



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU PAYS : Niger

OMS-NIGER

Rapport annuel

2014



Table des matières

Préface	i
Résumé exécutif	ii
Introduction	1
1. Groupe organique Lutte contre la maladie, épidémies et urgences sanitaires	2
1.1. Préparation et réponse aux urgences et aux crises humanitaires	2
1.1.1. Contexte	2
1.1.2. Principales réalisations dans le domaine de préparation et de réponse aux urgences..	2
1.2. Prévention et lutte contre les maladies transmissibles et les maladies tropicales négligées.....	6
1.2.1. Contexte	6
1.2.2. Principales réalisations et résultats.....	6
1.2.3. Perspectives 2015 :.....	10
1.3. Lutte contre le VIH/Sida (VIH).....	10
1.3.1. Contexte	10
1.3.2. Principaux résultats	11
1.4. Lutte contre la Tuberculose (TUB)	13
1.4.1. Contexte	13
1.4.2. Les réalisations	14
1.5. Lutte contre le paludisme (MAL).....	14
1.5.1 Contexte.....	14
1.5.2. Les principales réalisations.....	14
1.5.3. Défis.....	16
1.5.4. Perspectives pour 2015	16
1.6. Projet Nice- RAcE 2015:.....	16
1.6.1. Contexte	16
1.6.2. Principales réalisations.....	16
1.6.3. Contraintes et défis :	19
1.6.4. Perspectives 2015 :.....	19
1.7. Nutrition.....	19
1.7.1. Contexte	20
1.7.2. Les principales réalisations.....	20
1.8. Maladies Non Transmissibles.....	21
2. Groupe organique Politique et Système de Santé	21
2.1. Promotion de la santé (HPR)	21

2.1.1.	Contexte	21
2.1.2.	Principales réalisations et résultats.....	22
2.1.3.	Perspectives 2015.....	22
2.2.	Maternité à moindre risque (MPS)	23
2.2.1.	Contexte	23
2.2.2.	Principales réalisations :.....	23
2.2.3.	Difficultés et contraintes santé mère & enfants	27
2.2.4.	Perspectives santé mère et enfant en 2015.....	27
2.3.	Santé et développement	28
2.3.1.	Contexte	28
2.3.2.	Principales réalisations en 2014 :	28
2.3.3.	Perspectives 2015.....	29
2.4.	Renforcement du système de Santé	29
2.4.1.	Contexte	29
2.4.2.	Principales réalisations.....	29
2.4.3.	Perspectives 2015.....	31
2.5.	Financement de la Santé et Protection sociale.....	31
2.5.1.	Contexte :	31
2.5.2.	Principales réalisations	31
2.5.3.	Perspectives en 2014-2015	33
2.6.	La gratuité des soins de santé au Niger : état des lieux et perspectives	33
2.6.1.	Contexte	33
2.6.2.	Résultats obtenus de la mise en œuvre de la stratégie gratuité des soins.....	34
2.6.3.	Perspectives 2015.....	37
2.7.	Système d'information sanitaire	37
2.7.1.	Contexte	37
2.7.2.	Principales réalisations.....	37
2.7.3.	Perspectives.....	37
2.8.	Médicaments essentiels (EDM) et technologies sanitaires.....	38
2.8.1.	Contexte	38
2.8.2.	Principales réalisations	38
2.8.3.	Contraintes et perspectives 2015.....	39
2.9.	Prestations des soins et services	39
2.9.1.	Contexte	39
2.9.2.	Principales réalisations	39
2.9.3.	Contraintes et perspectives 2015.....	40

3. Groupe organique Vaccination et Mise au point des vaccins	40
3.1. Contexte:.....	40
3.2. Principales réalisations et résultats	41
3.2.1. PEV de routine.....	41
3.2.2. Activités de vaccination supplémentaires (AVS)	42
3.2.3. Surveillance des maladies évitables par la vaccination.....	46
3.2.4. Gestion de données de la vaccination et de la surveillance des maladies.....	48
3.3. Défis et perspectives pour 2015.....	49
4. Groupe organique Présence de l'OMS dans le pays.....	50
4.1. Développement de partenariats	50
4.1.1. Renforcement de la visibilité de l'OMS et de son rôle de coordination du secteur de la santé	50
4.1.2. Un cadre Stratégique de Coopération avec le Pays de deuxième génération (SCP II)..	51
4.1.3. Un appui avéré à la mise en œuvre des déclarations, résolutions et engagements du pays en matière de santé	51
4.2. Administration	51
4.3. Mise en œuvre du plan de travail du bureau pays 2014-2015.	52
4.4. Les ressources financières	52
4.4.1. Situation des allocations budgétaires	52
4.4.2. Mobilisation des fonds additionnels	52
4.4.3. Financement Direct de la Coopération (DFC).....	53
4.4.4. Perspectives 2015.....	53
4.5. Ressources humaines	53
4.5.1. Situation des effectifs.....	53
4.5.2. Perspectives pour 2015	54
4.6. La logistique	54
4.6.1. Le parc automobile.....	54
4.6.2. Gestion du bâtiment.....	54
4.6.3. L'inventaire.....	55
4.6.4. Les perspectives 2015	55
4.7. Information, Communication et Technologies (ICT).....	55
4.7.1. Activités réalisées.....	55
4.7.2. Perspectives pour 2015	55
5. Défis, leçons apprises et contraintes.....	56
5.1. Défis majeurs.....	56
5.2. Principale leçon apprise.....	56
5.3. Contraintes :.....	56
Annexe1 : Priorités stratégiques de la SCP 2009-2015.....	58

Annexe2 : Catégorisation du 12 ^{ème} Programme Général de travail 2014-2019.....	62
Liste des tableaux	8
Liste des figures	8
Liste des cartes	8
Liste des photos.....	8
Sigles et abréviations.....	6
Equipe de rédaction.....	9

Sigles et abréviations

ACT	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine
APOC	African Programm for Onchocerciasis Control
ARV	ARV: antirétroviraux
CAM	Communication and mobilization
CDC	Center for Diseases Control
CEDEAO	Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CERMES	Centre de recherche médicale et sanitaire
CNGE	Comité National de Gestion des épidémies
COIA	Commission sur la santé de la femme et de l'enfant dans la région africaine
CPN	Consultation Prénatale
CPS	chimio-prévention du paludisme saisonnier
CRENAM	Centre de récupération nutritionnelle ambulatoire
CRENAS	Centre de récupération nutritionnelle aigue sevére
CRENI	Centre de récupération nutritionnelle intensive
CSE	Centre de surveillance épidémiologique
CSI	Centre de santé intégré
CTB	Coopération technique belge
DOTS	Traitement par observance directe
DRM	Disaster Risk Management
DSRP	Direction régionale de la santé publique
EDSN/MICS	Enquête Démographique et Sanitaire du Niger et à indicateurs multiples
FAP	Femmes en âge de procréer
GRH	Gestion des Ressources Humaines
HPR	Promotion de la Santé
HTA	Hypertension artérielle
ICATT	Integrated Computerized Adaptation and Training Tool
IDH	Indice de Développement Humain
INS	Institut National de la Statistique
ISF	L'Indice Synthétique de Fécondité
LANSPEX	Laboratoire National de Santé Publique d'Expertise
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MERS-CoV	Syndrome Respiratoire Sévère du Moyen –Orient à Coronavirus
MDO	Maladies à Déclaration Obligatoire
MH	Ministère de l'Hydraulique
MILDA	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MNT	Maladies Non Transmissibles
MPS	Maternité à Moindre Risque
MTN	Maladies Tropicales Négligées
MVE	Maladie à Virus Ebola
NC	Note Conceptuelle
NE	cas non évalués
NFM	Nouveau Mécanisme de Financement du Fonds Mondial
N.m. A	Neisseria Meningitidis A
OAP	œdème Pulmonaire Aigu
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PCIGA	Prise en charge Intégrée de la Grossesse et de l'Accouchement

PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigue
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCT	Polychimio-Thérapie
PDES	Plan de Développement Economique et Social
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PDV	Perdus de Vue
PEC	Prise en Charge
PFA	Paralysie Flasque Aigue
PGT	Programme Général de Travail
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNLT	PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVS	Polio Virus Sauvage
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
QUIBB	questionnaire Unifié des Indicateurs du Bien-être de Base
RACe	Rapid Access Expansion Program
VIH/SIDA	Reproductive Maternal Newborn Child Health
RMNCH	RSI(2005): Règlement Sanitaire International(2005)
SAJ	Santé des Adolescents et des Jeunes
SCP	Stratégie de Coopération avec le Pays
SENN	Soins Essentiels du Nouveau-Né
SIMR	Surveillance intégrée de la Maladie et Réponses
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SNU	Système des Nations Unies
SONE	Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels
SPIS	Service de Planification et de l'Information sanitaire
SSRAJ	Santé Sexuelle et reproductive des Jeunes et Adolescents
TBMR	Tuberculose Multi Résistante
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TEP	Tuberculose Extra Pulmonaire
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
TMN	Taux de Mortalité Néonatal
TNN	Tétanos Néo Natal
TPM+	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive
TUB	Tuberculose
ULSS	Unité de Lutte Sectorielle contre le sida
UNDAF	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
VAD	Visite à Domicile
VAR	Vaccin Anti Rougeoleux
VAT	Vaccin Anti Tétanique
VIH	Virus de l'Immuno Déficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau 1: Indicateurs de performance par semestre du projet RAcE en 2014.....	17
Tableau 2: Répartition des relais communautaires recrutés par district sanitaire	18
Tableau 3: Proportions de formations sanitaires disposant de personnel selon les normes et standards du MSP en 2012 ; 2013 et 2014.....	30
Tableau 4: Evolution taux de rupture des molécules du panier et par niveau de 2012 à 2014	38
Tableau 5 : Répartition de la cible vaccinée des sites spéciaux des JNV/JVL en 2014 au Niger	43
Tableau 6: Situation financière par domaine d'activité en 2014	52

Liste des figures

Figure 1: Evolution comparée des épidémies de choléra de 2012, 2013 et 2014	8
Figure 2: Evolution des cas et décès de la méningite au Niger de 2009 à 2014.....	10
Figure 3: Nombre de décès maternels institutionnels notifiés et audités en 2014.....	25
Figure 4: Evolution de la part du budget de l'Etat alloué à la santé (MSP + autres secteurs) / Budget Total de l'Etat (2003-2013)	32
Figure 5: Evolution du taux d'utilisation du curatif chez les enfants de moins de 5 ans au Niger de 2005 à 2014.....	36
Figure 6: Evolution du taux d'utilisation du curatif chez les enfants de moins de 5 ans au Niger de 2005 à 2014.....	40
Figure 7: Couvertures vaccinales administratives des AVS polio en 2014.....	44
Figure 8: Pourcentage d'enfants non vaccinés en 2014	44
Figure 9: Proportion de parents informés des campagnes AVS Polio en 2014.....	45

Liste des cartes

Carte 1: Districts sanitaires ayant enregistré des cas de Choléra en 2012, 2013 et 2014	9
Carte 2: Distribution de la séroprévalence du VIH par région au Niger.....	11
Carte 3: Districts ayant connu une épidémie de rougeole (en rouge) en 2014	47

Liste des photos

Photo 1: Visite du MSP (en grand boubou à gauche) du site d'isolement de la MVE de Niamey	3
Photo 2: Cérémonie d'ouverture de l'atelier de Validation du Plan de préparation de la réponse à l'épidémie d'Ebola	4
Photo 3: Cérémonie de remise du Certificat de l'éradication du Ver de Guinée au Niger	7
Photo 4: Lancement officiel de la caravane de mobilisation sociale (village d'Aholé, DS Doutchi)	17
Photo 5: Visite conjointe MSP-OMS- World Vision Niger de suivi des RCom.....	18
Photo 6 : Formation des agents en Soins essentiels aux nouveau-nés.....	27
Photo 7: Activités de vaccinations supplémentaires	43
Photo 8: Monitoring indépendant JNV Polio	45

Equipe de rédaction

Ont contribué à la rédaction de ce rapport :

Dr Assimawè PANA, Représentant
Dr Magagi GAGARA, MPN
Dr Abdoulaye YAM, Point Focal IVE
Dr Innocent NZEYIMANA, ODM
Mme Fanna KANE, OO
Dr Gervais GAHONGANO, Surv/Maradi
Dr Balkissa ADAMOU, FHP
Dr Ricardo OBAMA, MO/SURV
Dr Aichatou DIAWARA GBAGUIDI, RIO
Mr Moussa BIZO, HEC
Dr Garba SOGA, DPC
Dr Gado HABI, MAL/MNT
Dr Mariama BAISSA, HIV/TUB/NUT
Dr Fatima ABOUBAKAR, RAcE
Mr Moussa HALADOU, DM
Mr Abdoul Hakim MOKHTAR, CAM
Mme Jeanne Marie BEN-ADJI, A/HR
Mr Bachir CHAIBOU, ICT,
Boukari HAROUNA, AF
Mme Fatchimatou DJIBRILLA, TLP

Préface



Le présent rapport annuel 2014 du bureau de l'OMS au Niger décrit les principales réalisations ayant contribué à la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire du pays (PDS) 2011-2015. Il met en exergue la contribution du bureau aux efforts d'amélioration de la santé des populations nigériennes conformément au mandat transcrit dans la Stratégie de Coopération avec le pays 2009-2015 et en harmonie avec les engagements du Système des Nations Unies à travers l'UNDAF 2014-2018. Les activités réalisées sont issues du plan de travail biennal 2014-2015. Les résultats obtenus l'ont été grâce à la collaboration entre les équipes techniques du bureau de l'OMS, celles du Ministère de la Santé Publique et les autres partenaires du secteur de la santé.

Au cours de l'année 2014, les principales activités qui ont été mises en œuvre par l'OMS ont porté entre autres sur la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, la santé de la mère et de l'enfant, la lutte contre les épidémies et les urgences sanitaires et le renforcement des capacités. La survenue de l'épidémie de la Maladie à Virus Ebola en Guinée, Sierra-Leone et Liberia, les problèmes sanitaires induits par la situation sécuritaire dans la région de Diffa, ont amené l'OMS à revoir les actions planifiées et mobiliser des ressources additionnelles afin de faire face à ces besoins nouveaux et urgents y compris la réorganisation du personnel déjà insuffisant. La situation sécuritaire prévalant dans certaines localités a limité la délivrance de services.

En 2014, la certification de l'éradication du ver de Guinée au Niger par l'OMS, l'absence de circulation de poliovirus sauvage dans le pays depuis novembre 2012 constitue des avancées notoires dans la lutte contre les maladies transmissibles. L'OMS a continué son appui au pays pour le développement des documents normatifs dans les différents programmes. Les indicateurs de la mortalité maternelle et infantile ont connu une amélioration même si beaucoup reste encore à faire. Le dialogue politique a été amorcé pour une approche idoine de la couverture sanitaire universelle et la relance des activités de lutte contre les maladies non transmissibles.

Les principaux défis restent entre autres, l'implication effective des communautés dans les actions de santé, le renforcement de l'information sanitaire à tous les niveaux du système de santé, la prise en compte des déterminants de la santé, la mobilisation conséquente de ressources additionnelles pour les programmes de santé afin d'atteindre les OMD 4, et 6 pour lesquels des progrès importants ont été enregistrés ces dernières années. Il est impérieux de bâtir sur les progrès réalisés afin de cadrer l'appui de l'OMS au pays dans la réalisation des Objectifs de Développement Durable.

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

Nos remerciements vont aussi à tous les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé et particulièrement le Système des Nations Unies pour la complémentarité et la synergie des actions en faveur du secteur de la santé.

Dr Assimawè PANA
Représentant de l'OMS au Niger

Résumé exécutif

Dans le cadre de la mise en œuvre de sa stratégie de coopération avec le pays et conformément à son mandat, l'OMS a apporté au cours de l'année 2014, des appuis techniques et financiers dans divers domaines de coopération avec le pays. Ces appuis multiformes traduisent la contribution du bureau pays de l'OMS à la mise en œuvre de la politique sanitaire nationale, du plan de développement sanitaire 2011-2015 et des plans sectoriels de lutte contre la maladie. Le présent rapport d'activités au titre de l'année 2014 met en relief la contribution du bureau pays de l'OMS aux efforts de santé du Niger. Il indique les principales réalisations entreprises par cluster au niveau des différents axes d'intervention de l'OMS, en lien avec la Stratégie de coopération avec le pays pour la période 2009-2015.

Les principales réalisations enregistrées en matière de renforcement de **la présence de l'OMS dans le pays** ont été la couverture des principales activités réalisées par le bureau, la mise à jour du site Web et des comptes Facebook et Twitter, l'organisation des journées mondiales, régionales et nationales de santé. Par ailleurs plusieurs rencontres stratégiques ont été organisées tant avec les autorités nationales, qu'avec les agences des Nations Unies, les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé afin de réitérer l'engagement et la disponibilité de l'OMS à accompagner le pays dans ses efforts de développement sanitaire soutenu. Le bureau pays a participé de façon efficace et efficiente aux différentes rencontres de la plateforme des partenaires techniques et financiers du compact et d'autres cadres de coordination et de concertation tels que le Comité de Coordination Inter Agences (CCIA), le Comité inter Ministériel de prévention et de lutte contre les catastrophes et urgences, le Comité Etat-Partenaires dans le cadre de la mise en œuvre du PDES, le Comité technique sur la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) etc...

La présence de l'OMS a été très remarquable dans son rôle d'agence normative à travers l'appui à l'élaboration des différentes politiques et plans de santé. Son appui à l'élaboration des comptes nationaux de santé 2012-2013 a été déterminant. Dans le cadre de l'appui de l'OMS à la mise en œuvre du plan de développement sanitaire 2011-2015, le bureau a contribué au processus d'évaluation externe à mi-parcours du PDS et du Compact, des revues semestrielles et annuelles ainsi qu'à plusieurs missions conjointes Ministère de la Santé Publique et OMS organisées sur le terrain.

Dans le cadre du Système des Nations Unies (SNU), l'OMS a animé avec efficacité les activités de plusieurs groupes tels que le groupe thématique ONUSIDA, le comité de gestion du dispensaire du SNU, le cluster santé pour la gestion des urgences et catastrophes.

En matière de **lutte contre la maladie et la gestion des urgences et catastrophes**, les appuis de l'OMS ont essentiellement porté sur la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies tropicales négligées à travers le renforcement des capacités humaines et institutionnelles. Ainsi, des actions en matière de surveillance et de mobilisation sociale sur la dracunculose, le Ver de Guinée etc. ont été menées. Le résultat est que le pays n'a enregistré aucun cas autochtone ou importé de ver de Guinée au cours de l'année 2014. Le Bureau-pays a remis officiellement au Ministre de la Santé Publique les lettres officielles de la Directrice Générale et du Directeur Régional de l'OMS, de notification du certificat d'éradication du ver de Guinée au Niger.

Le bureau-pays a en outre contribué à la révision des normes et standards, au renforcement des capacités des acteurs et structures de soutien, à l'évaluation des risques, à la surveillance des événements depuis la collecte, l'analyse à la gestion de l'information sanitaire dans le cadre de la prévention de la maladie à virus Ebola. Dans le même cadre, l'appui a été apporté à l'élaboration et la validation du Plan national de préparation de la réponse aux épidémies, ce qui a permis une mobilisation de ressources.

En matière de surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte, (SIMR/IDSR), le bureau-pays a appuyé la formation de 233 responsables des CSI et des techniciens de laboratoires sur l'utilisation des tests de diagnostic rapide du Choléra.

En matière de préparation et réponse aux crises humanitaires, l'OMS a appuyé l'élaboration du "Plan national de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (PNRUS) pour 2014 et 2015". Par ailleurs, l'OMS a contribué, en collaboration avec l'Unicef à l'élaboration du "Plan stratégique multisectoriel d'élimination du choléra au Niger" en mai 2014.

Avec la survenue de l'épidémie de la maladie à virus Ebola en Afrique (MVE) de l'Ouest, l'OMS a, en collaboration avec les autres partenaires, aidé le pays en matière de prévention et de réponse à cette épidémie à travers notamment la fourniture régulière de la documentation, des 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.

Dans le domaine du **renforcement du système de santé**, l'OMS a contribué à l'évaluation externe à mi-parcours du PDS et du COMPACT pays. Le bureau pays a également participé à la revue du premier semestre et de fin d'année des Plans d'actions annuels 2014 des structures du ministère de la santé publique y compris à la mission conjointe de terrain. L'OMS a aussi contribué au fonctionnement du cadre partenarial de mise en œuvre du PDS notamment aux réunions Ministère de la Santé Publique/Partenaires Techniques et Financiers (MSP-PTFs) et les réunions entre PTFs.

La mise en œuvre du PDRH 2011-2015 se poursuit avec l'appui de l'OMS, mais la situation des RH reste encore précaire relativement aux normes actuelles du MSP. 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.

En matière de financement de la santé, l'appui de l'OMS a essentiellement porté sur les travaux de réflexions faites en appui au groupe de travail en charge de la couverture universelle en santé, notamment sur les propositions d'architectures permettant au gouvernement d'opérer un choix sur l'option à suivre pour mettre en place l'assurance maladie universelle.

Concernant les comptes nationaux de la santé, l'OMS a aidé à la réalisation de l'exercice portant sur les années 2012 et 2013 dont les résultats sont largement partagés.

Concernant le système d'information sanitaire, le bureau pays a appuyé le processus de validation du référentiel des indicateurs du SNIS et le processus de l'enquête SARA qui est en cours de préparation. Pour ce qui est des médicaments essentiels (EDM) et des technologies sanitaires, les principales réalisations sont la révision de la liste nationale des médicaments essentiels et l'élaboration du guide thérapeutique prenant en compte les médicaments pour la santé de la mère et de l'enfant.

