci-dessous présente les perceptions des membres de l'équipe d'évaluation sur les forces, faiblesses, opportunités, menaces et défis de la coopération de l'OMS au cours de la mise en œuvre de la SCP II.

Tableau 12: Perceptions des membres de l'équipe d'évaluation sur les forces, faiblesses, opportunités, menaces et défis de la coopération de l'OMS :

Forces	<ul style="list-style-type: none"> • Compétence de l'OMS reconnue par les autorités sanitaires et les partenaires au développement : disponibilité d'une expertise nationale et internationale polyvalente. • Bonne collaboration avec les autorités sanitaires nationales, le SNU et les autres partenaires. • Existence d'un service de documentation et d'information mis à la disposition des services techniques, des étudiants et du public • Capacité à soutenir le pays dans la mobilisation des ressources
Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'expertises pour couvrir certains domaines prioritaires tels que: Environnement et Promotion santé • Surcharge de travail pour certains membres du personnel • Moyens financiers de l'OMS insuffisants et imprévisibles (ressources de l'OMS composées à près de 80% de fonds volontaires dont la mobilisation devient de plus en plus difficile) • Faible connaissance des procédures et du processus gestionnaire de l'OMS par les cadres du MSP • Staff de l'OMS maîtrisent difficilement des procédures administratives et gestionnaires en évolution constante • Majorité des documents disponibles uniquement en anglais • Manque de visibilité du rôle de l'OMS dans la coordination du partenariat
Opportunités	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement des autorités et des partenaires vis-à-vis des questions de santé • Existence de documents d'orientations politiques et stratégiques : PDES, Politique nationale de santé, orientations stratégiques, PDS, Audit organisationnel du MSP, Feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. • Existence de plusieurs Initiatives en faveur de la santé : GAVI, Fonds mondial, Fonds MAP, Fonds PPTE, Initiative 3N etc. • Existence de cadres de concertation et de partenariat : OMD, UNDAF, IHP+, COMPACT
Menaces	<ul style="list-style-type: none"> • Changements fréquents des responsables de l'administration sanitaire. • Forte dépendance du système vis-à-vis du financement extérieur • Extrême pauvreté de la population • Fréquence des situations d'urgence : épidémies, crises humanitaire, alimentaire et nutritionnelle, inondations, afflux de réfugiés, insécurité
Défis pour le bureau de pays	<ul style="list-style-type: none"> • Disposer de plans de coopération réalistes, en rapport avec les capacités et ressources de l'Organisation • Jouer un rôle plus visible dans la coordination des partenaires du secteur santé

6.2 Contraintes rencontrées:

Les principales contraintes rencontrées ont été :

- La non disponibilité ou le retard dans la mise à disposition des fonds volontaires
- Les lenteurs administratives
- Les conflits de calendriers avec d'autres activités du MSP ou d'autres partenaires ce qui conduit à reprogrammer certaines activités ;
- L'insuffisance des ressources humaines sur le terrain pour la mise en œuvre des activités ;
- La survenue de plusieurs situations d'urgences et de catastrophes dans le pays
- La survenue de plusieurs changements dans le leadership du bureau de l'OMS.

6.3 Leçons tirées de l'évaluation de la mise en œuvre de la SCP II:

Au plan des principaux enseignements tirés de ces résultats et évaluations, on doit souligner :

- La nécessité pour l'OMS d'élaborer un programme de travail réaliste, en rapport avec ses capacités humaines et financières,
- La nécessité pour l'OMS de jouer un rôle plus visible dans le partenariat pour la santé et d'élargir son influence à d'autres acteurs de la santé, notamment les autres départements ministériels, la société civile, le secteur privé

- L'impérieuse nécessité pour le secteur de la santé de mieux tirer profit du fort engagement déclaré par les pouvoirs publics et les partenaires ainsi que des opportunités offertes par les partenariats mondiaux, notamment le Fonds Mondial, GAVI, l'Union Européenne.