Concernant la Santé de la mère et de l'enfant, le bureau a contribué à l'amélioration de l'accès aux interventions efficaces réalisées avant, pendant et après la grossesse en privilégiant la période de 24 heures qui entoure la naissance et la qualité de ces interventions. Les compétences de plus de 50 agents de santé ont été renforcées en Soins obstétricaux néonataux essentiels (SONE). Dans le cadre de l'opérationnalisation de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle, un comité national de surveillance des décès maternels a été mis en place et les outils de collecte des données ont été révisés pour prendre en compte la notification des décès maternels à tous les niveaux depuis 2013. Au cours de l'année 2014, les partenaires H4+ avec le Ministère de la Santé publique ont procédé à l'analyse des 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. Le Ministère de la santé avec l'appui de l'OMS et UNICEF a aussi procédé à l'adaptation des modules génériques de l'OMS sur la prise en charge communautaire de la mère et du nouveau-né. Pour réduire les comportements à risque chez les adolescents et répondre aux besoins non satisfaits en matière de santé sexuelle et génésique, l'OMS a apporté un appui au Ministère de la Santé Publique pour la mise en œuvre du plan stratégique national en SSRAJ.

Dans le domaine de **la vaccination**, l'OMS a appuyé l'adoption du plan stratégique régional 2014-2020 et a suscité pour les pays, la nécessité d'augmenter les couvertures vaccinales mais aussi celle d'introduire de nouveaux vaccins pour réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination. Le bureau a assisté le programme national dans les préparatifs de l'introduction de deux nouveaux vaccins dans le PEV de routine. Il s'agit du vaccin contre les infections à pneumocoque et du vaccin contre les diarrhées à rotavirus. Pour la prévention du cancer du col utérin, le bureau a assisté le programme à l'organisation et à la mise en œuvre du projet de démonstration de vaccination contre le cancer du col de l'utérus au niveau des districts sanitaires de Niamey 3, Niamey 4 et Madarounfa. Dans le cadre de l'introduction de nouveaux vaccins notamment le vaccin anti pneumococcique, le vaccin anti rotavirus et le vaccin poliomyélite injectable, l'OMS a aidé à l'évaluation de la chaîne de froid en vue de mieux apprécier les capacités de stockage et de transport des vaccins et matériels de vaccination. L'assistance du bureau pays de l'OMS a également porté sur la préparation et l'organisation des 05 passages de JNV et JLV prévus au cours de l'année. Le bureau a en outre contribué au renforcement de la surveillance des Paralysies Flasques Aigues et des maladies évitables par la vaccination à travers le déploiement de 3 consultants STOP-TEAM dans trois régions.

Sur le plan de l'exécution financière, le budget total planifié pour le biennium 2014-2015 s'élève à 17 610 807 USD dont le montant des salaires est de 4 346 033 USD soit 24,66 % et 13 264 774 USD pour les activités soit 75,34%. Ces fonds proviennent d'une trentaine de sources de financement pour l'ensemble des activités. La part des fonds réguliers est de 2 720 000 USD soit 15,44 % et celle des fonds volontaires est de 14 890 807 USD soit 84,56%.

Sur le montant total planifié, le budget alloué aux activités est de 17 265 855 USD soit 98% et un gap de 344,952 USD soit 2% dont 160 000 USD pour les salaires. Globalement le taux de mise en œuvre à mi-parcours s'élève à 75%.

Les principaux facteurs ayant favorisé l'atteinte des résultats sont le renforcement du dialogue politique avec les autres partenaires et acteurs du secteur de la santé, y compris les Organisations de la société civile en vue de favoriser le développement des actions multisectorielles et la collaboration avec les différentes structures et programmes nationaux de santé. Ces deux domaines de collaboration méritent d'être consolidés. En outre, la mise en place effective de l'Unité du Support Administratif (CSU) et le recrutement de personnel additionnel a permis la réalisation de ces progrès.

Les principaux défis auxquels le système de santé nigérien fait face demeurent le renforcement du système d'information sanitaire, la gestion efficace et efficiente des ressources humaines, l'approvisionnement en médicaments, équipements et autres intrants et l'amélioration de la surveillance épidémiologique avec l'application du RSI (2005).

Les principales contraintes relevées lors de la mise en œuvre des activités au cours de l'année 2014 restent la mobilité du personnel du ministère de la santé publique, sa mauvaise répartition géographique entre le milieu urbain et rural, l'insuffisance de certaines catégories d'agents de santé, le retard dans le remboursement des frais de la gratuité des soins et les ruptures fréquentes de certaines molécules au niveau des centrales d'approvisionnement.

En termes de leçons apprises, il faut noter que l'action concertée des partenaires du secteur sanitaire a permis d'améliorer la préparation et la réponse du Niger aux urgences sanitaires et crises humanitaires survenues au cours de l'année.

Introduction

Le Niger couvre une superficie de 1 267 000 km². Pays sahélien et enclavé, les deux-tiers du territoire sont situés dans la zone saharienne désertique.

Selon la projection démographique de 2014 réalisée par l'Institut National de la Statistique (INS), la population du Niger est estimée à 17.833.267 habitants dont 50,6% de femmes.

L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) reste très élevé, de l'ordre de 7,6 enfants/femme (EDS-MICS IV 2012) et constitue une préoccupation majeure pour la santé de la population, en particulier celle de la femme et de l'enfant.

Malgré les progrès significatifs enregistrés dans certains domaines, la situation sanitaire reste marquée par une mortalité maternelle (535 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012), infanto juvénile (127 décès pour 1000 en 2012) et infantile élevées (63,2 décès pour 1000 en 2012), la prédominance de maladies transmissibles (infections respiratoires aiguës, maladies diarrhéiques, paludisme, tuberculose, VIH/Sida, tuberculose, maladies évitables par la vaccination, maladies tropicales négligées...), l'émergence des maladies non transmissibles (hypertension artérielle, diabète, cancers, maladies mentales, maladies nutritionnelles), l'insalubrité du milieu.

Les urgences sanitaires constituent une préoccupation majeure car, à côté des maladies à potentiel épidémique comme le choléra, la rougeole, le Niger se trouve confronté à des crises alimentaires et nutritionnelles majeures de plus en plus fréquentes et fait face à des inondations désastreuses. Ces urgences sont aggravées par les conflits, les mouvements des populations et l'insécurité qui règnent dans la sous-région. Ces nombreuses crises et catastrophes impactent négativement sur le système de santé et sur l'état de santé des populations.

Les résultats de l'EDSN-MICS IV 2012 mettent en évidence une nette tendance à l'amélioration de tous les indicateurs de Santé de la reproduction. Mais, des défis majeurs du programme national santé de la mère et de l'enfant demeurent tels que la réduction de la mortalité maternelle, de la mortalité néonatale mais aussi les défis en rapport avec la fécondité précoce des adolescentes.

La proportion des populations ayant accès au Paquet Minimum d'Activité (PMA) est de 47% avec des disparités selon les régions et le taux d'utilisation des soins curatifs est de 58% en 2012.

Le présent rapport d'activités se réfère aux 6 catégories du 12^{ème} programme général de travail 2014-2019 et s'appuie sur les quatre (4) axes stratégiques de la Stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger (SCP) pour la période 2009-2015, et aussi en conformité avec le plan de travail 2014-2015.

Il est structuré selon l'organisation du bureau en Quatre (4) clusters opérationnels : Lutte contre la Maladie, Epidémies et urgences ; Système de santé et promotion de la Santé ; Polio et mise au point des vaccins ; Présence de l'OMS dans le pays.

Ce rapport décrit dans chacune des parties, la problématique, les principales réalisations, les défis et perspectives. Aussi, il met en exergue, les facteurs favorisants, les contraintes et leçons apprises au cours l'année 2014.

1. Groupe organique Lutte contre la maladie, épidémies et urgences sanitaires

1.1. Préparation et réponse aux urgences et aux crises humanitaires

1.1.1. Contexte

Depuis quelques années, le Niger se présente comme le pays des urgences sanitaires récurrentes par excellence. En effet, à côté des maladies à potentiel épidémique comme le choléra, le paludisme, la rougeole et les maladies évitables par la vaccination, le pays est régulièrement confronté à des inondations, à des crises nutritionnelles et à des mouvements de populations ayant des conséquences sanitaires désastreuses.

Suite à l'insécurité qui règne dans les trois Etats fédéraux du Nord du Nigeria (Borno, Yobe, Adamawa) depuis mai 2013, plusieurs milliers de personnes ont fui et continuent de fuir vers la région voisine de Diffa dans le Sud Est du Niger. En fin décembre 2014, le Comité de Coordination et de Gestion des Réfugiés et des Nigériens retournés à Diffa estime qu'environ 150 000 personnes sont arrivées dans la région de Diffa depuis le début de la crise en mai 2013. Etant donné les nombreux besoins non couverts (y compris les besoins de santé) de ces populations, le Premier Ministre du Niger a lancé un appel à la solidarité nationale et internationale au mois de décembre 2014. Cet afflux a provoqué une pression sur les capacités des structures sanitaires avec une accessibilité réduite aux soins de santé primaires et de référence pour les populations déplacées ainsi que pour les populations hôtes qui les ont accueillies. Le système de santé de la région de Diffa représenté par les districts sanitaires (Diffa, Mainé- Soroa et Nguigmi) a été débordé par cet afflux massif de personnes déplacées en provenance du Nigeria, appelant à des réponses adéquates et coordonnées.

1.1.2. Principales réalisations dans le domaine de préparation et de réponse aux urgences

L'OMS a appuyé financièrement et techniquement le Ministère de la Santé publique pour l'élaboration et la validation du "Plan national de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (PNRUS) pour 2014 et 2015" qui a été finalisé du 17 au 21 mars 2014 et validé du 28 au 31 mars 2014. Par ailleurs, l'OMS a appuyé techniquement, en collaboration avec l'Unicef, le Ministère de la Santé publique, pour le processus d'élaboration du "Plan stratégique multisectoriel d'élimination du choléra au Niger" en mai 2014.

Avec l'avènement de l'épidémie de la maladie à virus Ebola en Afrique (MVE) de l'Ouest en 2014, le Niger s'est attelé à préparer, avec l'appui des partenaires au premier plan desquels l'OMS, 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. Dès lors l'OMS 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 (Photo 2).

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", actuellement disponible.

L'OMS a participé à toutes les missions de terrain aux points d'entrée et au choix des sites d'isolement. L'OMS a également contribué en appui technique, en matériels (10 tentes, 85 thermomètres Laser, 25 000 gants) en médicaments essentiels, pour la confection et l'équipement des sites d'isolement à Niamey, à Makalondi et à Gaya, et aux points d'entrée, le long de la frontière Sud du pays.

Photo 1: Visite du MSP (en grand boubou à gauche) du site d'isolement de la MVE de Niamey



Source : ICT/OMS-Niger : De gauche à droite au premier plan: Le MSP (en boubou), le Représentant de l'OMS et la Représentante de l'UNICEF

Des séances de briefing sur la MVE ont été organisées à l'attention des personnels et familles, et chefs des Agences du SNU, des partenaires de l'action humanitaire, des diplomates, des journalistes des radios et télévisions publiques et privées, des responsables des cliniques privées, et aussi au grand public à travers un télé-débat sur la MVE à la Télévision Nationale.

Dans le cadre de la coordination des activités de préparation à l'épidémie de la MVE, l'OMS a appuyé la mise en place des structures de coordination intra 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" (CTLMVE) ont été mis en place par arrêtés du Premier Ministre. L'OMS a régulièrement participé et contribué techniquement aux réunions bihebdomadaires du CIM présidées par le Premier Ministre lui-même et aux réunions hebdomadaires du CTLMVE, présidées par le Secrétaire-Général du MSP. L'OMS assurait la vice-présidence du CTLMVE.

Dans le cadre du renforcement des capacités, l'OMS a appuyé l'organisation des formations au niveau national et régional pour la surveillance et la prise en charge. Le Bureau Pays a par ailleurs facilité la participation des cadres du MSP aux réunions sous régionales sur la MVE : la réunion des Ministres de la Santé de 11 pays ouest-africains tenue en juillet 2014 et la réunion ministérielle de l'Organisation Ouest africaine de la Santé tenue en août 2014.

L'OMS a poursuivi le partage des recommandations et des orientations sur la surveillance, la prise en charge, le laboratoire, la logistique, et la communication/mobilisation sociale, selon les mises à jour faites par le Siège et le Bureau régional.

Photo 2: Cérémonie d'ouverture de l'atelier de Validation du Plan de préparation de la réponse à l'épidémie d'Ebola



Source : Photo CAM/OMS-Niger : De gauche à droite : le SG du MSP, le Représentant de l'OMS au Niger, le Ministre la Santé Publique et la Représentante de l'UNICEF au Niger.

Le bureau pays OMS a acheté et mis à la disposition du Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES) qui est le laboratoire national de référence pour les syndromes grippaux, des matériels de prélèvement et de transport des échantillons dans le cadre de la lutte contre la MVE. En fin 2014, avec les activités de surveillance épidémiologique et de mobilisation sociale, plusieurs cas de rumeurs ont été investigués et infirmés. Comme résultat, aucun cas suspect de la maladie à virus Ebola n'a été enregistré sur l'ensemble du pays.

Dans le cadre de la réponse aux urgences sanitaires que le Niger a connu en 2014, l'OMS a élaboré deux projets de mobilisation de ressources qui ont été financés pour un montant total de 1.100.055 USD :

- Un projet du Fonds Central d'Intervention d'Urgence des Nations Unies pour la réponse rapide (Central Emergency Response Fund for Rapid Response, CERF-RR) d'un montant de 599 752 USD, intitulé "Emergency health response to basic health needs of population affected by the Nigerian crisis in the Diffa region".
- Un projet du Fonds Central d'Intervention d'Urgence des Nations Unies pour les urgences sous-financées (Central Emergency Response Fund for Underfunded Emergencies, CERF-UFE), intitulé "Réponse sanitaire d'urgence aux épidémies de choléra dans les régions de Tillabéri, Niamey, Tahoua, Maradi, Zinder et Diffa", d'un montant de 500 303 USD.

Par ailleurs, la mise en œuvre du projet japonais intitulé "Réponse rapide aux urgences sanitaires au Niger" et du projet du CERF-UFE intitulé "Emergency Health response to malaria and diphtheria outbreaks in Niger", financé par le N° 13-UF-WHO-054, a continué en 2014 jusqu'au 31 mai pour le premier projet et au 30 juin pour le deuxième.

Grâce à ces projets, l'OMS a commandé et acheminé plusieurs matériels et médicaments vers les populations vulnérables qui sont dans le besoin :

- 9 kits sanitaires complets d'urgence interinstitutions (IEHK 2011) pour la prise en charge des maladies courantes, à raison de 10.000 personnes en situations d'urgence pendant 3 mois par kit, soit un total de 90.000 personnes prises en charge
- 32 Kits inter agence contre les maladies diarrhéiques (IDDK 2009) pour la prise en charge de cas graves et de cas modérés de choléra, qui ont été pré positionnés dans les districts sanitaires les plus à risque de la maladie, pour la prise en charge de 16.000 cas potentiels de cholera;
- Deux kits traumatologiques (*Italian Emergency "Kit A« Traumatological profile & Italian Emergency Kits "Kit B" Supply Support For Kit "A"*) de prise en charge des traumatismes en urgence contenant une quantité de consommables et de médicaments permettant d'assurer une prise en charge chirurgicale de 100 patients par kits, soit un total de 200 traumatisés pris en charge ;
- 400.000 traitements de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) pour le paludisme simple aussi bien pour les enfants que pour les adultes,
- 4.000 Moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA)
- 396.500 tests de diagnostic rapide du paludisme
- 5.000 tests rapides pour diagnostic du cholera

Dans le cadre de l'approche de responsabilité sectorielle ("*Cluster Approach*") du Comité permanent inter-organisations et conformément au module de référence pour la coordination sectorielle, il revient à l'OMS la responsabilité d'assurer le chef de file du Cluster Santé, avec le devoir de recevabilité vis-à-vis du Coordonnateur humanitaire et d'assurer le dernier recours en santé. Aussi, en appui au Ministère de la Santé publique, l'OMS a assuré la coordination des interventions sanitaires d'urgence notamment à travers les réunions organisées au niveau national. Une vingtaine de partenaires en santé dont les agences des Nations Unies, les ONG internationales et nationales, les mouvements de la Croix-Rouge ainsi que les bailleurs de fonds, participent régulièrement aux réunions.

Les réunions du Cluster Santé se tiennent chaque mois. Jusqu'en fin décembre 2014, un total de 12 réunions ont été tenues. En appui au Ministère de la Santé publique, l'OMS assure la convocation des réunions, la facilitation et le secrétariat. En juin 2014, OMS a coordonné la contribution du secteur de la santé à la révision du Plan Stratégique de Réponse (SRP) 2014 des partenaires humanitaires du Niger, ainsi qu'à la révision des projets ainsi que du budget du secteur de la santé.

Le processus du SRP 2015 a été lancé en septembre 2014. Le sujet a été traité au cours des réunions du Cluster Santé. Entant qu'agence chef de file du Cluster Santé, l'OMS a présidé le groupe de travail pour l'élaboration de la contribution du secteur de la Santé. Par ailleurs l'OMS a coordonné l'élaboration de la contribution santé pour *l'Humanitarian Needs Overview (HNO)*.

Le Plan Stratégique de réponse (SRP) 2014-2016 du Niger a été révisé au mois de décembre 2014. Le Bureau a coordonné l'élaboration du Plan sectoriel de la Santé et la définition des activités et des indicateurs. L'OMS a ensuite posté ces éléments dans le "*Online Reporting System (ORS)*" de OCHA et coordonné le postage et l'approbation des 10 projets du Cluster Santé dans le "*Online Projects System (OPS)*" de OCHA.

L'OMS a fait le plaidoyer auprès du Ministère de la Santé publique (MSP) pour l'identification d'une unité qui sera en charge de coordonner la mise en œuvre des actions de la gestion des risques de catastrophes (GRC) pour le secteur de la santé, comme le recommande la Stratégie régionale GRC.

Au cours de cette année, grâce au plaidoyer de l'OMS, le MSP est présent dans les réunions du Comité Elargi de concertation (CEC) Dispositif National de Prévention et de Gestion des Catastrophes et Crises Alimentaires (DNPGCCA), du Cabinet du Premier Ministre. Par ailleurs, le Ministère de la Santé

publique fait partie intégrante de la Plateforme nationale de réduction des risques de catastrophes (PNRRC).

La réduction des risques de catastrophes a été intégrée dans le Plan Stratégique de Réponse (SRP) 2014-2016 du Niger, notamment l'Evaluation de la capacité du secteur sante dans la gestion des risques de catastrophes (CCA/Santé), l'Evaluation de l'indice de sécurité des principales structures sanitaires (HSI) du Niger ainsi l'Evaluation et cartographie de la vulnérabilité et des risques pour la santé (VRAM/Santé).

1.2. Prévention et lutte contre les maladies transmissibles et les maladies tropicales négligées

1.2.1. Contexte

Le choléra 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). Depuis 2010 le profil épidémiologique de cette affection a pris une allure préoccupante, car il est observé des foyers épidémiques chaque année. Le MSP estime à 27 le nombre de districts sanitaires qui sont à risque de choléra. Ce sont les districts riverains du fleuve Niger à l'ouest, de la Maggia au centre ouest, du Goulbi à Maradi et du Lac Tchad à l'extrême est du Pays.

La bilharziose, les géo helminthiases, le trachome, la filariose lymphatique, les leishmanioses, la rage et la trypanosomiase humaine africaine (THA) restent encore des problèmes de santé publique, particulièrement chez les populations démunies habitant des zones rurales, alors que l'onchocercose et la lèpre sont en voie d'élimination. La dracunculose (ver de Guinée) a été éradiquée et le Niger a été certifié indemne de la maladie en 2013. Le maintien de la prévalence (autour de 0%) de l'onchocercose, l'acheminement vers l'élimination de la lèpre (<1cas/10 000 habitants) en milieu infranational (au niveau de quelques districts sanitaires encore endémiques) constituent les principaux défis du pays en matière de lutte contre les maladies transmissibles inscrits dans le plan de travail du Bureau 2014- 2015.

A cet effet, l'OMS s'est engagée à apporter l'appui technique au pays pour renforcer les capacités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du Plan Directeur national 2012-2016 de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) : renforcement des capacités des agents de santé en matière de chimiothérapie préventive, directives techniques, enquêtes épidémiologiques, supervision, suivi et évaluation. Elle a aussi prévu de contribuer au plaidoyer, à l'appui technique et logistique au pays en vue d'assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments pour la prévention et lutte contre les MTN (approvisionnement en médicaments, contrôle de qualité des médicaments).

La contribution de l'OMS vise à poursuivre l'élargissement et le maintien de l'accès gratuit aux médicaments essentiels contre les Maladies Tropicales Négligées.

1.2.2. Principales réalisations et résultats

Lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN)

Le bureau pays a appuyé l'organisation d'un atelier d'information et de formation de 60 coordonnateurs du Programme Elargi de Vaccination (PEV) au niveau régional et de district sanitaire, en Juin-Juillet 2014, afin d'élargir et de renforcer les activités de surveillance et de mobilisation sociale sur la dracunculose, en vue de prévenir la réintroduction de la maladie, à partir du Mali et du Tchad, deux pays voisins encore endémiques. Le Bureau pays a aussi appuyé les missions de surveillance épidémiologique et de supervision des activités de lutte contre le ver de Guinée dans les districts à haut

risque des régions de Tillabéri , de Tahoua et de Diffa, limitrophes des deux pays endémiques et dans les camps des réfugiés maliens au Niger. Un appui a été apporté pour la supervision des activités de surveillance de la dracunculose dans les camps des réfugiés maliens au Niger et les sites d'orpaillage dans les districts à risque de la région de Tillabéri, la production et la diffusion de messages sur le ver de Guinée, les missions d'investigation des cas de rumeurs de ver de Guinée. Le résultat est que le pays n'a enregistré aucun cas autochtone ou importé de ver de Guinée au cours de l'année 2014.

Le Bureau pays a remis officiellement au Ministre de la Santé publique les lettres officielles de la Directrice Générale et du Directeur Régional de l'OMS, de notification du certificat d'éradication du ver de Guinée au Niger.

Photo 3: Cérémonie de remise du Certificat de l'éradication du Ver de Guinée au Niger



Source : Photo ICT/OMS-Niger De gauche à droite : Le Représentant de l'OMS (à droite) remettant le Certificat au Ministre de la Santé publique (à gauche)

Le Bureau a appuyé la cartographie de la maladie dans le District sanitaire de Filingué, région de Tillabéri pour apprécier la prévalence de la maladie dans ce district considéré comme non endémique lors de l'enquête nationale de 2003-2004. La cartographie réalisée confirme que le district sanitaire de Filingué reste encore non endémique de la filariose lymphatique.

Avec l'appui du Programme africain de lutte contre l'onchocercose(APOC), l'étude de la confirmation de l'élimination de l'onchocercose au Niger s'est effectuée à travers trois missions de l'APOC et se poursuivront en 2015. Avec l'appui technique et financier de l'OMS/AFRO et de l'Institut de Recherche en Développement (IRD), deux missions d'enquêtes épidémiologiques ont été menées dans les régions Ouest et Centre du pays.

Le bureau-pays a participé au lancement officiel de la campagne de traitement de masse des MTN organisée au cours du premier trimestre de 2014 ; il a facilité la fourniture gratuite, l'exonération et l'approvisionnement du pays en médicaments (praziquantel, albendazole, Mectizan/Ivermectine, et PCT-Lèpre) contre les MTN.

Alerte et action de réponse aux épidémies

Avec l'avènement des épidémies de la maladie à virus Ebola (MVE) en Afrique de l'Ouest, du Syndrome Respiratoire Sévère du Moyen –Orient à Coronavirus (MERS-CoV) et l'apparition de foyers de choléra dans les régions de Maradi (Centre-Sud), Zinder (Centre-Est), Diffa (Extrême-Est), Tahoua

(Centre-Nord) et Tillabéri (région Ouest du pays), le Bureau pays a contribué au renforcement des capacités des acteurs et structures de soutien, à l'évaluation des risques, à la surveillance des événements depuis la collecte, l'analyse à la gestion de l'information sanitaire, selon les normes et standards en vigueur.

Le bureau a contribué à la coordination lors des réunions hebdomadaires du Comité National de Gestion des épidémies (CNGE), du Comité ad hoc du MSP pour la surveillance du MERS-CoV et du Comité national Technique de la coordination de la réponse à l'épidémie d'Ebola, les réunions des partenaires techniques et financiers, des journalistes des médias nationaux ainsi que des membres des missions diplomatiques accrédités au Niger. La surveillance épidémiologique, l'information et la sensibilisation des agents de santé et des forces de défense et de sécurité aux points d'entrée (postes-frontières et aéroports) ont été assurées lors des visites sur le terrain avec le MSP.

Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR/IDSR)

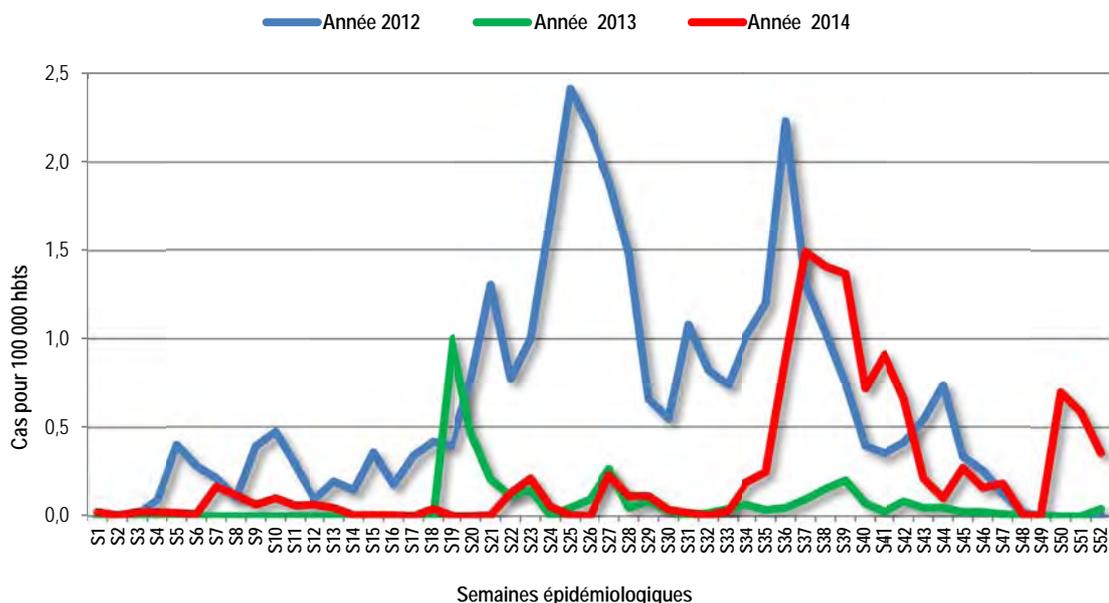
Le soutien technique et financier au pays pour le renforcement de la SMIR au niveau du district a été une des approches stratégiques retenues par l'OMS dans la SCP 2009-2015 et dans le plan de travail 2014-2015 du bureau-pays.

En 2014, le Nord du Nigeria a connu une épidémie de choléra de grande ampleur dans 19 Etats, qui a touché le Niger à travers l'afflux massif de réfugiés nigériens dans la région de Diffa. Cette situation a amené l'OMS et le MSP à renforcer les mesures préventives et de réponse dans cette partie du pays.

Par ailleurs, la situation épidémiologique au Niger a été dominée par la survenue des épidémies de choléra dans 5 des 8 régions (Tillabéri, Maradi, Zinder, Tahoua et Diffa). Au total, il a été notifié 2 059 cas/80 décès (létalité de 3,9%), contre 599 cas/15 décès (létalité de 2,5 %) en 2013 et 5285 cas/110 décès (létalité de 2,1 %) en 2012. La répartition en 2014 par tranches d'âge est : moins de 5 ans (9%), 5 à 14 ans (17%) ; 15 ans et plus (74%).

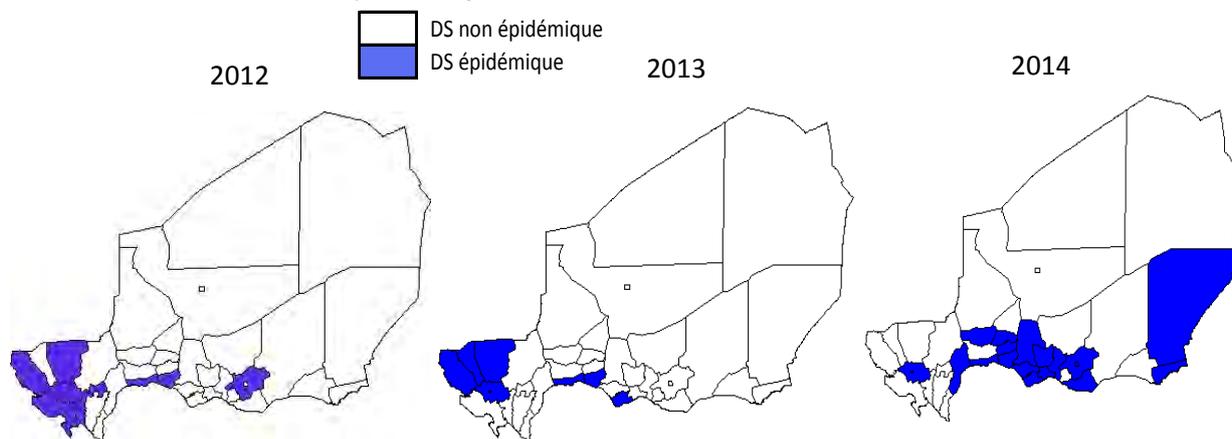
La figure 1 ci-dessous montre que le choléra a sévi toute l'année dans le pays en 2014. Aussi, les pics épidémiques se situent entre la 33^{ème} à la 44^{ème} semaine, soit entre juillet et octobre. Cette situation a amené l'OMS à apporter un appui au MSP dans l'élaboration et la mise en œuvre de plans de contingence et à travers la mise en place des dispositions de riposte dès le mois de mai-juin.

Figure 1: Evolution comparée des épidémies de choléra de 2012, 2013 et 2014



Les cartes comparées localisant les districts sanitaires affectés par les épidémies de choléra montrent que ceux situés dans la bande Sud du pays, sont les plus fréquemment touchés (Carte 1). C'est pourquoi, le bureau-pays a appuyé et financé la formation de 233 responsables des CSI et techniciens de laboratoires sur l'utilisation des tests de diagnostic rapide du choléra dans les districts à haut risque des régions de Tillabéri, Dosso, Maradi, Tahoua, Zinder et Diffa. Cette formation a contribué à améliorer la confirmation rapide des cas de choléra, leur prise en charge précoce et efficace, afin d'éviter les taux de létalité élevés souvent observés.

Carte 1: Districts sanitaires ayant enregistré des cas de Choléra en 2012, 2013 et 2014



Source : Données MDO/DSRE/MSP/Niger

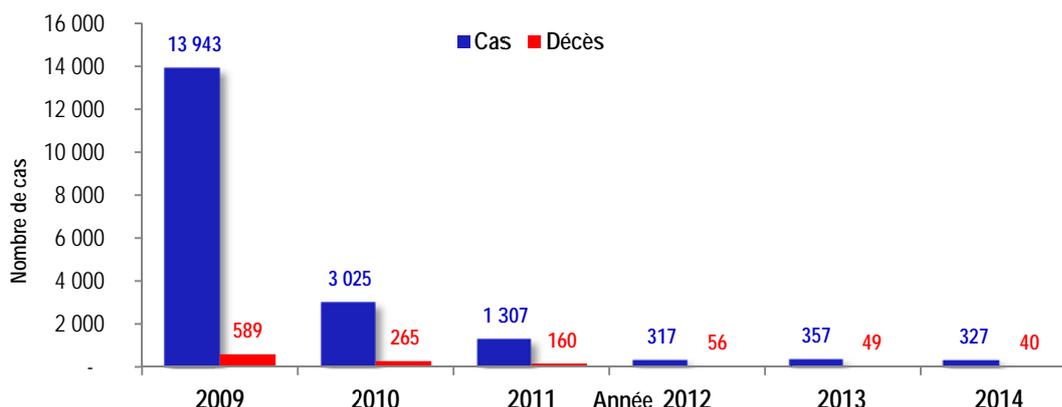
Avec le retour des pèlerins de la Oumra et du Hajj aux lieux saints de l'Islam en Arabie Saoudite, où sévit la maladie, un système de surveillance épidémiologique a été instauré et supervisé au niveau de l'Aéroport international de Niamey. Aucun cas de MERS-CoV n'a été enregistré au cours de l'année 2014.

Dans le cadre de la lutte contre les méningites, à travers le projet commun MSP/OMS et CDC) appelé *MenAfriNet*, l'OMS a contribué à la formation des 42 responsables des Centres de Surveillance Epidémiologique (CSE), des Services de Programmation, Surveillance et Informations Sanitaires (SPSIS) et techniciens de laboratoire de 10 districts retenus et des DSRP, des régions de Maradi, Tahoua, Niamey et Tillabéri. Cette formation a porté sur les indicateurs et le logiciel EPI info version 7.0, pour la mise en œuvre de la phase pilote du projet commun de surveillance épidémiologique cas par cas de la méningite, suite à l'introduction du nouveau vaccin conjugué contre le méningocoque A, **MenAfriVac**, en 2010 et 2011.

L'OMS a appuyé le pays, à l'instar de 5 autres pays choisis de la sous-région, dans l'adaptation du Guide générique OMS de la surveillance au laboratoire de la Résistance des Antimicrobiens (RAM), à travers un atelier national ayant regroupé 30 biologistes et épidémiologistes.

Suite aux campagnes de masses de 2010 -2011, les épidémies de méningite à *Neisseria meningitidis* (*N.m.*) A ont disparu et aucune émergence des germes encore circulants n'a été observée : le pays n'a pas non plus enregistré de flambées épidémiques. Chaque année, moins de 500 cas sont notifiés ; par exemple 327 cas/40 décès (létalité de 12,23%) en 2014 contre 357 cas/49 décès (létalité 13,72 %) et 317 cas/56 décès en 2012 (létalité 17,66 %), comme illustré par la figure 2 ci-dessous.

Figure 2: Evolution des cas et décès de la méningite au Niger de 2009 à 2014



Source : Données MDO/DSRE/MSP/Niger

1.2.3. Perspectives 2015 :

- Appuyer les enquêtes de prévalence pour la réduction de la morbidité des bilharzioses, des géohelminthiases et de la rage ;
- Poursuivre l'information et la sensibilisation des secteurs impliqués dans le RSI(2005) ;
- Relancer la concertation avec les services du MSP en charge de la surveillance épidémiologique et de la riposte, pour l'élaboration et la mise en œuvre du nouveau Plan stratégique national SIMR ;
- Poursuivre la formation des personnels de santé pour l'amélioration de la collecte, de la notification et l'utilisation des données dans la gestion des épidémies ;
- Poursuivre le renforcement des capacités des services de santé dans le dépistage et la prise en charge des MTN encore endémiques.

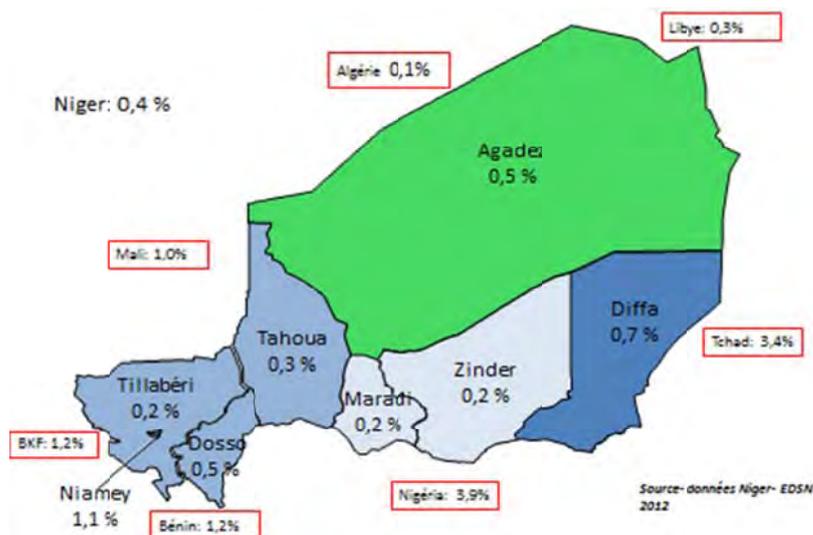
1.3. Lutte contre le VIH/Sida (VIH)

1.3.1. Contexte

Le VIH/sida reste l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde, particulièrement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En effet, selon le dernier rapport mondial sur l'épidémie, elle a fait plus de 39 millions de morts à ce jour, dont 1,5 million en 2013. Afin de faire face à ce fléau, la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la Stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida 2011-2015. Le rapport intermédiaire de mise en œuvre de cette stratégie établi en mai 2014, stipule que même si beaucoup d'efforts restent à fournir par les pays, globalement, le monde a marqué beaucoup de points contre l'épidémie mondiale de VIH au cours de ces trois dernières années,.

Au Niger, la prévalence du VIH/SIDA est passée de 0,7% (EDSN 2006) à 0,4% (EDSN-MICS IV-2012) parmi la population de 15-49 ans. Ce chiffre classe le Niger parmi les pays considérés à faible prévalence et indique en référence aux données de 2012, que l'épidémie s'est stabilisée dans la population générale. Cependant, il existe des variations selon les régions allant de 0.2% à Tillabéry, Maradi, Zinder à 1,1% à Niamey.

Carte 2: Distribution de la séroprévalence du VIH par région au Niger



Source : EDSN, 2012

Bien que la séroprévalence du VIH dans la population générale soit faible (0,4%), on observe des taux de prévalence très élevés au niveau des populations clés. Ce sont les professionnelles du sexe (PS), les Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (HSH) les populations carcérales (PC) et les migrants. Selon la Surveillance de Seconde Génération (SSG) de 2011, la prévalence du VIH est respectivement de 17,3% chez les PS; 2,65% chez les PC et de 1,1% chez les migrants. De même, la prévalence VIH chez les femmes enceintes (0,9%) est aussi nettement plus élevée que celle de la population générale.

Bien que la prévalence chez les jeunes de 15-24 ans, soit relativement faible (0,1% EDSN-MICS4 2012), ils présentent des comportements à risque (précocité des rapports sexuels 24,5% chez les filles 1,1% chez les garçons, faible niveau de connaissance, de rejet des idées fausses en matière de VIH chez 14,1% des filles, chez 25,4% des garçons, et une faible utilisation du préservatif).

1.3.2. Principaux résultats

Dépistage volontaire

Les activités de dépistage volontaire restent encore timides au Niger, en témoigne les différents rapports d'accès universels élaborés chaque année. En effet le rapport GARP de 2015 fait état de 6,5% de personnes connaissant leur statut sérologique VIH. En 2014, le rapport cumulé des centres de dépistage volontaire, hors sites PTME (Rapport ULSS 2014), estime qu'au total, 21120 d'hommes et de femmes âgés de 15-49 ans ont bénéficié d'un test de dépistage avec 1514 positifs, pour une cible trimestrielle estimée à 305 348, soit 06,91% de taux de dépistage. Afin d'accroître le nombre de personnes qui connaissent leur statut VIH, la stratégie de conseil dépistage à l'initiative du soignant élaborée par l'OMS a été adoptée depuis 2010 par le ministère de la santé publique grâce à l'appui technique et financier du bureau pays de l'OMS. Des modules de formation ont aussi été élaborés, modules sur base desquels 80 agents de santé furent formés en la matière en 2014. Cependant la majorité des agents formés ne pratique pas cette activités du fait d'une part d'un important « turn over » et aussi des ruptures de test de dépistage, en effet, selon le rapport GARP 2015 environ, 66,6% des formations Sanitaires ont connus une rupture en test de dépistage au cours de l'année 2014, d'où le faible taux de dépistage observé. En avril 2014, après l'adoption des dernières directives de l'OMS en matière de prévention et traitement par les ARVs le renforcement du conseil dépistage à l'initiative du

soignant. Mais aucune activité n'a été réalisée en 2014 dans ce sens, du fait que la majorité des acteurs ont été occupés à la rédaction de la note conceptuelle VIH dans le cadre du NFM.

Prise en charge par les ARVs

A l'instar des autres pays d'Afrique subsaharienne, le Niger a fait des progrès considérables dans la prise en charge (PEC) des Personnes Vivants avec le VIH (PVVIH) avec une extension progressive de la couverture en sites prescripteurs d'ARV et une augmentation significative du nombre de patients suivis. En effet le nombre de patients sous antirétroviraux (ARV) est passé de 1 261 en 2006 à 12 071 au 30 Septembre 2014. Ainsi 2616 PVVIH ont été mises sous ARV pendant l'année 2014 pour une cible estimée à 19 000 soit 6,51%, ce qui représente une faible performance du programme de prise en charge. Malgré cela la couverture des besoins en ARV demeure encore insuffisante, car elle n'est que de 44.2%, pour un objectif fixé à au moins 80% à l'échéance 2015 par l'OMS. L'OMS a contribué en 2014 à l'amélioration de la prise en charge par les ARVs, par :

1) un appui technique et financier à l'adoption des dernières directives en matière de prévention et traitement par les ARVs ;

2) la révision des différents guides techniques et directives de prise en charge ainsi que les modules de formation. De plus, une mission de suivi de l'application de ces directives a été organisée dans la région de Tahoua et la Communauté Urbaine de Niamey avec l'appui technique et financier de l'OMS.

Dans le cadre de la Surveillance de la résistance aux ARV, une mission de suivi de la mise en œuvre des dernières recommandations de la surveillance des Indicateurs d'alerte précoce a été réalisée en 2014 ainsi que l'élaboration d'un nouveau protocole pour l'année 2015, grâce à l'appui technique et financier de l'OMS.

Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME)

Dans l'optique de prévenir la transmission du VIH de la mère à son enfant, le Niger en collaboration avec ses partenaires, dont l'OMS, a mis en place un Programme PTME en 2004. Dès lors, on a constaté une évolution significative du nombre de sites PTME, qui est passé de 7 en 2004 à 819 sur 929 structures de santé à même d'offrir la PTME en fin 2014, soit une couverture géographique nationale de 87,87% (rapport annuel cellule PTME 2014). La prévalence du VIH chez les femmes enceintes est passée de 1,7 % en 2009 à 0,91 % en 2012 et 0,56% en 2014 (Rapport Surveillance sentinelle, 2009 et 2014).