VII. Recommandations de l'évaluation

Recommandations pour une mise en œuvre plus efficace du programme de l'OMS

5.1.1 Au plan de la gestion du processus de la SCP :

- Sensibiliser davantage le staff du bureau et les hauts cadres du MSP sur l'importance de la SCP dans la politique actuelle de l'OMS;
- Impliquer plus étroitement les hauts responsables du Ministère de la Santé dans la gestion des processus de la SCP en vue de renforcer l'appropriation nationale;
- Assurer l'alignement de la SCP avec les plans nationaux et avec l'UNDAF.
- Etre plus sélectif dans la détermination du contenu de l'agenda stratégique (nombre limité d'axes stratégiques, mais aussi nombre limité d'interventions pour chaque axe) en tenant compte des capacités réelles de l'OMS.
- Pour chaque domaine de coopération, définir clairement les effets attendus de l'action de l'OMS, en précisant les produits, les indicateurs et cibles visés à l'instar de la matrice des résultats utilisée dans l'UNDAF.
- Inclure dans le document un Plan indicatif et cadre de ressources pour la stratégie
- L'analyse de la situation nationale devrait utiliser des données désagrégées faisant ressortir clairement les notions de genre, d'équité et de droits à la santé afin d'identifier les groupes les plus vulnérables et faciliter ainsi le choix des priorités de l'OMS
- Elaborer une stratégie de vulgarisation du document de la SCP qui ne doit pas se limiter à une simple transmission du document aux partenaires ; la vulgarisation sera répétée périodiquement (en copies physiques ou électroniques selon les besoins), sur la base d'une liste de distribution qui sera archivée ;
- Bien documenter les processus d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation de la SCP et assurer un bon archivage des documents.

5.1.2 Au plan de la gestion de la coopération technique :

- Donner plus de visibilité aux exercices de planification stratégique de l'OMS
- Vulgariser le document de stratégie de coopération de façon continue auprès des cadres du Ministère et des partenaires
- Utiliser davantage la SCP pour adapter la présence de l'OMS dans le pays (renforcement des capacités techniques et gestionnaires du bureau) et pour améliorer la mobilisation et l'allocation des ressources ;
- Renforcer les connaissances des cadres du Ministère de la santé sur les procédures gestionnaires de l'OMS
- Rendre plus visible le rôle de l'OMS dans la gestion du partenariat pour la santé
- Développer un partenariat plus dynamique avec les autres structures et institutions nationales, notamment les autres départements ministériels, la Société civile, les ONG et Associations.

7.1 Recommandations sur les priorités pour la future stratégie de coopération :

7.1.1 Défis et priorités du pays:

En dépit des progrès notables et même de quelques succès enregistrés dans l'évolution de la situation sanitaire nationale au cours de la période 2009-2015, la situation sanitaire nationale n'a pas fondamentalement changée. Les principaux enjeux et défis de santé du pays sur lesquels ont porté la stratégie de coopération 2009-2015 restent encore pertinents soit parce qu'il s'agit de problèmes dont la solution ne peut être envisagée que sur le long terme, soit parce que les résultats obtenus ne sont pas suffisants.

La situation sanitaire reste toujours caractérisée par l'ampleur des maladies transmissibles et non transmissibles, l'apparition de nouveaux défis comme les fièvres hémorragiques virales, les taux élevés de mortalité maternelle et infantiles, la précarité des conditions d'hygiène et d'assainissement, la faible performance du système national de santé, liée elle-même aux faiblesses de la couverture sanitaire, des ressources humaines pour la santé, du financement de la santé, de la qualité des soins dans les formations sanitaires.

La Politique nationale de santé de 2015 a défini six axes stratégiques d'intervention afin d'améliorer de façon durable et équitable les services de santé et la santé de la population. Il s'agit de :

1. Renforcement du leadership et de la gouvernance ;
2. Amélioration de la qualité des prestations ;
3. Développement des ressources humaines de la santé ;
4. Amélioration de la disponibilité des ressources physiques et intrants (infrastructures, équipements et médicaments, etc.) ;
5. Renforcement de l'information sanitaire et de la recherche en santé ;
6. Amélioration du financement de la santé.

7.1.2 Priorités pour le programme de l'OMS :

Sur la base des priorités de la PNS (2015), du PDS 2016-2020, de l'UNDAF 2014-2018 et du PSMT 2014-2018 de l'OMS, les axes et domaines d'interventions prioritaires ci-dessous sont proposés pour la SCP 2016-2020

Axe stratégique I : Amélioration de la performance du système de santé

1.1 Renforcer la gouvernance et le partenariat pour la santé :

- Approche stratégique 1: Aider le pays à élaborer, mettre en œuvre et évaluer des politiques, stratégies et plans nationaux de santé fondés sur les soins de santé primaires,
- Approche stratégique 2: Aider le pays à renforcer le cadre partenarial y compris avec les autres secteurs étatiques non sanitaires, la Société Civile et le Secteur Privé et assurer une meilleure visibilité du rôle de l'OMS.