Au cours de l'année 2014, toujours selon le rapport GARP 2015, que seules 52,3% femmes (pour un objectif fixé à au moins 80% par la stratégie d'élimination de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant) reçues en consultation prénatale ont accepté d'être dépistées pour le VIH. De plus sur les 2 424 femmes dépistées séropositives pour le VIH au cours de la même année, seul 269 ont bénéficié de prophylaxie ARV à visée préventive, soit un taux de 11,08 (GARP 2015). Cette situation a résulté à un taux de transmission estimé à 35% par le rapport GARP 2015. Ce taux exorbitant dénote de la très faible performance du Programme PTME, et représente actuellement une préoccupation majeure pour le MSP et ses partenaires. Cette faible performance observée en 2014, pourrait s'expliquer essentiellement à la faible intégration de la PTME aux services SMI et SR et aussi à la faible sensibilisation des populations sur l'importance de la stratégie PTME et une insuffisance dans la supervision des sites PTME doublée de la forte mobilité du personnel formé.

L'analyse du rapport annuel 2013 de la cellule PTME, avait fait ressortir en son temps, que la région de Tillabéry avait la couverture en site PTME la plus faible du pays avec 59,44%. En effet 36 sites sur 112 sites PTME mis en place ne sont pas fonctionnels soit 32,14%. Cette situation était en partie justifiée par la méconnaissance des populations environnantes de l'importance de la PTME et la nécessité pour

toutes femmes en âge de procréer surtout celles enceintes de fréquenter les centres de santé pour le suivi de leur grossesse. Pour pallier à cette situation, l'OMS a appuyé en 2014, la dynamisation des 36 sites PTME non fonctionnels de la région de Tillabéri à travers la mise en œuvre du plan de communication PTME autour de ces sites. Le plan de communication PTME a été élaboré en 2004 puis révisé en 2011 avec l'appui de tous les partenaires de la PTME. Cette activité a permis de relancer la fonctionnalité des 36 sites ciblés à travers 216 séances sensibilisation qui ont permis de toucher 3177 femmes en âge de procréer et de 612 hommes. La sensibilisation a porté sur la thématique ci-après : importance de la CPN, et de la PTME y compris de l'accouchement assisté par un agent de santé qualifié. Suite à la mise en œuvre de cette activité 32 sur les 36 sites PTME ciblés ont vu leur taux d'acceptation du dépistage passé de moins de 10% à plus de 70% (rapport d'activités des 36 sites PTME ciblés par cette activité).

Dans le cadre de l'accès aux financements des pays pour la lutte contre le Paludisme, la Tuberculose et le VIH, le Fonds Mondial a mis en place un nouveau modèle de financement (NFM) en début 2014. Dans ce cadre un accord de partenariat a été signé au niveau global entre le Fonds Mondial et l'OMS, pour une assistance technique qui sera donnée par l'OMS aux Pays pour l'élaboration des notes conceptuelles de qualité.

A cet effet, le bureau OMS, a accompagné le pays dans le processus NFM. L'OMS a facilité deux ateliers régionaux organisés dans le cadre du dialogue pays à Tillabéri et à Niamey, respectivement du 22 au 25 juillet 2014 et du 1er au 04 Août 2014. Ces deux ateliers ont abouti entre autres à un consensus sur les GAP programmatiques et les interventions prioritaires à inscrire dans les notes conceptuelles et à la répartition de l'enveloppe financière de 164 millions de dollars allouée au Niger par le FM pour les 3 programmes (Tuberculose, VIH et Paludisme). Le bureau pays a également participé activement au processus de rédaction de la note conceptuelle VIH (NC_VIH), et sa transmission au FM en janvier 2015.

1.4. Lutte contre la Tuberculose (TUB)

1.4.1. Contexte

Selon l'OMS, en 2013, neuf (9) millions de personnes ont développé la tuberculose et 1,5 million en sont mortes à travers le monde. Et plus de 95% des décès par tuberculose se produisent dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et la maladie est l'une des cinq principales causes de décès chez les femmes âgées de 15 à 44 ans.

Le Niger comme la plupart des pays de l'Afrique au Sud du Sahara est un pays à forte endémie de la tuberculose. La lutte contre cette maladie est une priorité nationale dans le Plan de Développement Sanitaire 2011-2015 (PDS). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que l'incidence de la tuberculose au Niger montre une tendance décroissante car, elle est passée de 358 cas /100.000 habitants en 1990 à 108 cas/100.000 habitants en 2011 puis à 104 /100 000 habitants (toutes formes confondues) en 2013. Le nombre de cas détectés au cours des trois dernières années a augmenté respectivement de 4,8% par an pour les cas de tuberculose Pulmonaire à Frottis Positif (TPM+) et de 3,7% par an pour l'ensemble des cas. En 2013, 7182 cas à microscopie positive et 11 483 cas toutes formes confondues ont été détectés, ce qui correspond à des taux de notification respectivement de 40,3 et de 64,5 par 100.000 habitants.

On observe de fortes variations de ces tendances selon les régions. La région qui déclare le plus fort taux de tuberculose pour 100.000 habitants est celle de Niamey, la capitale, phénomène semblable à ce qui est trouvé dans les autres pays. Elle est suivie par la région de Tahoua.

Le taux de succès thérapeutique reste insuffisant (79% en 2013) par rapport à la cible de 85% pour la cohorte 2013, avec une sous-détection de 62% pour un objectif de 70% et un taux de perdus de vue allant jusqu'à 26%. Les principaux défis pour la lutte contre la tuberculose au Niger sont : l'amélioration du taux du succès thérapeutique pour atteindre l'objectif de 85% fixé par l'OMS et la détection et la gestion des cas de tuberculose multi-résistante (TBMR).

1.4.2. Les réalisations

Au Niger, la prise en charge des malades de tuberculose multi-résistante se fait uniquement dans 3 Unités Spécialisées dans le pays : Niamey, Maradi et Zinder, alors que 74 cas de tuberculose multi-résistante ont été notifiés par le système de surveillance des cas de TB entre 2011 et le deuxième trimestre 2013. Au vu du danger que représente un cas de TB MDR non ou mal pris en charge, l'OMS a appuyé en 2014, la formation des 24 médecins des centres de traitement de la tuberculose en prise en charge de la TBMR, sur la base d'un programme de formation de niveau international élaboré par l'UNION (une institution internationale de lutte contre la tuberculose)

Dans le cadre du nouveau mécanisme de financement du Fonds Mondial, un appui technique a aussi été donné par l'OMS pour la révision du Plan Stratégique National, l'élaboration du plan de suivi évaluation et l'analyse des GAP programmatiques devant servir de base à rédaction de la Note conceptuelle Tuberculose.

1.5. Lutte contre le paludisme (MAL)

1.5.1 Contexte

Après trois plans quinquennaux depuis 2000, le Niger s'inscrit dans le cadre du plan de 3e génération de la lutte contre le paludisme dans le cadre de la revue à mi-parcours du plan 2011-2015 étendu à l'élaboration du plan révisé 2015-2018 pour s'aligner sur les exigences du Fonds mondial qui après le TFM a mis en place le processus d'élaboration de la requête pour le NFM.

Les efforts déployés par le gouvernement du Niger avec l'appui des partenaires dont le Fonds Mondial, ont permis de réaliser des progrès significatifs dans la lutte contre le paludisme. La disponibilité des TDR et des ACT 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 considérablement améliorée. La proportion des femmes enceintes ayant reçu deux (02) doses de Traitement Préventif Intermittent pendant la grossesse (TPIg) est passée de 1% en 2005 à 72,18% en 2012. Selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisée en 2012, la proportion des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes dormant sous moustiquaires imprégnées (MILDAs) était respectivement de 23,9% et 29,04%.

La mise à l'échelle progressive de ces interventions à haut impact (ACT, TDR, MILDAs) aurait contribué à réduire la mortalité liée au paludisme. Bien que l'on observe une tendance à la hausse de l'incidence globale du paludisme qui est passée de 6,3% en 2000 à 34% en 2012 et 32% en 2013, on note une diminution de la létalité hospitalière du paludisme pendant la même période, qui est passée de 21% à 9%. Le Plan stratégique de lutte contre le paludisme issu de la revue à mi-parcours qui est prolongé sur le NFM intègre les interventions à haute intensité que sont la Chimio prévention du Paludisme Saisonnier (Recommandation OMS de mars 2012), la participation des communautés à travers la prise en charge communautaire (PECADOM) qui ne doit plus être au stade pilote mais mis à l'échelle.

1.5.2. Les principales réalisations

En 2013, le pays a bénéficié du TFM qui a permis de maintenir les acquis de la lutte contre le paludisme. Le montant du financement de 13 millions d'Euro est destiné pour l'achat de MILDAS, d'ACT et de TDR.

Au cours de l'année 2014, avec l'appui du bureau et d'AFRO (IST/WA/MAL), la nouvelle politique de traitement et de prévention a été mise à jour ainsi que les directives nationales en ce qui concerne le diagnostic, le traitement, la prévention chez les femmes enceintes et la lutte anti vectorielle

L'année 2014 s'inscrit dans le contexte de la rédaction du plan stratégique révisé à mi-parcours en 2013 avec une extension de ce dernier pour permettre au pays de postuler au Nouveau Mécanisme du Fonds Mondial. Au cours de 2014 toutes les directives ont été mises à jour en tenant compte des dernières mises à jour de l'OMS. Il s'agit des documents suivants :

- document de prise en charge du paludisme simple

L'élaboration de ce document qui s'est déroulée avec la participation des praticiens nationaux, vient compléter la nouvelle politique de lutte contre le paludisme adoptée au cours du biennium passé.

- directives pour la mise en œuvre de la lutte anti vectorielle.

Ce document décrit les dispositions du pays en ce qui concerne les MILDA, la pulvérisation intra domiciliaire (PID) la lutte anti larvaire.

La lutte anti vectorielle par le MILDA ne sera plus cible aux groupes femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans mais mise à l'échelle. Cette mesure a eu un début de mise en œuvre avec la distribution de 1 600 000 MILDA en 2014 dans la seule région de Tillabéri. Le bureau a participé à l'élaboration de la requête du TFM qui a abouti à l'acquisition de ces MILDA.

- document de prévention du paludisme chez les femmes enceintes

La modification porte sur des doses de Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) à donner aux femmes enceintes qui passe de 2 à au moins 3 doses.

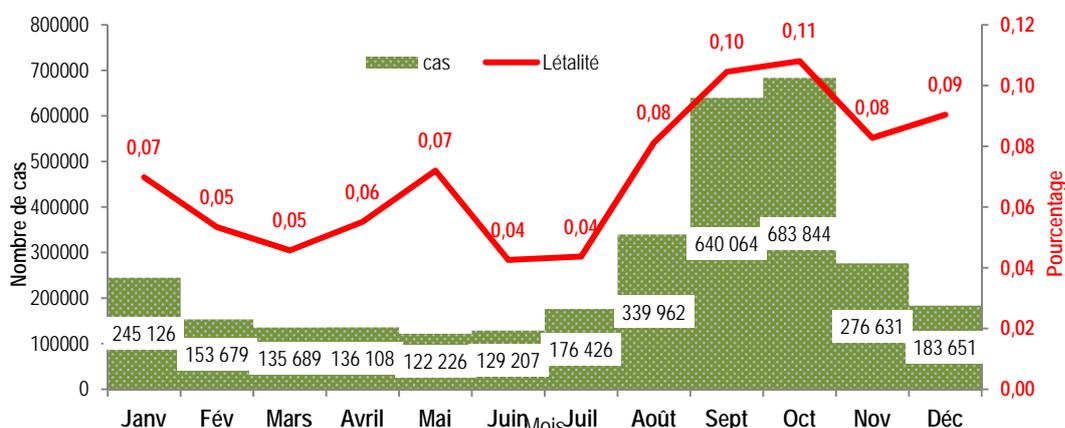
- Surveillance du paludisme

En 2014 le pays a bénéficié d'un appui technique et financier de l'OMS pour une Etude sur le suivi des résistances des vecteurs, les travaux sont en cours.

En 2014, trois million deux cent deux mille six cent treize (3 222 613) cas suspects ont été notifiés dont deux mille six cent quatre-vingt-neuf (2 689) décès, soit une létalité de 0,1 %. L'évolution des cas au cours de l'année montre une augmentation nette des cas de juillet à novembre (Figure5 ci-dessous).

En 2014, sur 3 222 613 cas suspects de paludisme 2 874 349 tests ont été réalisés (soit 89%) dont 1 954 369 cas positifs soit 68% de taux de positivité. Le taux de létalité varie de 0,043% (juin) à 0,11% en octobre 2014. Après une baisse de la létalité de janvier à mars suivi d'une hausse de cette létalité en avril et mai 2014. Confirmation des cas : La politique nationale recommande la confirmation de tous cas suspect par TDR ou micropsie avant traitement. En 2014 sur 3 222 613 cas suspects de paludisme, 2 874 349 tests ont été réalisés (soit 89%) dont 1 954 369 cas positifs soit 68% de taux de positivité.

Figure 3: Evolution mensuelle des cas et de la létalité dus au paludisme en 2014 au Niger



Source : MDO 2014

1.5.3. Défis

Les principaux défis pour l'année 2015 sont l'amélioration de la qualité du diagnostic et de la prise en charge, l'accompagnement du pays dans l'élaboration de sa note conceptuelle pour le NFM du Fonds Mondial et la poursuite de la surveillance de la sensibilité des parasites aux médicaments utilisés et les vecteurs aux insecticides.

1.5.4. Perspectives pour 2015

Au cours de l'année 2015, un accent particulier sera mis sur l'appui à l'amélioration de l'accès au diagnostic et à la prise en charge des cas du paludisme, la continuation des campagnes de distribution des MILDA, la poursuite de la surveillance de la sensibilité des parasites aux médicaments utilisés et des vecteurs aux insecticides de lutte contre le paludisme.

1.6. Projet Nice- RAcE 2015:

Niger Integrated Child Health Services ou Rapid Access Expansion Program ou integrated case community management (iCCM) ou programme de prise en charge intégré au niveau communautaire des maladies de l'enfant

1.6.1. Contexte

Le paludisme demeure encore un problème de santé publique au Niger quinze ans après le lancement de l'initiative 'Roll Back Malaria'. Il représente environ 20% des causes de consultations en saison sèche et 80% en saison pluvieuse. Depuis l'adhésion du Niger en 1999 à l'initiative 'faire reculer le paludisme', la MSP a élaboré et mis en œuvre trois plans stratégiques quinquennaux de lutte contre le paludisme dont l'actuel couvre la période 2011-2015 et vise comme objectif principal la couverture universelle par des interventions essentielles afin de réduire la morbidité et mortalité dues au paludisme en contribuant ainsi à l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement OMD 4, 5 et 6 dans un contexte de renforcement du système national de santé.

En vue de l'atteinte universelle pour la prise en charge correcte des cas du paludisme ainsi que la confirmation biologique des cas suspects de paludisme, le Niger, la République démocratique du Congo, le Malawi, le Mozambique et le Nigeria ont bénéficié de l'appui technique et financier de l'OMS et de l'agence Canadienne du développement Internationale (ACDI) pour la mise en œuvre d'un projet de renforcement de la prise en charge intégrée du paludisme, pneumonie et diarrhée de l'enfant au niveau communautaire ou RAcE 2015 (Rapid Access Expansion of integrated community case management of malaria, pneumonie and diarrhée); prévu sur une période de 5 ans d'avril 2012 à Mars 2017 et dénommé également NiCe_RAcE 2015 pour le Niger (Niger Integrated Child Health Services) ce projet vise deux objectifs principaux : (i) favoriser la mise à échelle du diagnostic et du traitement ainsi les services de référence à travers la prise en charge intégrée des trois maladies citées comme partie intégrante des soins de santé offerts au niveau national, (ii) stimuler la revue des politiques et la mise à jour des normes dans chaque pays.

L'OMS a contractualisé avec l'ONG World Vision pour accompagner le MSP du Niger à la mise en œuvre au niveau opérationnel de ce projet qui est destiné à couvrir une population de 230 833 enfants dans quatre districts qui sont Dosso, Doutchi, Boboye et Keita.

1.6.2. Principales réalisations

Le projet pilote RAcE a démarré au Niger en décembre 2013 au niveau de deux districts sanitaires (Dosso et Doutchi) sur les quatre prévus; le lancement du projet a été effectué à Dosso sous la

présidence du Ministre de la santé publique en présence du Représentant Résident de l'OMS avec la pleine participation des autorités locales et régionales ; de plus de nombreuses campagnes de sensibilisation illustrées en exemple par la photo 4 ont été menées en communauté par l'ONG World Vision afin d'informer les populations desservies sur les services offerts et d'obtenir leur adhésion aux activités du projet.

Photo 4: Lancement officiel de la caravane de mobilisation sociale (village d'Aholé, DS Doutchi)



Tableau 1: Indicateurs de performance par semestre du projet RAcE en 2014

Période	Total cas vus par les RCom toutes pathologies confondues	Total cas Paludisme traités	Total cas de Pneumonie traités	Total Cas de Diarrhée traités	Total cas de malnutrition	Total cas référés toutes causes confondues	Total cas pris en charge
1er semestre	34 081	9 157	11 843	6 082	2 002	3 832	30 914
2ème semestre	55 397	25 380	15 381	6 831	2 802	3 071	50 663
Total	89 478	34 537	27 224	12 913	4 804	6 903	81 577

Source : Rapport 2014/ONG World Vision

Au total 429 relais communautaires ont été recrutés et formés à la prise en charge des cas simples de paludisme, pneumonie et diarrhée ainsi qu'à la référence des cas graves ; c'est ainsi que les résultats indiqués dans le tableau 1 ont été enregistrés chez les enfants de 2 à 59 mois pris en charge au niveau de deux sites des districts sanitaires de Dosso et Doutchi:

Aucun cas de décès n'a été enregistré au cours de cette période par les relais communautaires au niveau des sites de prise en charge.

Pour rendre opérationnels les deux autres sites pilotes à savoir les districts sanitaires de Boboye et Keita, le recrutement de 990 relais communautaires a été effectué en décembre 2014 pour compléter le nombre de 1105 requis qui sont attendus au cours de la 2ème année de mise en œuvre du projet et procéder au lancement des activités de prise en charge de ces 3 pathologies. La répartition des Rcom recrutés par district est présentée dans le tableau 2 suivant :

Tableau 2: Répartition des relais communautaires recrutés par district sanitaire

District sanitaire	Nombre de CSI	Nombre de villages Plus de 5 km	Nombre de relais communautaires recrutés
Dosso	35	290	148 (94 hommes et 54 femmes)
Doutchi	24	678	434 (345 hommes et 89 femmes)
Boboye	25	178	155 (98 hommes et 57 femmes)
Keita	16	156	253(154 hommes et 99 femmes)
TOTAL	100	1 302	990 (691 hommes et 299 femmes)

Source : ONG World Vision, rapport du 2^{ème} semestre 2014 du projet, Décembre 2014

Le bureau OMS a apporté un appui technique à la validation des documents normatifs du projet RAcE à savoir : le cahier du relais communautaire, le cahier d'exercices du RCOM, le livret de prise en charge des cas et le guide de formation des formateurs à la PCIME communautaire. Ces modules qui ont été élaborés en 2013 pour former les relais communautaires, ont été testés en 2014 puis révisés et adaptés au profil des relais afin de répondre aux normes de prise en charge des cas de paludisme, pneumonie et diarrhée à l'échelle communautaire ;

En effet, les données produites par les relais communautaires ne sont pas à ce jour, intégrées dans le système national d'information sanitaire (SNIS). L'OMS a donc apporté un appui technique et financier pour la validation et finalisation de ces supports de collecte des données.

Le bureau a également apporté un appui technique portant sur l'organisation d'un atelier de micro planification des activités des districts pilotes pour la mise en œuvre de l'an 2 du projet et au MSP pour la planification des activités au titre de l'année 2015.

Dans le cadre du suivi conjoint du projet RAcE, une mission stratégique de suivi du projet a été effectuée le 16 juillet 2014 sous l'égide du Ministre de la Santé Mr Mano Aghali à la tête d'une forte délégation avec la participation de l'OMS sous la direction du Représentant Résident et du Directeur de l'ONG World Vision en présence des autorités régionales et locales de la région de Dosso ; cette mission a permis de renforcer le partenariat tripartite MSP-OMS- World Vision indispensable au bon fonctionnement du projet et aussi la visibilité des actions de l'OMS en faveur des populations démunies du Niger (voir photo 6)

Photo 5: Visite conjointe MSP-OMS- World Vision Niger de suivi des RCom



De gauche à droite : Le représentant de l'OMS au Niger, le Ministre de la Santé Publique, le gouverneur de la région de Dosso, le directeur national de World Vision et le préfet de Tibiri.

Deux autres missions conjointes de l'IST/WA, de HQ et de l'OMS bureau Pays ont été respectivement réalisées du 07 au 17 et du 21 au 25 juillet 2014 dans les zones du projet au Niger. Ces différentes

missions ont permis d'apprécier l'effectivité de la mise en œuvre du projet au niveau opérationnel à travers la disponibilité de l'offre des soins conformément à la prévision et la motivation des relais communautaires affectés aux différents niveaux de prise en charge;

L'OMS a réalisé en avril 2014 un audit de la qualité des données du projet RAcE Niger à travers le recrutement d'un cabinet indépendant dénommé ICF MACRO dont le but principal est d'évaluer la qualité des données rapportées et l'examen des supports de collecte tenus par les relais communautaires(RCom). Il est ressorti de cette évaluation que les RCom sont bien formés et ont en général bien compris la démarche pour faire un diagnostic et déterminer le type de traitement à administrer selon les cas. Cependant certaines lacunes ont aussi été constatées, entre autres en lien avec la tenue et la qualité du remplissage des registres et la production des rapports qui se sont avérées difficiles pour certains RCom ; des recommandations ont été formulées en vue de remédier aux quelques insuffisances notifiées.