1.2 Améliorer la qualité des services et des soins

- Approche stratégique 1 : Soutenir le pays dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de son plan stratégique « Assurance de la qualité des soins »

- Approche stratégique 2: Soutenir le pays dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de son « Plan de développement des ressources humaines pour la santé 2011-2020 ».
- Approche stratégique 3 : Soutenir le pays en vue d'améliorer la disponibilité des médicaments et matériels de qualité

1.3 Améliorer le financement de la santé

- Approche stratégique 3 : Appui technique au pays pour développer, mettre en œuvre et évaluer des stratégies et mécanismes pour un financement équitable de la santé (institutionnalisation CNS, CMDT, évaluation politique gratuité soins, mutuelles et assurances de santé)
- Approches stratégique 2 : Appui technique au pays pour mettre en œuvre et évaluer les progrès vers la couverture sanitaire universelle

1.4 Promouvoir l'information sanitaire et la recherche en santé

- Approche stratégique 1 : Appui technique au pays pour renforcer les capacités nationales en vue d'améliorer la mise en œuvre du SNIS
- Approche stratégique 2 : Appui technique au pays pour évaluer les progrès vers l'atteinte des OMD liés à la santé et le suivi des Objectifs de Développement Durable (ODD)
- Approche stratégique 3 : Appui au pays en vue de renforcer le cadre législatif et réglementaire en matière de recherche en santé

Axe stratégique II : Lutte contre la maladie, gestion des urgences et promotion de la santé

2.1 Intensification des interventions de santé orientées vers les pathologies dominantes

- Approche stratégique 1 : Soutenir les efforts du pays en vue de la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au Paludisme, à la Tuberculose et au VIH/sida
- Approche stratégique 2 : Appuis au pays pour réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination, notamment la polio, la rougeole et le tétanos néo-natal
- Approche stratégique 3 Appui au pays pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer des plans de surveillance et de contrôle des maladies tropicales négligées (MTN)
- Approche stratégique 4 : Appui au pays pour renforcer la surveillance et le contrôle des maladies non transmissibles (MNT) les plus fréquentes (maladies cardio-vasculaires, diabète, cancers, drépanocytose, maladies mentales, maladies bucco-dentaires)
- Approche stratégique 5 : Appui au pays pour assurer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la Stratégie nationale de promotion de la santé

2.2 Renforcement de la surveillance intégrée des maladies en vue de l'application des dispositions du Règlement Sanitaire International RSI (2005)

- Approche stratégique 1 : Appui au pays pour renforcer la surveillance intégrée des maladies au niveau du district
- Approche stratégique 2 : Plaidoyer et appui technique au pays pour assurer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des dispositions du Règlement Sanitaire International RSI (2005)

2.3 Renforcement des capacités de préparation, de riposte et de gestion des urgences et catastrophes

- Approche stratégique 1 : Appui technique au pays pour la mise à jour et l'évaluation des plans de préparation et ripostes aux épidémies et autres catastrophes
- Approche stratégique 2 : Appui au pays pour renforcer les capacités nationales en matière de prévention et lutte contre les épidémies et autres catastrophes.

Axe stratégique III : Promotion de la santé tout au long du cycle de vie

3.1 Soutenir le pays dans la mise en œuvre d'interventions efficaces en vue de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale

- Approche stratégique 1 : Appui technique au pays en vue d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services de maternité à moindre risque
- Approche stratégique 2 : Appui technique et plaidoyer pour la mobilisation de ressources en vue de la mise en œuvre des plans de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale.

3.2 Soutenir le pays a mise en œuvre de programmes visant à améliorer la survie de l'enfant et la santé des jeunes et adolescents

- Approche stratégique 1 : Appui technique au pays en vue de l'extension de la PCIME y compris au niveau communautaire
- Appui technique pour renforcer les capacités du pays en vue de la mise en œuvre effective de la Stratégie nationale de santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents.

3.3 Soutenir le pays la mise en œuvre de programmes visant à promouvoir la santé des personnes âgées

- Approche stratégique 1 : Appui technique et financier au pays pour formuler un plan stratégique pour la promotion de la santé des personnes âgées fondé sur des bases factuelles
- Approche stratégique 2 : Appui technique au pays pour le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation du plan de promotion de la santé des personnes âgées.

Axe stratégique IV. Services institutionnels et fonctions d'appui

- *Améliorer l'efficacité du travail du bureau*
- *Appuis reçus des autres niveaux de l'Organisation*
- *Coordination, partenariat, mobilisation de ressources.*
- *Infrastructures, équipements, connectivité, documentation*

Conditions pour une mise en œuvre efficace

Pour une mise en œuvre plus effective du nouveau programme une attention particulière devra être donnée à la levée des contraintes relevées, notamment celles relatives à l'allocation et la mobilisation de ressources financières, au renforcement du personnel du bureau de l'OMS dans les domaines retenus et au renforcement de ses capacités notamment dans les domaines de la négociation et de la mobilisation des ressources, de la planification et gestion des programmes, de l'archivage physique et électronique des documents techniques et financiers. Une attention devra être également donnée au renforcement de l'appropriation nationale de la stratégie de coopération et au renforcement des capacités des agents du Ministère de la Santé sur les procédures de l'OMS.

VIII. Conclusion :

L'évaluation de la Stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger 2009-2015, conduite en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique nous aura tout d'abord permis d'apprécier la qualité du document de stratégie à travers son processus d'élaboration, la pertinence des objectifs de l'agenda stratégique et l'utilisation du document dans les processus de gestion du programme de coopération. Nous avons ainsi noté : le caractère participatif du processus d'élaboration en dépit de quelques lacunes observées ; la pertinence des objectifs retenus au regard des priorités du pays malgré le caractère très ambitieux de l'agenda stratégique ; l'utilisation effective de la stratégie dans la planification, l'allocation des ressources, le plaidoyer et la mobilisation de ressources, le renforcement du partenariat et de la présence de l'OMS même si tous ces processus demandent à être améliorés.

L'évaluation nous aura ensuite permis de faire le bilan de l'agenda stratégique et d'apprécier les contributions de l'OMS aux efforts du développement sanitaire du pays pendant la période de mise en œuvre de la stratégie. Il ressort des résultats de l'évaluation que l'OMS a apporté une contribution significative dans l'amélioration de la santé des populations, à travers notamment ses interventions dans les domaines particuliers de la lutte contre la maladie et de la gestion des urgences, de l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, de la promotion de la santé et de l'amélioration de la performance du système de santé. L'exercice a fait ressortir une très bonne collaboration entre les trois niveaux de l'Organisation (Bureau de pays, Bureau régional et ses antennes inter-pays et Siège) dans l'appui au pays

L'évaluation a montré cependant que des lacunes subsistent tant au plan de la gestion du processus de la SCP qu'à celui de la gestion de la coopération technique de l'OMS avec le pays et ses partenaires. Ces lacunes devront être levées pour une mise en œuvre plus efficace des futurs programmes de coopération.

IX. ANNEXES

Annexe 1 : Liste des membres de l'équipe d'évaluation

Ministère de la Santé Publique :

1. Dr Idrissa Maiga, SG
2. Mr Mamane Sofo Bawa, DGR
3. Dr Yaroh Asma Gali, DSGP
4. Dr Ranaou Abaché, DEP
5. Dr Basso Omar, DSME
6. Mme Ibrahim Mariétou, DS
7. Mr Issoufou Garba Sani, DSRE
8. Mme Sourghia Mariama, DOS
9. Dr Tinni Aboubacar, PNL/MNT
10. Dr Ousseini Mariama, DPS
11. Mr Harou Oumarou, DHP/EPS

Organisation mondiale de la Santé :

1. Dr GAGARA Magagi, MPN
2. Mr BIZO Moussa, HEC
3. Dr ADAMOU Balkissa, FHP
4. Dr YAM Abdoulaye, IVE
5. Mme KANE Fanna, OO
6. Dr GBAGUIDI Aichatou Diawara, PEV
7. Dr NZEYIMANA Innocent, ODM
8. Mr HALADOU Moussa, DM
9. Mr MOKHTAR Abdoul Hakim, CAM
10. Dr ABOUBAKAR Fatima, RACE
11. Dr OBAMA NSE, Ricardo, Surv/PFA
12. Dr BAISSA Mariama, NUT

Consultant :