1.6.3. Contraintes et défis :

La première contrainte a été le recrutement des relais communautaires selon les normes définies par la stratégie nationale d'interventions intégrées de santé à assise communautaire ; dû au faible niveau d'instruction des personnes intéressées à occuper les postes des RCom ; dix-huit (18) villages dans le district sanitaire de Dogondoutchi n'ont pas bénéficié des prestations de soins pendant la première année de mise en œuvre du projet. En effet, plusieurs RCom ont été disqualifiés durant les formations à cause de leur niveau d'instruction trop faible, de certains handicaps liés à la vision, ou tout simplement à cause de leur indisponibilité.

La deuxième contrainte est relatif aux insuffisances constatées lors des supervisions du projet et de l'audit de la qualité des données réalisée par ICF MACRO à la qualité des données collectées par les RCom ;

La troisième contrainte concerne l'insuffisance dans la qualité du suivi de proximité des relais ; le RCom est censé recevoir la visite régulière du superviseur de proximité. Ce dernier est un agent de santé qualifié mis à la disposition du CSI avec l'appui du projet RAcE 2015, ceci au regard de la surcharge des activités qui rend difficile un suivi régulier du RCom de la part du chef CSI. Les superviseurs ont fait face à un problème de logistique pour faciliter leur visite de suivi du RCom au cours de l'année 2014 ; au vu des distances très éloignées les unes des autres, la plus part des superviseurs, étant soit à pied ou à vélo, ne parviennent pas à exécuter cette tâche de manière régulière .

Enfin, le statut de bénévolat des relais communautaires et le mécanisme de leur motivation demeurent un défi pour la continuité de l'iCCM au Niger.

1.6.4. Perspectives 2015 :

Assurer la mise en œuvre des recommandations de l'audit de la qualité des données recueillies par les relais communautaires parmi lesquelles l'harmonisation des supports et l'intégration des données dans le SNIS reste une priorité au titre de l'année 2015.

En plus, les actions prioritaires suivantes ont été retenues afin d'améliorer la mise en œuvre du projet et l'expansion de la stratégie iCCM ; il s'agit entre autres de :

- la poursuite de la prise en charge des trois maladies au niveau communautaire
- la dotation des superviseurs de proximité en motos
- la poursuite de la recherche opérationnelle sur le mécanisme approprié de motivation des relais communautaires pour le maintien à leur poste.
- l'appui au MSP pour l'élaboration de stratégies de maintien des acquis et de pérennisation à la clôture du projet prévue pour Mars 2017.

1.7. Nutrition

1.7.1. Contexte

La nutrition joue un rôle déterminant pour la santé et le développement. Une meilleure nutrition améliore la santé du nourrisson, de l'enfant et de la mère, renforce le système immunitaire, favorise une grossesse et un accouchement à moindre risque, réduit le risque de maladies non transmissibles (comme le diabète et les maladies cardio-vasculaires) et contribue à la longévité.

La dénutrition maternelle, courante dans de nombreux pays en développement, entrave le développement du fœtus et s'accompagne d'un risque plus élevé de complications au cours de la grossesse. Ensemble, la dénutrition de la mère et celle de l'enfant sont à l'origine de plus de 10% de la charge de morbidité mondiale.

Au Niger la malnutrition demeure un sérieux problème santé publique, Selon les résultats préliminaires de l'enquête SMART de 2014 enquête, le taux de malnutrition aiguë globale (MAG) s'élève à 14,8%, qui est le même que celui de 2012, est très proche du seuil d'urgence (15%) selon les normes OMS 2006. Il connaît une hausse par rapport au taux de 2013 (13,3%), de 2011 (12,3%). Quant au taux de malnutrition aiguë sévère (MAS), il est estimé à 2,7% pour cette enquête de 2014. Il reste stable par rapport à 2013 (2,6%).

La prévalence de la malnutrition aiguë sévère dépasse le seuil d'urgence de 2% dans six (6) régions sur les huit du pays. Le taux le plus élevé est observé dans la région de Maradi (3,4%) et le plus faible est observé dans la région de Niamey (1,4%).

Les résultats par région présentent une situation nutritionnelle d'urgence, dans une région sur les huit(8). En effet, la prévalence dans la région de Maradi est de 15,7%, suivi des régions de Zinder (14,8%), Tahoua (14,7%), Agadez (14,4%), Dosso (14,2%), le plus faible taux est enregistré dans la région de Niamey avec une prévalence de 12,8%. Toutes les régions, ont des taux supérieurs à 10%. Cette situation est qualifiée de « sérieuse » en matière nutritionnelle selon la classification de l'OMS.

1.7.2. Les principales réalisations

Prise en charge de la malnutrition

Le Niger dispose d'un vaste réseau de prise en charge de la malnutrition, constitué de 44 Centres de récupération nutritionnel intensif (CRENI), 909 Centres ambulatoires de récupération nutritionnel de la malnutrition aiguë sans complications (CRENAS) et 1067 Centres ambulatoires de récupération nutritionnel de la malnutrition aiguë modérée (CRENAM). En 2014, Grâce à ses centres de récupération nutritionnelle, un total de 364.837 enfants de moins de cinq ans, ont été admis dans les CREN pour cas sévères (MAS) dont 47 225 MAS avec des complications médicales et 432 090 souffrant de la malnutrition aiguë modérée (MAM). Ces chiffres représentent respectivement 102.4% et 82.6% des cas de MAS et MAM ciblés par le programme Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe (PCIMA) en 2014 au Niger. L'OMS appuie la prise en charge des complications médicales de la malnutrition aiguë sévère. Un appui particulier est donné aux 14 CRENI non appuyés par un partenaire de proximité. Il a consisté cette année, au renforcement des capacités de 86 prestataires des CRENI non appuyés, plus particulièrement en matière de traitement des complications médicales de la MAS, la supervision formative, et la surveillance nutritionnelle. De plus l'OMS a contribué cette 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 prévues à cet effet.

Surveillance de la malnutrition

Pour améliorer la surveillance des données nutritionnelles, le Niger a mis en place depuis 2005 un système de surveillance de la situation nutritionnelle des enfants de 0 à 5 ans, intégré au bulletin des maladies à déclaration obligatoire. Ce système malgré ses insuffisances permet de suivre l'évolution de cette situation nutritionnelle et d'en dégager des tendances. De plus chaque année une ou deux enquêtes nationales de nutrition selon la méthodologie SMART, sont organisées en mai/juin (période de soudure) et octobre (période de récolte). Ces enquêtes ont pour but d'évaluer l'état nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois afin d'apprécier l'impact des interventions et de pouvoir faire une comparaison de l'évolution de la situation nutritionnelle avec celle de la même période, un an auparavant. Ces enquêtes nationales sont conduites par l'Institut National de la Statistique(INS) en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et les Partenaires Techniques et Financiers(PTF) du Niger. Un bulletin d'information qui présente une analyse des rapports d'activités des CREN est édité et diffusé chaque semestre grâce à l'appui technique et financier de l'OMS.

1.8. Maladies Non Transmissibles

La Santé Orale connaît un regain avec l'élaboration de Manuel sur la Santé orale qui est au stade d'essai.

Dans le cadre des violences et traumatisme le bureau a appuyé le Ministère des transports terrestres dans le remplissage du questionnaire sur les accidents de la circulation routière.

La Journée mondiale de la Drépanocytose a été célébrée au Niger. C'est une occasion pour sensibiliser la population sur l'importance de cette affection et les moyens de la prévenir. Cette affection fait partie des priorités de la Fondation de la Première Dame du Niger.

2. Groupe organique Politique et Système de Santé

2.1. Promotion de la santé (HPR)

2.1.1. Contexte

La Stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger 2009-2015, prévoyait de mettre un accent particulier sur la promotion de comportements favorables à la santé, le développement d'un cadre favorable à la santé, le renforcement de la surveillance en matière de sécurité sanitaire des aliments et le renforcement des responsabilités des communautés dans l'amélioration de leur état de santé, l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail et l'adaptation aux changements climatiques.

En effet, la persistance des comportements non favorables à la santé, le déficit d'informations sur les questions essentielles de santé dans un contexte où près d'un nigérien sur deux (1/2) vit avec moins d'un dollar américain par jour et d'un taux d'analphabétisme de 71%, restent des obstacles importants à la promotion d'un environnement favorable à la santé. C'est pourquoi, le Ministère de la Santé Publique a élaboré en 2013 avec l'appui de l'OMS, une Stratégie nationale de promotion de la santé prenant en charge l'ensemble des déterminants sociaux de la santé, ainsi que les problèmes de santé prédominants dans un cadre de partenariat avec les différents acteurs.

Les principaux défis auxquels doit répondre la promotion de la santé au Niger restent l'implication effective des communautés dans les actions de santé, le renforcement de l'information sanitaire à tous les niveaux du système de santé, la promotion d'un environnement favorable à la santé, la promotion de l'IEC et du CCC à travers la mise en œuvre de la Stratégie nationale de promotion de la santé.

Pour faire face à ces défis, l'OMS à travers la Stratégie de coopération avec le pays (SCP), oriente ses interventions vers la mise en œuvre effective de la Stratégie nationale de promotion de la santé, le

renforcement des actions de sensibilisation des communautés sur les principaux déterminants de la santé, y incluant leur intégration dans toutes les politiques et stratégies de développement. Les interventions de l'OMS s'orientent également vers l'intensification de la lutte anti-tabac à travers la création d'un réseau des média en faveur de la santé, l'édition et la diffusion régulières des bulletins et autres articles spécifiques en vue de mieux informer les partenaires du secteur sur les interventions de l'OMS.

2.1.2. Principales réalisations et résultats

En termes de réalisations au cours de l'année 2014, diverses activités ont été menées par l'OMS en appui au gouvernement dans le cadre de ses interventions en matière de promotion de la santé. Il s'agit essentiellement de l'appui à l'organisation des Journées nationales de mobilisation et de sensibilisation des populations sur les problèmes de santé prédominants tels que la mortalité maternelle, la lutte contre le VIH/sida et la tuberculose, les maladies non transmissibles l'allaitement maternel, les activités promotionnelles comme la promotion de la médecine traditionnelle, l'aide humanitaire, le don de sang, la lutte contre le tabagisme et les interventions du système des Nations Unies dans le domaine de la santé. L'organisation de ces différentes manifestations a contribué à attirer l'attention des populations sur l'ampleur de certains problèmes de santé publique tels que l'hygiène de vie, les maladies d'origine hydrique, la sécurité sanitaire des aliments etc.

Les interventions de l'OMS ont également porté sur le développement et le renforcement des partenariats et des alliances avec les autres acteurs du secteur de la santé, y compris les organisations de la société civile dans le but de renforcer les synergies d'interventions dans le secteur. Ainsi, plusieurs missions ont été appuyées par l'OMS au cours de l'année 2014 comme les missions de plaidoyer en faveur de la santé lors des différentes rencontres avec les partenaires au développement, les Fondations et diverses initiatives en matière de promotion d'un développement sanitaire intégré et durable.

Par ailleurs, les actions de l'OMS ont permis d'accroître la visibilité de ses interventions à travers notamment la fourniture de divers appuis techniques exprimés par le gouvernement, les donations de diverses natures et la production et le partage d'informations dans le domaine de la santé en vue de la mise en œuvre effective du Plan de développement sanitaire (PDS) 2011-2015. Dans le but de favoriser la mise en œuvre de la stratégie nationale de promotion de la santé, l'OMS a appuyé le MSP dans la formation d'une trentaine de cadres en matière de promotion de la santé. D'autres formations sont prévues en 2015 dans le but de renforcer les capacités du MSP aux différents niveaux du système de santé dans le domaine de la promotion de la santé.

2.1.3. Perspectives 2015

Dans le cadre de la mise en œuvre effective de la Stratégie nationale de promotion de la santé, l'OMS poursuivra ses appuis dans les domaines suivants :

- Elaboration d'un plan opérationnel de mise en œuvre de la stratégie de promotion de la santé ;
- Formation des cadres du MSP en promotion de la Santé;
- Renforcement des activités de sensibilisation des communautés sur les principaux déterminants de la santé, y incluant leur intégration dans toutes les politiques et stratégies de développement;
- Dynamisation du réseau des média locaux en faveur de la santé ;
- Edition et diffusion régulières des bulletins et autres articles spécifiques en vue de mieux informer les partenaires du secteur sur les interventions de l'OMS dans le pays.
- Intensification de la sensibilisation sur les problèmes de Santé publique prédominants;
- Renforcement des activités de sensibilisation dans le cadre de la lutte contre le tabagisme, en particulier chez les jeunes.

2.2. Maternité à moindre risque (MPS)

2.2.1. Contexte

La santé de la femme n'a pas connu d'amélioration majeure dans la région Africaine, pour atteindre l'OMD5, le ratio de mortalité maternelle devrait baisser à un rythme de 5,5% par an or le rythme de diminution était de 2,7% uniquement sur la période allant de 1990 à 2010 ce qui n'est pas suffisant. Au Niger la situation reste préoccupante, le taux de mortalité maternelle demeure élevé : 535 pour 100 000 naissances vivantes en 2012 (EDSN/MICS IV de 2012), compromettant l'atteinte de l'OMD 5 (175 pour 100 000 naissances vivantes). Le taux de césarienne est toujours en deçà du minimum de 5% bien qu'il ait connu une augmentation de 0,8% en 2005 à 1,4% en 2012; le taux de prévalence contraceptive pour les méthodes modernes est passé de 5% en 2006 (EDSN/MICSIII 2006) à 12,2% en 2012 (EDSN/MICS IV 2012) pour un objectif de 25% en 2015. La proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals par un prestataire qualifié a augmenté, passant de 46 % en 2006 à 83 % en 2012, par contre le taux d'accouchement assisté demeure encore bas, il est passée de 19 % en 1998 à 29,3 % en 2012 et 45,72% en 2014 pour un objectif de 60% en 2015.

Le taux de mortalité néonatale est passé de 33‰ en 2006 (EDSN MICS III 2006) à 24‰ en 2012. Le taux de mortalité infanto-juvénile de 198‰ en 2006 est passé à 127‰ en 2012 (EDSN MICS IV 2012). La mortalité des enfants de moins de cinq ans est l'indicateur qui a connu la meilleure évolution, et qui permettra au Niger d'être au rendez-vous de 2015 pour l'OMD4 ;

Malgré tout, nous avons des défis majeurs persistants en matière de mise en œuvre effective des stratégies de réduction de la mortalité maternelle et néonatale et de contrôle de la fécondité des adolescentes qui constituent une cible fragile et vulnérable en matière de santé sexuelle et reproductive du fait de leur importance numérique (29,9%) de la population, 75% sont mariées avant 18 ans et 30% avant 15 ans , ces adolescentes paient un lourd tribut en contractant les grossesses (16% des décès maternels).

L'opérationnalisation de la Feuille de route de la recevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant 2012-2015 et du plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2012-2015 centré sur des interventions à haut impact constitue un atout majeur pour tendre vers la réalisation des OMD 4 et 5.

En 2014, L'OMS en se focalisant sur ses fonctions essentielles, a poursuivi son appui pour l'amélioration de la qualité des soins, par le renforcement des compétences des prestataires de soins basé sur les normes et standards, un plaidoyer pour la mobilisation de ressources additionnelles pour le financement des interventions à haut impact, le développement de la bonne collaboration et du partenariat inter-agences pour la synergie dans l'action et le suivi des indicateurs de la feuille de route.

2.2.2. Principales réalisations :

Santé de la mère :

Pour appuyer le Ministère de la santé dans le cadre de l'opérationnalisation du plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale le bureau a apporté sa contribution pour améliorer l'accès aux interventions efficaces réalisées avant, pendant et après la grossesse en privilégiant la période de 24 heures qui entoure la naissance et la qualité de ces interventions. A cet effet les compétences des agents de santé ont été renforcés; 50 coaches en Soins obstétricaux néonataux essentiels (SONE) ont été formés en 2014 dans le cadre du programme pour l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux et néonataux essentiels, en complément des 50 précédemment formés en 2013 et qui ont en charge le coaching des agents de santé des CSI dans le cadre du collaboratif (SONE). Ces formations permettent de disposer d'un pool de formateurs au niveau de toutes les régions pour

l'encadrement permanent des prestataires et le monitoring régulier des soins obstétricaux et néonataux dans les structures de santé pour l'Assurance Qualité.

Une supervision formative des centres de référence (33 hôpitaux de districts et 5 maternités de référence) a été réalisée, afin d'assurer un suivi de la mise en œuvre des activités, identifier les besoins de renforcement de compétence des prestataires, la disponibilité du matériel, des équipements et des nouveaux supports de collecte de données. Ce suivi porte également sur l'offre effective des soins après avortement et l'utilisation des méthodes contraceptives de longue durée dans les huit régions du pays. Cette supervision a permis de relever l'intégration effective des activités de PF et SAA dans les structures de référence avec environ 78% des prestataires formés en Technologie contraceptive, la disponibilité des produits contraceptifs et des outils de gestion. Par contre il a été noté une faible couverture de la formation en soins après avortement (SAA), moins de 30% des agents formés, et une insuffisance dans le remplissage et l'archivage des supports. Un plan de résolution des problèmes a été élaboré et sera mis en œuvre.

Des journées de plaidoyer en faveur de la santé de la femme au plus haut niveau ont été organisées lors de la célébration de la journée internationale de la femme mettant en exergue les avantages de la planification familiale sur l'autonomisation de la femme, l'éducation des enfants et l'économie, un plaidoyer pour la priorisation de la contraception comme stratégie incontournable dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au cours de la journée mondiale de la contraception et de la semaine de réduction de la mortalité maternelle et néonatale. De même l'OMS a appuyé plusieurs activités de sensibilisation à travers les médias et l'organisation d'une « foire santé » où il était possible de bénéficier d'un dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein, de conseils personnalisés et d'un dépistage VIH. Une offre active de prestations de planification familiale, avec un accent particulier sur les méthodes contraceptives de longue durée a été proposée aux populations des villages les plus éloignés des structures de soins. Les résultats de ces interventions sur les indicateurs de la SMNNI seront connus avec l'évaluation finale de la Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale prévue en 2015.

Suivi des décès maternels

Plus de 4300 femmes meurent chaque année au Niger d'une cause liée aux complications de la grossesse et/ou de l'accouchement. Une femme nigérienne a un risque sur 1/20 de mourir d'une cause liée à la grossesse et l'accouchement au cours de sa vie reproductive. Si l'ampleur de la mortalité maternelle semble connue, il n'en est pas de même pour les causes, qui restent jusque-là méconnues pour la plupart des décès et non documentés. Or, la connaissance des causes de mortalité maternelle ainsi que les déterminants s'avèrent une étape indispensable pour élaborer des stratégies efficaces de lutte contre ce fléau.

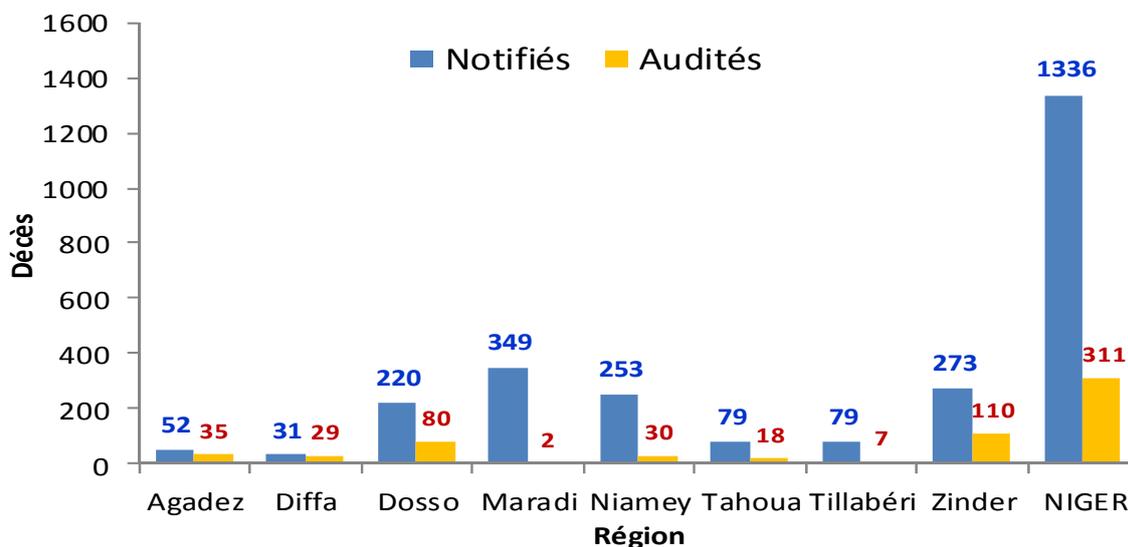
Pour contribuer au renforcement des capacités en vue d'améliorer l'information sur la santé maternelle et périnatale, conformément aux recommandations de la commission sur la santé de la femme et de l'enfant dans la région africaine, (COIA) le Niger a élaboré la Feuille de Route de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant qui prévoit dans son volet renforcement du suivi évaluation de la stratégie sanitaire national et de la stratégie Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI), l'institutionnalisation des revues des décès maternels et riposte.

Dans le cadre de l'opérationnalisation de cette feuille de route, un comité national de surveillance des décès maternels a été mis en place, les outils de collecte des données ont été révisés pour prendre en compte la notification des décès maternels à travers les télégrammes officiels des maladies à déclaration obligatoire en Aout 2013 et progressivement la notification a été instaurée et elle est devenue effective en 2014 pour l'ensemble des districts.

Pour assurer la réalisation des revues, l'OMS a appuyé la mise en place et le renforcement des compétences des membres des comités régionaux chargés de la revue, la surveillance et la riposte aux

décès maternels et périnataux dans quatre régions du pays (Dosso, Tahoua, Maradi et Zinder) les quatre autres régions ont été appuyé par l'UNFPA. Pour l'institutionnalisation effective des revues des décès maternels et riposte, tous les décès maternels doivent être notifiés et audités et la riposte organisée en vue d'une amélioration significative de la qualité des soins. En 2014 toutes les régions ont régulièrement notifié les cas de décès maternels et les structures de référence ont commencé les revues mais pas pour tous les cas notifiés comme le montre la figure N°4 ci-dessous

Figure 3: Nombre de décès maternels institutionnels notifiés et audités en 2014



Source : Etat des lieux de la SDMR, 2014 /MSP/DS

La revue des décès maternels n'a pas suivi le même rythme que la notification, à partir des approches cliniques pratiquées dans les centres hospitaliers régionaux, les hôpitaux de district et les centres mères-enfants (CME), sur les 1336 décès maternels notifiés dans les huit régions du pays en 2014, seulement 311, soit 23% ont été audités et malheureusement les informations sur ces décès maternels audités n'ont pas été partagées.

On note que la pratique des audits est presque systématique à Diffa et quasi inexistante à Maradi qui enregistre le grand nombre de cas de décès maternels.

Initiative H4+

L'initiative mondiale pour accélérer le soutien à la santé des mères et des nouveau-nés, le H4+ et un mécanisme collaboratif formé des organismes des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, la Banque mondiale et l'ONU Femmes) en vue de réduire de manière importante la mortalité chez les mères et les nouveau-nés dans les pays qui comptent les taux les plus élevés de maladies et de décès. Le Niger répondant à ce critère est éligible au « RMNCH trust fund » et pour y accéder doit élaborer la note conceptuelle RMNCH.

Compte tenu de l'échéance fin 2015 le processus de dialogue RMNCH représente une opportunité de revoir certaines des priorités, ainsi que des gaps financiers qui persistent, notamment pour la santé maternelle et néo-natale. De voir comment renforcer l'alignement des ressources et programmes face aux gaps tout en tenant compte de la dimension de l'équité entre régions et populations. D'où l'importance d'avoir un mapping prospectif des ressources au niveau national déjà mis en œuvre ou planifié.

EN 2014, les partenaires H4+ avec 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 conceptuelle, a pour objectif de mobiliser des fonds catalytiques pour l'accélération 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 total attendu est de 51 millions de dollars. La note conceptuelle finalisée a été transmise aux partenaires et une première tranche de 5 millions de dollars a été annoncée pour la mise en œuvre des interventions programmées en 2015.

Prise en charge intégrée de la maladie de l'enfant :

Pour renforcer la capacité du pays à appliquer plus largement les interventions de grande qualité qui améliorent la santé de l'enfant et le développement du jeune et préviennent les décès d'enfants pouvant être évités y compris ceux imputables à la pneumonie et à la diarrhée, l'OMS a appuyé la promotion de l'enseignement de la PCIME dans les écoles de formation des agents de santé avec les nouveaux outils adaptés. Après l'orientation des enseignants sur l'utilisation de l'outil ICATT, son adaptation et la prise en compte des nouvelles directives en matière de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant en 2013, le logiciel a été intégré dans les salles informatiques de quatre écoles publiques et quatre écoles privées des régions de Niamey, Maradi et Zinder le rendant ainsi accessible à tous pour l'apprentissage, pour une meilleure intégration de la stratégie PCIME dans le curricula de formation des écoles.

Le Ministère de la santé avec l'appui de l'OMS et UNICEF a adapté et validé, les Modules génériques de l'OMS sur la prise en charge communautaire de la mère et du nouveau-né, 24 formateurs nationaux ont été formés et trois (3) districts (Kollo, Madarounfa et Birni N'konni) ont été choisis pour une phase pilote de mise en œuvre de la stratégie de Prise en Charge Communautaire de la Mère et du Nouveau-Né (PCCMNN). Cette phase pilote a été évaluée en 2012 et une des recommandations issue de la restitution des résultats est de renforcer les acquis au niveau de ces districts et d'amorcer le passage à l'échelle pour permettre l'atteinte de l'OMD4. A cet effet, l'OMS a appuyé la formation de 23 formateurs et agents de santé communautaire du district sanitaire de Birni N'Konni, région de Tahoua, couvrant ainsi tout le district.

Pour la promotion des pratiques favorables à la survie de l'enfant, la semaine survie de l'enfant et la journée de lutte contre la pneumonie ont été organisées par le ministère avec l'appui de l'OMS et UNICEF. Un plaidoyer de très haut niveau a été fait à l'endroit des décideurs et des campagnes de sensibilisation des populations à travers les médias sur les moyens de prévention, l'introduction de nouveaux vaccins dans le PEV, les pratiques familiales essentiels, la disponibilité des médicaments pour la prise en charge des cas à tous les niveaux du système de santé et au niveau communautaire.

Santé des adolescents et des jeunes

Les adolescents sont pris en compte dans le nouvel agenda mondial de la santé. Il est crucial de se centrer sur l'étape de la vie qu'est l'adolescence non seulement dans le programme de réalisation des OMD toujours en cours mais aussi dans les nouveaux programmes de santé publique. Généralement, les comportements ayant un effet sur la santé et les facteurs sous-jacents des principales maladies non transmissibles apparaissent ou sont renforcés au cours de la deuxième décennie de vie: la consommation de tabac et d'alcool, les habitudes alimentaires et l'exercice physique, la surcharge pondérale et l'obésité. Ces comportements et ces facteurs ont un grave impact sur la santé et le développement des adolescents d'aujourd'hui mais ont des effets dévastateurs sur la santé des adultes qu'ils seront demain.

Pour réduire les comportements à risque chez les adolescents, répondre aux besoins non satisfaits en matière de santé sexuelle et génésique, appliquer des interventions efficaces et suivre les résultats, l'OMS a apporté son appui au ministère pour la mise en œuvre du plan stratégique national en SSRAJ. Au total 40 prestataires des « centres de santé Amis des jeunes » des huit régions ont vu leurs capacités renforcées pour la prise en charge de la Santé des adolescents et des jeunes (SAJ). Dans le cadre de la réforme du système d'information sanitaire les supports de collecte des données ont été révisés pour prendre en compte les indicateurs SSRAJ

Soins au nouveau-né

Bien que la mortalité infanto-juvénile au Niger a diminué régulièrement au cours des quinze dernières années, la mortalité néonatale reste encore très élevée 24‰ selon EDSN-MICS-2012. Les causes fréquentes de décès néonataux sont les infections 36%, l'asphyxie 23%, le faible poids à la naissance/prématurité 27%. Dans le contexte du Niger avec une couverture sanitaire de 50,1% un taux d'accouchement assisté de seulement 29%, la plupart des décès néonataux surviennent dans la communauté.

Dans le cadre de l'application des lignes directrices et des outils pour l'atteinte de l'ODM 4 (Réduire la mortalité infantile), l'appui a été apporté pour la préparation technique, la formation et le suivi de 40 agents de santé des régions de Tillabéry et Dosso, en Soins essentiels aux nouveau-nés (SENN).

Photo 6 : Formation des agents en Soins essentiels aux nouveau-nés



Pour l'appui à la réalisation des études et recherche opérationnelle , le bureau a contribué au renforcement des capacités de 12 prestataires de soins de la maternité centrale de Niamey (MIG) sur les protocoles de prélèvements en néonatalogie et la prévention des infections en vue du démarrage de l'étude sur « les infections néonatales précoces à la maternité Issaka Gazobi de Niamey, impact d'une nouvelle stratégie diagnostic-traitement sur le taux de mortalité néonatal » menée par la faculté de Médecine de Niamey en collaboration avec l'OMS, UNICEF, CERMES et la CTB. Cette étude permettra le dépistage et la prise en charge rapide et adéquate des infections néonatales précoces et une réduction significative de la mortalité néonatale.

2.2.3. Difficultés et contraintes santé mère & enfants

Particulièrement pour la santé maternelle et infantile, les principales difficultés sont, l'insuffisance de la couverture sanitaire et de la gestion des ressources humaines, la faible qualité de soins et de l'accueil des malades ; l'insuffisance qualitative et quantitative de la supervision, l'insuffisance de couverture des formations sanitaires en électricité, adduction d'eau potable et assainissement de base, la précarité des équipements et les ruptures des médicaments essentiels.

2.2.4. Perspectives santé mère et enfant en 2015

En vue de faire face aux défis du secteur d'une part et de renforcer les acquis d'autre part, l'appui de l'OMS se poursuivra sur les interventions de santé maternelle et infantile, notamment le renforcement des compétences des prestataires, la réorganisation et l'équipement des services pour l'intégration SR/VIH, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, l'institutionnalisation effective de la surveillance des décès maternels, la pratique des audits de décès maternels et la riposte face aux causes de mortalité identifiées.

Le repositionnement de la planification familiale, la santé reproductive des jeunes et des adolescents, l'offre de services (soins à la naissance) aux nouveaux nés et aux enfants et la promotion des Pratiques favorables à la santé maternelle et infantile seront aussi renforcés.

La bonne collaboration et la synergie d'action de toutes les agences des Nations-Unies impliquées dans la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile permettent de maximiser l'accès des femmes et des enfants à l'ensemble des services. L'évaluation finale de la feuille de route nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile 2006-2015 sera réalisée. Le renforcement de l'enseignement des stratégies en matière de santé reproductive dans les écoles de formation des agents de santé sera privilégié. Une meilleure coordination des activités sera également encouragée afin d'assurer une plus grande complémentarité avec les autres partenaires pour fournir des services complets en matière de santé. La mise en œuvre effective du paquet d'intervention à haut impact y compris, la planification, le suivi évaluation et le renforcement du système d'information et de gestion. Les opportunités de financements complémentaires existent, avec d'autres initiatives comme le réseau RMNCH (Reproductive Maternal Newborn Child Health), le fonds MUSKOKA, le fonds mondial et GAVI.

2.3. Santé et développement

2.3.1. Contexte

Les inégalités et la pauvreté persistent encore dans la population nigérienne ou près de la moitié vit avec moins d'un dollar des Etats Unis par jour. La pauvreté touche particulièrement les femmes et certains groupes vulnérables constituant ainsi un véritable problème pour le développement économique et social du pays. Les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) étant échus en 2015, l'OMS s'inscrit dans l'agenda post 2015 en s'attaquant davantage aux facteurs sociaux et économiques qui déterminent les chances de chaque individu à accéder à un service de santé adéquat, ce qui implique la mise en place des interventions efficaces y compris celles répondant aux besoins spécifiques de certains groupes vulnérables. Ceci est d'autant plus urgent que le rapport national sur les progrès vers l'atteinte des OMD au Niger de 2012 indique que d'importants progrès restent à faire pour être au rendez-vous de 2015. En effet selon ce rapport national de 2012, l'OMD 4 relatif à la réduction de la mortalité infanto-juvénile qui est passée de 198 ‰ en 2006 à 127 ‰ en 2012 (avec un taux moyen annuel de baisse de 6% qui est supérieur au seuil de 4,3%) pourrait être atteint si la tendance actuelle se maintenait à l'horizon 2015.

Dans son quatrième axe, la Stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger 2009-2015, prévoyait de mettre l'accent sur la promotion de comportements favorables à la santé, le développement d'un cadre favorable à la santé, le renforcement de la surveillance en matière de sécurité sanitaire des aliments et le renforcement des responsabilités des communautés dans l'amélioration de son état de santé, l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail et l'adaptation aux changements climatiques.

2.3.2. Principales réalisations en 2014 :

Les interventions de l'OMS au titre de l'année 2014 ont porté sur le renforcement du partenariat avec les autres acteurs du secteur de la santé, y compris les organisations de la société civile dans le but d'accroître les synergies d'interventions dans le secteur. Il s'agit de faire de la santé, un véritable moteur de développement économique et social du pays. En effet, la santé constitue un levier important du développement du fait de sa contribution aux facteurs de production.

C'est dans ce cadre que le bureau pays de l'OMS a contribué à la finalisation du rapport annuel d'exécution du Plan de développement économique et social (PDES) 2012-2015. Le bureau a fourni un appui technique pour l'élaboration du volet santé de ce rapport. Ce rapport a montré l'évolution positive de certains indicateurs clé en matière de santé tels que celui relatif à la réduction des taux de mortalité infanto-juvénile et maternelle, ainsi que la séroprévalence du VIH/sida.

En outre, l'OMS a apporté sa contribution à la finalisation de l'agenda post 2015 élaboré par les autorités nigériennes avec l'appui des partenaires techniques et financiers. Ce document permettrait au pays de disposer des pistes d'orientation en matière de développement économique et social du pays après l'échéance des OMD en 2015 dans le cadre de la Vision Niger 2035.

2.3.3. Perspectives 2015

Pour l'année 2015, l'effort sera poursuivi pour hisser le secteur de la santé au rang des grandes priorités de la Vision Niger 2035 en vue de promouvoir un développement économique et social durable du pays et de réduire de façon significative la pauvreté. Il s'agira de consolider les partenariats, de créer des alliances stratégiques en vue de rassembler le maximum de partenaires autour du développement sanitaire national en vue de faire de la santé un véritable moteur de développement dans l'agenda post 2015.

2.4. Renforcement du système de Santé

2.4.1. Contexte

Les principaux défis au terme du biennium 2012-2013 étaient l'amélioration de la qualité des données sanitaires, le renforcement du processus de planification, la mesure effective de la fonctionnalité des structures de soins, le renforcement de la qualité des soins et la promotion de la recherche en santé. Comme perspectives retenues dans le cadre de la mise en œuvre du Plan de travail 2014-2015, l'OMS poursuivra son appui pour la mise en œuvre effective de la réforme du SNIS, notamment le renforcement de capacité des structures et la réalisation du contrôle de qualité des données.

L'appui se poursuivra pour l'amélioration de la qualité des soins par le suivi des structures assurant la mise en œuvre du plan stratégique national Assurance Qualité, la finalisation et la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre les infections nosocomiales. Un appui sera donné pour l'élaboration et la mise en œuvre de la Stratégie nationale de soins centrés sur la personne. L'OMS appuiera le processus de révision de la politique nationale de santé et l'élaboration du prochain PDS. La mise en œuvre du PDRH, l'implication de la société civile dans les actions de santé et la participation communautaire font aussi partie des priorités. L'évaluation de la mise en œuvre des activités 2014 a été faite selon les 6 piliers du système de santé

2.4.2. Principales réalisations

Leadership et gouvernance

Pour l'année 2014 l'OMS appuyé le processus de révision de la politique nationale de santé, l'implication de la société civile dans les actions de santé et la participation communautaire.

Au cours de l'année 2014 le bureau a contribué à l'évaluation externe à mi-parcours du PDS et du compact pays. Le bureau a participé à la revue du 1er semestre et de fin d'année des Plans d'actions annuels 2014 des structures du ministère de la santé publique y compris à la mission conjointe de terrain. Membre du comité de suivi-évaluation du PDS l'OMS a contribué à l'élaboration des outils pour les revues semestrielle et annuelle ainsi et des évaluations réalisées (évaluation externe à mi-parcours du PDS et du compact pays). L'utilisation des outils a permis d'améliorer l'analyse des indicateurs et la qualité des revues. Concernant l'implication de la société civile dans les actions de santé l'OMS a appuyé techniquement et financièrement le Réseau des Champions pour la Financement accru en faveur de la Santé pour la préparation et la tenue d'une réunion de plaidoyer pour la mobilisation de ressources pour la santé avec la participation de 6 membres du gouvernement dont le Ministre des Finances et les partenaires techniques et financiers. L'OMS a aussi contribué au fonctionnement du cadre partenarial de mise en œuvre du PDS notamment aux réunions Ministère de la Santé Publique/Partenaires Techniques et Financiers (MSP-PTFs) et les réunions entre PTFs. Par ailleurs le bureau a contribué au processus de révision des textes sur la participation communautaire. Avec la

contribution d'autres partenaires le ministère a formé 171 membres de comités de gestion (COGES) en micro planification et sur leur rôle et attribution ainsi que l'élaboration de 36 micros plans des Centres de Santé Intégré (CSI).

Les retards dans le processus d'évaluation à mi-parcours du PDS n'ont pas permis d'entamer la révision de la politique nationale de santé. D'autres facteurs entravant ont été relevés en matière de gouvernance au cours de l'année 2014 : retard dans le processus d'élaboration des micro-plans des CSI dans tous les districts sanitaires, la mobilisation insuffisante des ressources de certains partenaires et de l'Etat.

Pour l'année 2015 les défis sont l'appui à la révision de la politique nationale de santé, l'élaboration du nouveau PDS, l'audit organisationnel et fonctionnel du ministère de la santé publique en vue de disposer d'un plan de modernisation de la structure, la poursuite de l'implication de la société civile dans les actions de santé.

Ressources humaines pour la santé

Au cours de l'année 2014 le bureau a appuyé la Direction des ressources humaines du ministère de santé pour l'organisation d'un atelier de réflexion sur le fonctionnement et la réorganisation de ladite direction. Par ailleurs un appui a été apporté par Health Workforce du Siège de l'OMS (HWF/HQ) dans le cadre de l'opérationnalisation du Plan de Développement des Ressources Humaines 2011-2020. Dans cette optique plusieurs études seront conduites au cours de l'année 2015 dont deux à savoir la cartographie des stratégies de fidélisation des ressources humaines et l'étude du marché de travail du personnel en santé ont démarré au cours du dernier trimestre 2014. 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 avec l'appui de HQ et d'AFRO.

Les ressources humaines du secteur de la santé comprennent 13 436 agents, dont 10 contractuels, 3410 d'agents de santé communautaire dont 1871 (55%) sont des agents qualifiés diplômés des Ecoles de santé. On enregistre 839 auxiliaires, 636 agents en détachement, 73 en disponibilité, et 7678 fonctionnaires en activité.

La mise en œuvre du PDRH 2011-2015 se poursuit mais la situation des RH reste encore précaire relativement aux normes actuelles du MSP. En effet de 2012 à 2014 les proportions de CSI, d'Hôpitaux de District (HD) et Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) disposant du personnel selon les normes du MSP sont restées inférieures à 50% pour un objectif de 80%. Il a été observé une tendance générale à la baisse comme le montrent le tableau 3 et la figure 5 ci-dessous.

Tableau 3: Proportions de formations sanitaires disposant de personnel selon les normes et standards du MSP en 2012 ; 2013 et 2014

Année	CSI	HD	CHR
2012	30,87%	6,06%	33,33%
2013	29,38%	3,03%	16,67%
2014	22,55%	3,03%	16,67%

Source : Rapport d'exécution du PDS en 2012 ; 2013 et 2014

La proportion de formations sanitaires disposant de personnel selon les normes et standards du MSP : D'énormes efforts ont été réalisés par l'Etat pour améliorer la disponibilité en ressources humaines au niveau des structures de soins. Cependant le besoin non couvert en personnel en quantité et en qualité demeure toujours important.

Des variations sont observées selon le niveau de soins pour cet indicateur :

S'agissant des Centres de santé intégrés (CSI), malgré le recrutement par l'Etat et les Partenaires la situation de 2014 a connu une baisse liée aux départs des agents (cadres féminins intégrés à la fonction publique ayant suivi leurs maris), changement de métier pour certains contractuels et l'arrivée de l'échéance des contrats émis par les partenaires et financiers.

Les principales contraintes restent la mobilité du personnel, leur mauvaise répartition géographique entre le milieu rural et urbain, l'insuffisance de certaines catégories d'agents.

2.4.3. Perspectives 2015

La disponibilité des PTF et des collectivités à appuyer les actions de santé reste des opportunités à saisir. Pour 2015, il s'agit de la poursuite du processus d'opérationnalisation du PDRH 2011-2020 avec la finalisation des études entamées en 2014 et la mise en place d'un observatoire national des ressources humaines.

2.5. Financement de la Santé et Protection sociale

2.5.1. Contexte :

Le financement de la santé reste une question majeure qui se pose aux pays, quels que soient leurs niveaux de développement. Cette équation se pose en particulier aux pays en développement qui sont très souvent confrontés à des raretés de ressources financières. Pour aider les pays à mieux adresser la question du financement de la santé, l'OMS a élaboré en 2006¹ une stratégie de financement de la santé pour la région africaine. Cette stratégie recommande aux Etats membres de procéder à une analyse approfondie des ressources existantes et de celles mobilisables en faveur de la santé.

Le rapport sur la santé dans le monde de 2010 a été spécialement dédié à la question du financement des systèmes de santé où d'énormes défis se posent. Le rapport a préconisé aux pays d'aller vers le chemin de la couverture universelle en santé, qui est une des voies permettant aux Etats de mieux adresser cette épineuse question de financement de la santé.

Le Ministère de la Santé Publique, en collaboration avec l'OMS a élaboré en 2012, la Stratégie nationale de financement pour aller vers la couverture universelle en santé. Dans le cadre de la mise en œuvre de cette stratégie, un groupe de travail technique multisectoriel a été mis en place afin de proposer des options permettant de rendre opérationnelle la couverture maladie universelle. Les premières réflexions faites par ce groupe de travail sont en attente d'approbation par les autorités sanitaires avant le lancement du processus.

Concernant l'analyse des financements du secteur de la santé, le Ministère de la Santé Publique conduit régulièrement les exercices des comptes nationaux de la santé qu'il a initiés depuis 2002 avec l'appui de l'OMS.

2.5.2. Principales réalisations

Au cours de l'année 2014, l'appui de l'OMS dans le domaine du financement de la santé a essentiellement porté sur les travaux de réflexions faites par le groupe de travail en charge de la couverture universelle en santé, notamment sur les propositions d'architectures permettant au gouvernement d'opérer un choix sur l'option à suivre pour mettre en place l'assurance maladie universelle. A cet égard, trois schémas ont été proposés par le groupe de travail à savoir :

- un modèle mutualiste comme base de recouvrement des contributions ;
- un modèle avec une source de financement à forte participation des collectivités locales et

¹ OMS/AFRO : Financement de la santé : une stratégie pour la Région africaine

- un troisième modèle avec prise en charge des groupes vulnérables par des mécanismes définis par le Fonds Social de santé (FSDS).