Dr Kadri TANKARI

Annexe 2: Liste des partenaires rencontrés

1. Système des Nations Unies/ PNUD

Mr Fodé N'diaye, Coordonnateur SNU/Représentant PNUD

2. OCHA (Agence des Nations Unies chargée des Questions Humanitaires)

Mr Dieudonné Bamouni, Chef de Bureau

Mr Olivier Eyenga, chargé des Affaires humanitaires, Chef Unité de coordination

3. Helen Keller International

Zakari Madougou, Représentant Résident

4. Croix Rouge Nigérienne:

Mr Ali Bondiéré, Président

Mme Sidibé Hadiza, Chargée de coordination

5. Catholic Relief Services (CRS)

Mr Ali Abdoulaye, Représentant Résident Adjoint

Dr Ibrahim Ousmane, Chargé de la lutte contre le paludisme

Dr Issifi Sanouna, Monitoring et évaluation

6. Union Européenne

Mme Nadia Canata, en charge des questions de santé

7. Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement (AECID) (Chef de file des partenaires du secteur santé)

Mr Pedro, Pablo Responsable de programme assurant intérim du Chef de file

8. Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP)

Mr Seydou Hamani Boureima, Directeur Général

Mme Diambeidou Justine, Secrétaire général

Mr Galadima Dodo Abdourahamane, Directeur des Etudes

Mr Ali Hima, Directeur Administratif et Financier

9. Institut de Santé Publique (ISP)

Dr Alio Sabo, enseignant

Mr Kosso Hima, enseignant

Mr Idi Tanko, Secrétaire Général

10 CARE INTERNATIONAL

Dr Fatma Zennou

Mr Sani Laminou

11. Agence Française de Développement (AFD)

Cynthia MELA, Chargée de mission

12. ROASSN (Regroupement des ONGs et Associations du Secteur de la Santé du Niger)

Dr Ide DJERMAKOYE, Coordonnateur

13. MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Mr MAIGA Idrissa, Secrétaire Général du MSP

Dr GALI Asma, Directrice Générale de la Santé Publique,

Mr Mamane Sofo BAWA, Directeur Générale des Ressources

14. COOPERATION BELGE

DR WILLY JANSSEN CO RESPONSABLE PAI/AGENCE BELGE DE DEVELOPPEMENT

15. UNFPA

Mme Monique CLESCA, Représentante

X. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Niger, Déclaration de politique sanitaire, 2002
2. Niger, Politique nationale de santé, 2015
3. Niger, MSP : Plan de développement Sanitaire 2005-2009
4. Niger, MSP : Plan de développement Sanitaire 2011-2015
5. Niger : Plan de développement économique et social PDES 2012-2015
6. Niger, Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples, Niger EDSN-MICS 2012
7. Niger, Rapport des progrès réalisés vers l'atteinte des OMD liés à la santé
8. Niger, Synthèse du rapport d'évaluation de la politique nationale de santé de 2002, Juin 2015
9. OMS/Niger : Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays, Niger 2009-2013
10. OMS/Niger : Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays, Niger 2009-2015
11. OMS/Niger : Revue de la Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays, Niger 2009-2013
12. OMS/AFRO : Review of Countries Cooperation Strategies – Operational guide July 2013 - CAS/AFRO
13. OMS : Cent cinquième session du Conseil Exécutif, Document EB105/3 – Une stratégie institutionnelle pour le Secrétariat de l'OMS.
14. OMS : Cent cinquième session du Conseil Exécutif, Document EB105/7- Travailler dans les pays et avec eux.
15. OMS : Renforcer l'appui de l'OMS aux différents pays pour améliorer les résultats sanitaires dans la Région Africaine – Le Rapport de Nairobi Avril-Septembre 2004
16. OMS : Plan stratégique à moyen terme 2008-2013
17. OMS/AFRO : Pour un développement sanitaire durable dans la Région africaine- Orientations stratégiques pour l'OMS 2010-2015
18. OMS : Cent Onzième session du Conseil Exécutif, Document EB111/33 - L'initiative en faveur des pays.
19. OMS : WHO Country Cooperation Strategies – Global Analysis 2012
20. OMS-Niger : Budget Programmes 2008-2009, 2010-2011, 2012-2013, 2014-2015
21. OMS-Niger : Rapports Annuels d'activités 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014
22. OMS : WHO Presence in Countries, Territories and Areas – 2012 Report
23. OMS/AFRO : Mapping Strategic Agenda in CCS to Strategic Objectives in MTSP – Niger
24. MSP/OMS : Rapport d'évaluation des progrès réalisés vers l'atteinte des OMD Santé ; Oct. 2009
25. OMS : Douzième Programme général de travail 2014-2019
26. OMS : Projet de budget programme 2014-2015
27. Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement, UNDAF Niger 2009-2013
28. SNU : Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement UNDAF 2014-2018