Ces trois modèles seront soumis à l'appréciation du gouvernement qui s'orientera vers celui qui permet d'asseoir un bon système de couverture maladie universelle dans le pays.

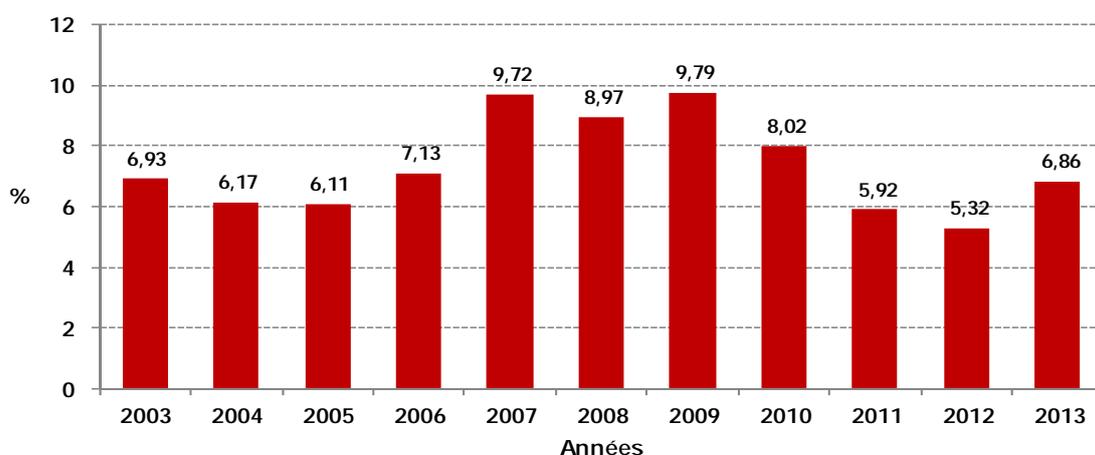
Concernant les comptes nationaux de la santé, il faut rappeler que le pays est à son septième rapport des comptes nationaux de la Santé qui couvre les exercices 2012 et 2013. Les exercices des comptes nationaux de la santé sont conduits par une équipe technique pluridisciplinaire et multisectorielle mise en place par le ministère de la Santé publique. Cette équipe reçoit l'appui technique et financier de l'OMS, ce qui a permis au pays de se placer parmi les pays de l'Afrique de l'ouest qui tend vers l'institutionnalisation de ce processus.

Les résultats issus du rapport 2012-2013 montrent que malgré les efforts fournis par le pays et ses partenaires au développement, le niveau global du financement de la santé reste très faible par rapport aux besoins de plus en plus croissants exprimés, notamment dans le contexte de la réalisation des OMD liés à la santé et d'autres engagements internationaux.

En effet, les résultats des derniers Comptes nationaux de la santé 2012-2013 font ressortir une dépense totale de santé estimée à 207,261 milliards de FCFA en 2012 et 226,004 milliards de FCFA en 2013 contre 201,067 milliards de FCFA en 2011, soit un accroissement de 3,08% entre 2011 et 2012 de 9,04% entre 2012 et 2013. En pourcentage du Produit Intérieur Brut (PIB) nominal, elle n'a que légèrement dépassé les 6% depuis 2006 avec 6,07% en 2012 et 6,18% en 2013 contre 6,7% en 2011. La dépense nationale de santé par habitant a progressé, elle est de 12 100 francs CFA en 2012 soit 24 \$ US et 12 699 francs CFA en 2013 soit 25 \$ US contre 12 782 francs CFA en 2011 soit environ 26 \$ US (1\$ = 500 FCFA). On note un sous financement du secteur de la santé bien qu'il fasse partie des priorités nationales. En effet, la dépense par habitant reste toujours inférieure aux estimations de la Commission Macroéconomie et Santé mise en place par l'OMS en 2001 qui l'estimait à 34 \$US par an et par habitant pour des interventions sanitaires essentielles.

Par ailleurs, l'exploitation des résultats issus des comptes nationaux de la santé a fait ressortir entre autres, l'évolution en dents de scie de la part du budget de l'Etat alloué à la santé de 2003 à 2013 comme l'indique le graphique ci-dessous :

Figure 4: Evolution de la part du budget de l'Etat alloué à la santé (MSP + autres secteurs) / Budget Total de l'Etat (2003-2013)



Source : MSP : Comptes nationaux de la santé 2012-2013

Le graphique ci-dessus montre que les ressources allouées à la santé ont évolué en dents de scie. De 2007 à 2010 la variation a été de 7% à 10% jusqu'en 2009 pour chuter à 8% en 2010. Cette baisse s'explique en partie par la survenue de certaines crises et urgences dont les effets impactent

négalement sur la distribution des ressources entre secteurs. Depuis, le pourcentage du budget alloué à la santé par rapport au budget global de l'Etat se situe à hauteur de 6%. Cette évolution de la part du budget de la santé consacré à la santé montre que le Niger est loin de l'objectif d'Abuja qui fixait aux pays africains de consacrer au moins 15% de leurs budgets à la santé.

Ces principales informations issues des comptes nationaux de la santé seront utilisés pour le plaidoyer en faveur du financement de la santé et dans le nouveau processus de planification dans lequel le pays s'est engagé dans le cadre de la révision de sa politique de santé et de l'élaboration d'un nouveau cycle du Plan de développement sanitaire pour la période 2016-2020.

2.5.3. Perspectives en 2014-2015

Les interventions de l'OMS dans le cadre de la mise en œuvre du plan de travail de l'année 2015, se focaliseront sur :

- l'appui à l'institutionnalisation des Comptes nationaux de la santé;
- la poursuite de l'appui à la mise en place de la couverture maladie universelle;
- la mobilisation de ressources et leur utilisation efficiente en vue d'accroître la performance des systèmes de santé et d'accélérer les progrès vers l'atteinte des OMD liés à la santé.

2.6. La gratuité des soins de santé au Niger : état des lieux et perspectives

2.6.1. Contexte

Avec un indice de développement humain (IDH) de 0,340, le Niger est classé au 187ème rang sur 187 pays selon le rapport mondial sur le développement Humain 2014. Malgré les efforts du gouvernement et les appuis multiformes des partenaires, la pauvreté générale parmi la population persiste. Ainsi, l'incidence de la pauvreté qui était de 62.1% en 2005 est passée à seulement 48,2% en 2013. Cette situation a affecté de façon significative la qualité de vie de la majorité de la population nigérienne dont entre autre leur état de santé. Selon l'enquête QUIBB de 2005, plus de la moitié de la population nigérienne ont déclaré n'avoir pas accès aux soins de santé du fait de leur niveau de pauvreté. Les résultats de la même enquête illustrent cette situation en indiquant que plus de 29% de la population n'ont pas accès aux services de santé pour des raisons financières et plus de 16% à cause de l'importance des distances qui les séparent des centres de santé. En outre, il a été remarqué que des facteurs tels que l'accueil, certaines pesanteurs socioculturelles et la qualité des services offerts expliquent également la faible utilisation des services de santé au Niger.

Aussi, l'analyse de certains indicateurs de santé a révélé un fort taux de mortalité maternelle, malgré les efforts enregistrés ces dernières années : de 648 décès pour 100 mille naissances vivantes en 2000, ce taux est passé à 535 décès pour cent mille naissances vivantes en 2012. Le taux de mortalité infantile a quant à lui baissé de 198‰ en 2006 (EDSN-MICS III) à 127‰ en 2012. Une des caractéristiques du fonctionnement des services de santé est la faible utilisation au curatif avec moins de 21%.

Par ailleurs, l'avènement des OMD, particulièrement ceux liés à la santé, implique que les pays doivent fournir des efforts supplémentaires en matière de développement économique et social pour atteindre les cibles fixées à l'échéance de 2015.

C'est dans ce contexte socio-économique difficile que le gouvernement du Niger a en 2003, initié la gratuité des soins aux personnes atteintes du VIH/SIDA dans le cadre de l'Initiative « 3 by 5 ». En 2005, les autorités nigériennes ont décidé de rendre gratuits certaines prestations de soins aux femmes et aux enfants de moins de 5 ans en sus des personnes atteintes du VIH/SIDA. Cette décision politique vise à créer de meilleures conditions d'accès aux soins aux populations d'une manière générale et

² INS : Comptes économiques de la Nation, 2013

singulièrement aux plus pauvres. Il s'agit particulièrement de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des personnes atteintes du VIH/SIDA, de la mère et de l'enfant en réduisant les barrières financières. A travers cette politique, l'Etat s'est constitué en tiers payeur pour la prise en charge des prestations de soins offertes par les formations sanitaires publiques.

Après près d'une décennie de mise en œuvre de la politique de la gratuité des soins de santé au Niger, quelles sont les avancées majeures obtenues ? Quelles sont les difficultés et les perspectives d'avenir ?

Processus de mise en œuvre de la politique d'exemption de soins au Niger

Le rapport d'évaluation du Plan de développement sanitaire (PDS) 1994-2000, celui du PDS 2005-2010 et celui à mi-parcours du PDS 2011-2015 et l'évaluation du système de recouvrement des coûts au niveau des districts sanitaires du Niger ont tous montré que l'une des contraintes majeures à l'accès des populations aux services et soins de santé reste la barrière financière. Cette situation est la résultante de plusieurs décennies d'imposition et de mise en place du système de paiement direct comme moyen d'accès aux soins de santé. Pour le cas du Niger, les différents rapports des comptes nationaux de la santé ont montré une augmentation significative des dépenses des ménages dans la dépense totale de santé. En effet, celle-ci était estimée à 47% en 2006 et plus de 50% en 2013. Parmi ces dépenses des ménages, les paiements directs constituent environ 90%.

Face à cette situation, les autorités nigériennes ont décidé de mettre en place le régime d'exemption de paiement par tiers payant appelé « Gratuité des soins » de santé. Ce régime de gratuité a tout d'abord concerné les personnes atteintes du VIH/SIDA à partir de l'année 2003. Il s'agit pour l'Etat de prendre en charge la totalité des soins aux personnes atteintes du VIH/SIDA dans le cadre de l'initiative « 3 by 5 ».

En 2005, l'Etat du Niger a institué un autre régime de gratuité qui a ciblé les enfants de moins de cinq ans. Par cette politique, tous les enfants de cette tranche d'âge bénéficient des soins gratuits dans les structures sanitaires publiques. Un an plus tard (en 2006), l'Etat du Niger a étendu le régime d'exemption des soins aux femmes pour les prestations suivantes : consultation prénatale (CPN), contraceptifs, césarienne, dépistage et prise en charge des cancers féminins.

Afin d'assurer un meilleur pilotage et une gestion efficace du dispositif de la gratuité des soins, une cellule d'appui à la gratuité des soins a été mise en place par le ministère de la Santé publique.

6.2.2. Résultats obtenus de la mise en œuvre de la stratégie gratuité des soins

Après quelques années d'application de la politique d'exemption des soins pour les personnes atteintes du VIH/SIDA, les enfants de moins de 5 ans et les femmes, des résultats importants ont été enregistrés. L'application de la politique de gratuité des soins contribué de façon significative à l'augmentation de la fréquentation des formations sanitaires par les femmes et les enfants, groupes cibles de la gratuité, grâce notamment à l'absence de barrière financière à l'accès aux soins. Selon une étude menée dans le district de Keita³, le nombre de consultations des enfants de moins de 5 ans a doublé après la mise en œuvre de la gratuité⁴. Une autre étude menée dans la région de Dosso et au niveau du district III de la Communauté urbaine de Niamey⁵, zones d'intervention de la coopération Belge, a montré une augmentation marquée de l'utilisation des services de santé après la mise en œuvre de la gratuité des soins. Ainsi, il a été remarqué une augmentation importante (de 2 à 10 fois) de l'utilisation des services dans toutes les structures concernées par l'analyse. Même si aucune étude n'a été menée dans ce sens, on estime que les baisses actuelles de la mortalité infantile et maternelle qui sont respectivement passées de 198‰ et 648‰ en 2006 à 127‰ et 534‰ en 2012⁶ pourraient en partie être attribuables à

³ Rapport de Ridde, Diarra, Heilmüller et Mahaman (2009)

⁴ Médecin du monde : Gratuité des soins au Niger, une option payante à consolider, juillet 2011

⁵ Rapport Dr Abdoulaye Z. IDDER, Dr Moumouni D. SIDDO et Astrid de LAMINNE de BEX (2008)

⁶ EDSN-MICS 2006 et 2012

la gratuité des soins si l'on tient compte de l'augmentation de l'accessibilité des services de santé induite par cette politique.

Prise en charge des personnes atteintes du VIH/SIDA.

Avant la décision de rendre gratuits les médicaments pour la prise en charge des personnes atteintes du VIH/SIDA en 2003, le Niger enregistrerait environ 1000 personnes séropositives.

Plus de dix ans après la mise en œuvre de cette disposition, il est noté des progrès importants en matière de la prise en charge des malades et des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). En effet, le nombre cumulé des malades de Sida sous ARV est passé de 695 en 2005 à 11651 en 2013 selon le rapport annuel du programme national de lutte contre le VIH/sida. La gratuité des soins y compris la thérapie par ARV, l'adoption d'une loi sur la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/SIDA ainsi que l'acceptation de plus en plus croissante du dépistage volontaire expliqueraient cette situation.

Prise en charge des femmes

La conjugaison des efforts entrepris en matière de renforcement des plateaux techniques et de réorganisation des services de santé et la gratuité des soins aux femmes depuis 2006 a contribué dans l'atteinte des résultats suivants :

- Augmentation de la Couverture en Consultation Périnatale (CPN) qui est passée de 42% en 2005 à 90% en 2009 puis de 89,30% en 2012 ;
- Augmentation du taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié qui est en nette progression passant de 16% en 2005 à 4431,70% % en 20127
- Augmentation du taux de césarienne passant de 0,8 % en 2005 à 1,5% en 2013 ;
- Augmentation du taux de prévalence contraceptive qui est passé de 4% en 2005 à 16,5% en 2013 ;
- Augmentation du taux de Consultation Post-Natale (CPON) qui est passé de 24% en 2005 à 26,8 % en 2013.8

Les interventions en matière de développement de la santé de la femme au cours de ces dix dernières années ont montré une baisse sensible du taux de mortalité maternelle qui est passé de 648 pour cent mille naissances vivantes en 2005 à 535 pour cent mille naissances vivantes en 20129.

Prise en charge des enfants de moins de 5 ans

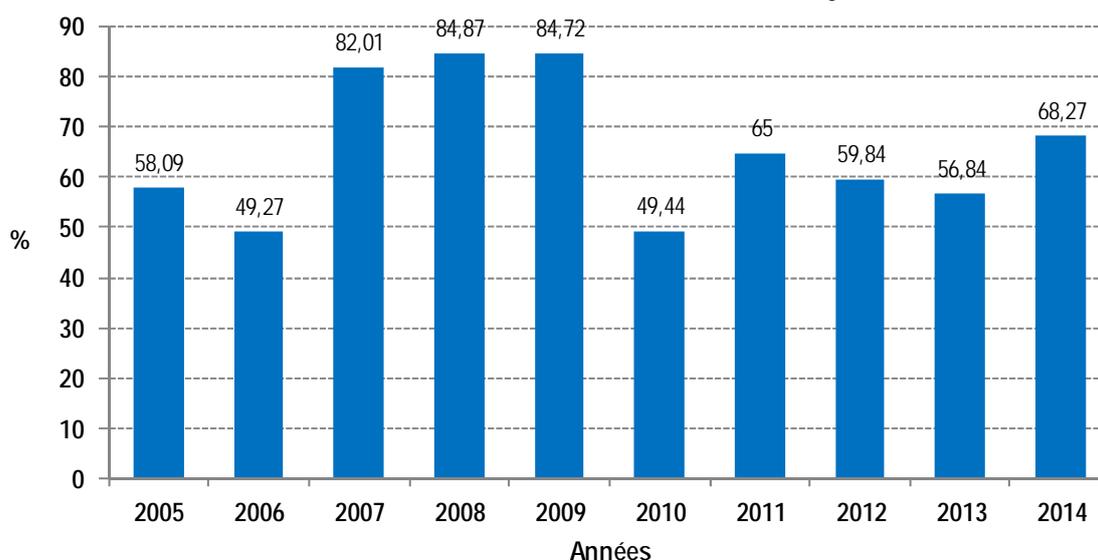
Concernant la prise en charge des enfants de moins de 5 ans, la figure ci-dessous indique l'évolution du taux d'utilisation des services curatifs de 2005 à 2014 dans cette tranche d'âge, voir graphique ci-dessous.

⁷ Rapport annuel 2014 d'exécution du PDS

⁸ Aide-mémoire de la revue conjointe au titre de l'année 2009

⁹ EDSN-MICS 2006 et 2012

Figure 5: Evolution du taux d'utilisation du curatif chez les enfants de moins de 5 ans au Niger de 2005 à 2014



Source : MSP, Situation de la gratuité, avril 2010-Rapports annuels d'exécution du PDS 2011 à 2014

On remarque une nette augmentation du taux d'utilisation des services chez les enfants de moins de 5 ans un an après la mise en application de la politique de la gratuité des soins. Ces taux connaissent en effet presque un doublement jusqu'en 2009, entraînant une surcharge de travail des personnels de santé et une consommation plus importantes de médicaments et autres consommables médicaux au niveau des formations sanitaires publiques offrant les soins gratuits. Trois ans après l'application de cette politique, les taux d'utilisations commencent à baisser. Cette baisse s'explique en grande partie par l'accumulation des arriérés de paiement aux formations sanitaires publiques. Cette forte fréquentation des structures sanitaires suscitée par la gratuité a permis d'améliorer la prise en charge des enfants de moins de cinq ans. Ceci a contribué de façon significative, à la réduction de la mortalité infanto-juvénile observée ces dernières années, celle-ci ayant passée de 198‰ en 2006 à 127‰ en 2012-10. Cependant, l'accumulation des arriérés de paiement aux formations sanitaires a entraîné des dysfonctionnements importants de celles-ci, notamment en matière de rupture de médicaments et d'autres intrants, ainsi que la qualité des services. Cette situation a entraîné à partir de 2010 des baisses importantes de la fréquentation des structures de santé. Elle a en effet évolué en dents de scie de 2010 à 2014, ce qui ralentit fortement les fréquentations des formations sanitaires publiques.

Le niveau actuel d'accumulation des arriérés de paiements aux formations sanitaires qui est estimé à près de 30 milliards de FCFA en 2014 constitue un obstacle majeur à la poursuite de la gratuité des soins. En effet, il est à craindre que l'accumulation des arriérés de paiement n'affaiblisse leurs capacités à assurer une prise en charge correcte des patients et garantir l'efficacité du système sanitaire global du pays.

Au vu des difficultés de fonctionnement du dispositif actuel, il serait intéressant d'engager un dialogue entre tous les acteurs afin de mener des réflexions sur la pérennisation du système de la gratuité des soins. Par la même occasion, il serait nécessaire de renforcer le dispositif de gestion de la gratuité afin de le rendre plus souple et plus décentralisé.

La contribution des partenaires techniques et financiers clés du secteur de la santé a été déterminante dans l'obtention de ces avancées. A cet égard, l'OMS a accompagné le MSP dans le processus de mise en œuvre de la gratuité des soins, aussi bien dans le domaine de renforcement des capacités techniques des structures et des agents de santé que dans celui relatif à la fourniture des kits d'accouchement, de matériels médicaux et des médicaments pour la prise en charge des patients cibles de la gratuité. L'OMS a également contribué à la révision en cours du manuel de gestion de la gratuité

¹⁰ EDSN-MICS 2006 et 2012

dans le but d'accroître l'efficacité dans la mise en œuvre de cette politique. A terme, l'OMS renforcera son appui afin d'aider les autorités sanitaires à aller vers la couverture sanitaire universelle qui intégrera ces différents mécanismes de financement de la santé en cours dans le pays.

6.2.3. Perspectives 2015

L'un des défis majeurs de la politique d'exemption des soins au Niger demeure sa pérennisation. En effet, la mise en application de cette politique a été faite sans qu'au préalable une étude soit menée pour évaluer et proposer la mise en place de mécanismes solides pour la réussite de sa mise en œuvre. Une étude de coûts appuyée par l'OMS est en cours de finalisation afin de disposer des éléments des coûts réels des différentes prestations concernées par la gratuité, ce qui permettrait d'évaluer annuellement les budgets conséquents pour la prise en charge et d'éviter ainsi des sous-estimations dans le processus de budgétisation.

Par ailleurs, dans la perspective de la couverture sanitaire universelle, les modalités de la gratuité des soins doivent être revues et reversées comme étant des éléments contributeurs de cette mesure ayant un caractère plus général de prise en charge des services et soins de santé dans le pays. A cet effet, l'OMS accompagnera le MSP dans le développement et la mise en place de la couverture maladie universelle en vue d'une meilleure prise en charge de la santé de la population.

2.7. Système d'information sanitaire

2.7.1. Contexte

Pour le biennium 2014-2015 l'OMS devrait poursuivre son appui pour la mise en œuvre effective de la réforme du SNIS, notamment le renforcement de capacité des structures et la réalisation du contrôle de qualité des données.

2.7.2. Principales réalisations

Parmi les réalisations dans ce cadre l'OMS a appuyé le pays pour l'élaboration de la requête RSS approuvée par GAVI 40 millions USD 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. Un appui technique et financier a été fourni pour le processus de l'enquête SARA ayant démarré durant le 4ème trimestre 2014. Les TDR, l'échantillonnage et la feuille de route, les questionnaires sont finalisés et les ressources mobilisées pour que la collecte de données se fasse durant le 1er semestre 2015. Le bureau a appuyé le processus de validation du référentiel des indicateurs du SNIS. Les taux de promptitude (81,25% en T3 2013 à 81,25 T3 2014) et de complétude (94% en T3 2013 à 94 % T3 2014) des rapports sont restés stationnaires entre le T3 2013 et le T3 de 2014. Il y a toujours un retard dans l'élaboration de l'annuaire statistique qui d'ailleurs ne prend pas en compte toutes les informations notamment celles relatives à la gestion globale du système. La qualité des données reste encore une préoccupation constante.

Les principales contraintes rencontrées en 2014 sont la rupture de supports de collecte des données par insuffisance de financement, l'insuffisance de financement des activités du suivi des formations sanitaires (FS); la faible couverture en moyen de communication (Flotte, BLU), la faible couverture en réseau téléphonique et la suspension de la flotte téléphonique.

2.7.3. Perspectives

Pour l'année 2015 les perspectives sont la poursuite du processus d'enquête d'évaluation de la disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé (SARA) et de l'évaluation de la qualité des données de routine du SNIS (DQA), la mise en place d'un observatoire national de la santé, la finalisation du portail « districtal health information system (DHIS2) et la réalisation du monitoring plus

dans 14 Districts sanitaires à titre pilote pour la maîtrise du processus en vue de la mise à échelle à l'ensemble des districts dans les prochaines années.

2.8. Médicaments essentiels (EDM) et technologies sanitaires

2.8.1. Contexte

Les principaux défis au début de ce biennium 2014-2015 sont la faiblesse de l'autorité de régulation, le contrôle de qualité systématique des médicaments et dispositifs médicaux, l'approvisionnement régulier des formations sanitaires en médicaments de qualité. La poursuite de la promotion de la médecine traditionnelle ne bénéficie pas du soutien requis de la part des partenaires. Le système national de pharmacovigilance est encore embryonnaire de même que la mise en œuvre du plan qualité pour les laboratoires d'analyses de biologie médicale. Pour la mise en œuvre du Plan de travail 2014-2015, l'OMS a prévu son appui pour la mise en œuvre de la politique nationale de médecine traditionnelle et la réforme du système national d'approvisionnement en médicaments, produits médicaux, consommables et réactifs. Il s'agit aussi de renforcer les textes de l'autorité de régulation et de réviser la liste nationale des médicaments essentiels datant de 2009. Un appui sera apporté pour améliorer le système de pharmacovigilance. Le contrôle de Qualité pour les laboratoires d'analyses de biologie médicale sera amélioré.

2.8.2. Principales réalisations

En 2014 les principales réalisations appuyées par le bureau sont : la révision et la reproduction de la liste nationale de médicaments essentiels en 600 exemplaires, l'élaboration et la reproduction du guide thérapeutique prenant en compte les médicaments pour la santé de la mère et de l'enfant 500 exemplaires, l'organisation de la journée africaine de la médecine traditionnelle. Il est attendu de l'utilisation de la liste nationale des médicaments essentiels et du guide thérapeutique une amélioration de la prise en charge des malades en général et du couple mère-enfant en particulier. Suite à la décision de l'OMS d'adjoindre le Niger aux pays bénéficiaires de la composante 5 médicaments essentiels du projet OMS-AMPS de l'initiative Muskoka à partir de 2014, en vue de renforcer le système pharmaceutique et améliorer l'accès aux médicaments essentiels pour la santé de la mère et de l'enfant le bureau régional a appuyé le pays pour l'identification des activités prioritaires à considérer dans ce cadre et a mobilisé un budget additionnel de 30 000USD pour la mise en œuvre.

Par ailleurs 20 formateurs ont été formés sur la gestion des médicaments dans la région de Dosso dans le cadre du Programme Muskoka mis en œuvre par les agences du SNU et une formation de 195 agents de santé en gestion MEG a été réalisée dans les régions avec le soutien d'autres partenaires. Malgré les efforts fournis il y a encore des ruptures des molécules du panier des structures des soins pour un niveau attendu de 0% de rupture des médicaments du panier à tous les niveaux (CS, CSI, HD, CHR, MRR) comme l'indique le tableau ci-dessous :

Tableau 4: Evolution taux de rupture des molécules du panier et par niveau de 2012 à 2014

Année	CS	CSI	HD	CHR	MRR
2012	2,87	3,18	2,7	3,05	0,18
2013	3,7	4,42	1,98	0	1,37
2014	2,16	2,76	4,35	0	0

Source : REP MSP-2014

Ce taux de rupture des molécules par panier est respectivement de 3,7% en 2013 au niveau des cases de santé (CS) contre 2,16% en 2014 ; 4,42 % pour les Centres de Santé Intégrés (CSI) en 2013 contre 2,76% en 2014 ; 1,98 % en 2013 pour les hôpitaux de district (HD) contre 4,35% en 2014 ; au niveau

des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), il est de 0% en 2014 et au niveau des maternités de référence 1,37% en 2013 contre 0% en 2014.

En matière de technologies biologiques et scientifiques notamment pour la transfusion il faut relever l'organisation de 10 campagnes de collecte de sang à Agadez et à Maradi et la formation de 20 agents en sécurité transfusionnelle. Pour le suivi de la réglementation une inspection des établissements pharmaceutiques des régions de Dosso, Tahoua et Tillabéry et 60 CSI dans les 8 régions du pays. Concernant le contrôle de qualité 10 agents de la SONIPHAR ont été formés en Assurance Qualité en vue de l'amélioration de la production locale des médicaments. Toutes ces interventions concourent à garantir la qualité des médicaments et du sang et dérivés.

2.8.3. Contraintes et perspectives 2015

Les facteurs ayant facilité les réalisations dans ce volet sont entre autres l'appui de l'état et partenaires en MEG, consommables et intrants thérapeutiques nutritionnels.

Les retards dans le remboursement des frais de la gratuité des soins, la non adoption de la réforme pharmaceutique, la rupture de certaines molécules au niveau des centrales d'approvisionnement ; l'arrêt de l'appui du Projet AMFm ainsi que les ruptures des supports de collectes des données ont entravé l'atteinte des objectifs visés.

A la fin de 2014 les défis du sous- secteur demeurent l'adoption et mise en œuvre de la réforme pharmaceutique, le renforcement du contrôle de qualité des médicaments et technologies sanitaires, la poursuite de la mise en œuvre de la politique nationale de médecine traditionnelle, le Développement du système de pharmacovigilance.

Pour l'année 2015 le bureau appuiera la formation des gestionnaires sur la gestion des médicaments essentiels y compris les médicaments pour la santé de la mère et de l'enfant ; la formation des formateurs et des prestataires à l'utilisation du guide thérapeutique prenant en compte la santé de la mère et de l'enfant, la Cartographie des systèmes d'approvisionnement des produits pharmaceutiques ainsi que l'étude sur le coût des traitements et de prestation pour la santé de la reproduction.

2.9. Prestations des soins et services

2.9.1. Contexte

Comme perspectives retenues dans le cadre de la mise en œuvre du Plan de travail 2014-2015, l'OMS visait un appui pour l'amélioration de la qualité des soins par le suivi des structures assurant la mise en œuvre du plan stratégique national Assurance Qualité, la finalisation et la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre les infections nosocomiales ; Un appui pour l'élaboration et la mise en œuvre de la Stratégie nationale de soins centrés sur la personne.

2.9.2. Principales réalisations

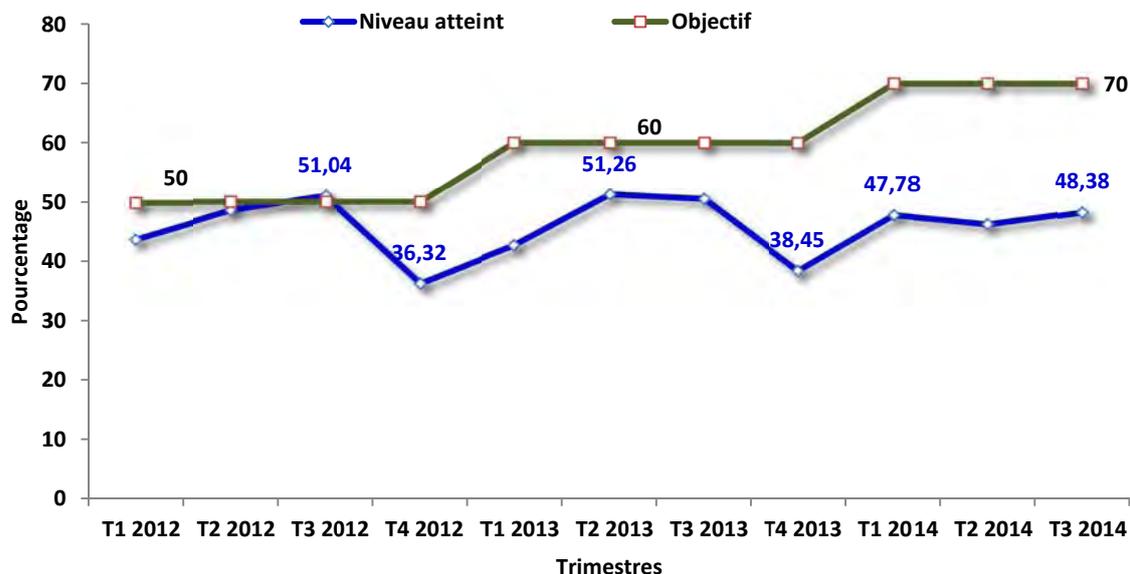
En 2014 les principales réalisations soutenues par l'OMS sont la finalisation et validation de la stratégie nationale de lutte contre les infections nosocomiales et la supervision des structures mettant en œuvre l'assurance de qualité de soins dans la région de Maradi.

Malgré les efforts du gouvernement et des partenaires le taux de couverture sanitaire n'a pas connu d'amélioration sensible : Pour un objectif attendu de 65% en 2014, la couverture sanitaire au niveau national a connu une évolution timide passant de 47,48% en 2012 à 48,97% au troisième trimestre de l'année 2014. Les Régions d'Agadez et Niamey ont atteint l'objectif national avec respectivement 67,07% et 98,60% pour le troisième trimestre de l'année 2014. Le plus faible taux est observé à Zinder avec 37,66%. Pour un objectif attendu de 60% en 2013, la couverture sanitaire au niveau national était à 47,80%.

L'augmentation de la couverture globale en 2014 est liée à la construction de six (6) nouveaux CSI et la transformation de 32 cases de santé en CSI. Bien que faible, ce taux pourrait s'améliorer en 2015 si les prévisions annoncées pour les transformations des cases de santé en CSI et la construction des CSI se poursuivent.

Cette faible performance s'observe aussi pour les stratégies fixes et mobiles comme le montre la figure ci-dessous : en effet la population couverte est passée de 47,78% à 48,38% entre 2013 et 2014.

Figure 6: Evolution du taux d'utilisation du curatif chez les enfants de moins de 5 ans au Niger de 2005 à 2014



Source : Rapport d'exécution du PDS 2014

2.9.3. Contraintes et perspectives 2015

Les principales contraintes rencontrées sont entre autres : le retard dans la transformation des cases de santé en CSI, non-respect de transformation des cases de santé prévues dans le PDS, le non-respect du plan de couverture sanitaire, le manque/retard dans le financement des activités foraines et la vétusté/manque de logistiques pour les sorties foraines, la stratégie de soins centrés sur la personne non encore élaborée.

En perspectives 2015, il s'agira de fournir l'appui logistique auto-moto et le soutien aux activités foraines, la vulgarisation de la stratégie de lutte contre les infections nosocomiales et l'élaboration de la stratégie de soins centrés sur la personne.

3. Groupe organique Vaccination et Mise au point des vaccins

3.1. Contexte:

Après une décennie de progrès en matière de vaccination, il a été constaté dans les années 2010, une stagnation des progrès de couvertures vaccinales autour de 70% avec même des pays qui n'atteignent pas des couvertures vaccinales de 50% pour le DTC 3. Fort de plusieurs constats, l'Assemblée Mondiale de la Santé de Mai 2012 a approuvé le Plan d'action Mondial pour la Vaccination 2011-2020 «GVAP» et la Décennie de la Vaccination

Aussi lors de la 65^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé tenue en mai 2012, l'éradication de la polio a été déclarée comme une urgence de santé publique au niveau mondial avec l'élaboration d'un plan stratégique de la phase finale de la polio 2013-2018. En 2014, l'adoption du plan stratégique régional 2014-2020 a renforcé la nécessité pour les pays d'augmenter les couvertures vaccinales mais aussi

celle d'introduire de nouveaux vaccins pour réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination.

Au Niger, les couvertures vaccinales de routine ne sont pas performantes. En effet, en 2013, les taux de couvertures étaient pour Penta3 92%, VAR 92% et VAT2+62% ce qui se traduit par la persistance des épidémies telles que la rougeole, la diphtérie, la coqueluche, etc.

Aussi la surveillance des PFA est optimale au niveau national. En effet, le taux de PFA non Polio en 2014 est de 2,8 pour 100.000 enfants de moins de 15 ans (cible : 2/100.000), avec 85% d'échantillons de selles collectés dans les délais de 14 jours ($\geq 80\%$). Cependant, 03 Régions sur 08 n'ont pas atteint les niveaux requis pour les 2 indicateurs majeurs de surveillance des PFA (Agadez, Diffa et Niamey).

Les principaux objectifs fixés dans le plan de travail 2014 étaient: (i) d'atteindre un taux d'au moins 95% de couverture vaccinale en pentavalent 3 au niveau national, (ii) d'interrompre la circulation du poliovirus sauvage et vaccinale non autochtone importé du Nigeria et renforcer la surveillance active des cas de Paralysie Flaccide Aiguë (PFA), (ii) renforcer le contrôle /élimination des autres maladies à prévention vaccinale: rougeole, fièvre jaune, tétanos néonatal et les infections pédiatriques à pneumocoque et rotavirus.

A l'instar des autres pays de l'Afrique de l'Ouest, le Niger après analyse du profil épidémiologique des maladies évitables par la vaccination, a décidé d'introduire dans son programme élargi de vaccination deux nouveaux vaccins (le vaccin contre le Rota virus, et vaccin contre le pneumocoque) en 2014 pour assurer la protection des enfants de moins d'un an. Dans cette même lancée, le pays a décidé de mettre en œuvre le projet de démonstration du vaccin contre le cancer du col pour les jeunes filles âgées de 11 ans toujours en 2014.

3.2. Principales réalisations et résultats

3.2.1. PEV de routine

Afin d'atteindre les objectifs de couvertures vaccinales de 95% pour tous les antigènes, le bureau de l'OMS a apporté son appui technique et financier pour la réalisation des missions de supervision des activités du PEV de routine au niveau des régions et districts sanitaires. Ces missions effectuées du 15 novembre au 20 décembre 2014, ont concerné toutes les huit régions du pays. Au total, 16 districts sanitaires et 32 centres de santé intégrés ont été visités. Les CSI visités ont été retenus sur base de leur contre-performance enregistrées au cours des 6 premiers mois de l'année 2014.

Un appui conséquent a été fourni par le bureau dans le cadre de la célébration de la Semaine Africaine de la Vaccination (SAV) qui a été organisée en novembre 2014 par le MSP avec l'appui de l'OMS. Il a été ainsi organisé et diffusé sur les chaînes de télévision locales deux panels sur le PEV de routine et la polio pour renforcer la sensibilisation de la population. Ces panels, organisés en octobre et novembre 2014, avec l'appui technique et financier de l'OMS ont été une occasion de diffusion des messages sur la vaccination et de rappeler les principaux objectifs et stratégies nationales du PEV.

Dans le cadre de la pérennisation du financement de la vaccination avec des ressources locales une Mission d'appui IST a assisté le programme du 01 au 05 décembre 2014 pour le suivi de la mise en œuvre des plans d'actions pour les pays prioritaires de GAVI. A l'issue de cette évaluation il a été retenu que le pays est sur la bonne voie en matière d'amélioration des mécanismes de financement de la vaccination avec une bonne maîtrise des procédures d'élaboration du budget et l'amélioration des procédures de déblocage de fonds.

Introduction des nouveaux vaccins

En dépit de ces progrès, les maladies évitables par la vaccination demeurent une cause majeure de morbidité et de mortalité. C'est dans cette optique que le bureau a assisté le programme national des immunisations dans les préparatifs de l'introduction de deux nouveaux vaccins dans le PEV de routine à savoir le vaccin contre les infections à Pneumocoque et le vaccin contre les diarrhées à rotavirus. Cet

appui a consisté en la révision des modules de formations, l'élaboration des documents de communication, le suivi de l'approvisionnement en vaccins et de la capacité de stockage des vaccins au niveau central et régional, la participation à la formation des formateurs du niveau central, régional et district. Le lancement de cette introduction a eu lieu le 05 août 2014 à Mirriah dans la région de Zinder. Aussi dans le cadre de la phase finale de l'éradication de la Polio, le bureau a activement pris part à l'élaboration du Plan d'introduction du Vaccin Polio Injectables (VPI); plan qui a été validé par le CCIA le 12 septembre 2014 et soumis à GAVI le 15 septembre 2014.

Pour la prévention du cancer du col utérin le bureau a assisté le programme à l'organisation et à la mise en œuvre du projet de démonstration de vaccination contre le cancer du col de l'utérus au niveau des districts sanitaires de Niamey 3, Niamey 4 et Madarounfa. A cet effet, deux tours de vaccinations qui ont ciblé les filles de 11 ans ont été organisés en avril et juin 2014. Dans ce même contexte, une évaluation Post Introduction du vaccin anti-PVH au Niger a été faite du 19 novembre au 02 décembre 2014, en utilisant un protocole normalisé de l'OMS et avec l'appui de HQ dans les districts de Niamey 3, Niamey 4 et Madarounfa.

Résultats HPV pour les trois DS

Dans le cadre de l'introduction de nouveaux vaccins notamment le vaccin anti pneumococcique, le vaccin anti rotavirus et le vaccin poliomyélite injectable, l'évaluation de la chaîne de froid constitue une étape fondamentale pour apprécier les capacités de stockage et de transport des vaccins et matériel de vaccination.

C'est dans cette optique que, le Niger à travers le Ministère de la Santé Publique a fait un état des lieux des équipements de la chaîne du froid de toutes les structures sanitaires grâce à l'appui technique de l'OMS. Cet inventaire qui s'est déroulé du 28 avril au 30 mai 2014, a permis au pays avec l'appui de l'OMS d'élaborer et de soumettre à GAVI d'un projet pour le renforcement de la Chaîne de froid au niveau central pour un montant d'un million de dollars US. Ce projet a été accepté par GAVI.

3.2.2. Activités de vaccination supplémentaires (AVS)

Considéré comme pays non endémique de poliomyélite depuis février 2006, le Niger a notifié 46 cas importés de PVS entre 2007 et 2012. Cette importation est liée à la longue frontière de plus de 1 400 km qu'il partage avec le Nigeria, pays encore endémique pour la poliomyélite (avec 53 cas de Polio en 2013 et 06 en 2014) dont certains de ces cas sont localisés dans la partie frontalière avec le Niger, exposant ainsi le pays à une importation soutenue et continue de polio virus sauvage (PVS) et vaccinale. Ce risque d'importation est amplifié par le nomadisme auquel s'ajoutent d'importants mouvements transfrontaliers de populations pour des raisons familiales, économiques et politico-religieuses.

Bien qu'aucun cas de Poliomyélite n'ait été détecté dans le pays depuis novembre 2012 soit plus de 2 ans, l'analyse du risque prenant en compte les données de couvertures vaccinales des AVS antérieures, du PEV de routine mais aussi de la surveillance des PFA montre qu'en 2014, 35 districts sur 44 (79,5%) étaient à risque d'importation de poliovirus; le district sanitaire de Mainé-Soroa étant à un niveau élevé de risque. Parmi ces districts, 14 sont frontaliers avec le Nigeria; ce qui a motivé l'intensification des activités d'éradication de la polio au cours de l'année 2014. C'est ainsi que 06 tours de campagnes de vaccination de masse contre la polio ont été proposés au pays sous forme de Journées Nationales de vaccinations (JNV) ou Journées locales de Vaccination (JLV) afin d'augmenter l'immunité collective des enfants et arrêter la circulation du Poliovirus sauvage.

Photo 7: Activités de vaccinations supplémentaires



Réunion transfrontalière Niger- Burkina Faso à Tillabéri



Vaccination d'un enfant dans le village de Yatakou (frontière Burkina-Niger)

L'assistance du bureau a porté sur la préparation et l'organisation des 07 passages de JNV et JLV entre février et novembre 2014 dont 02 ratissages en Août et Septembre pour le cas de PVDVc isolé au niveau de la région de Diffa. Cet appui s'est fait à travers la mobilisation de ressources de plus de 7 600 000 de dollar américains pour tous les passages. Aussi une assistance technique par l'implication du staff du bureau pays, le recrutement de consultants nationaux comme superviseurs de moniteurs, et des consultants internationaux mis à la disposition du pays par l'IST/AO a été apporté pour appuyer la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation de la qualité des AVS (monitorage indépendant et LOAs).

Lors de la vaccination, la prise en compte des marchés, gares routières, points de passages, populations nomades, sites de réfugiés, regroupements des éleveurs (la cure salée Hotongo), ainsi que la revisite des enfants absents ont permis l'amélioration des résultats des journées de vaccination conduites en 2014. C'est ainsi que plus de 153 000 enfants ont été vaccinés grâce à la mise en œuvre de ces stratégies (voir tableau N°5).

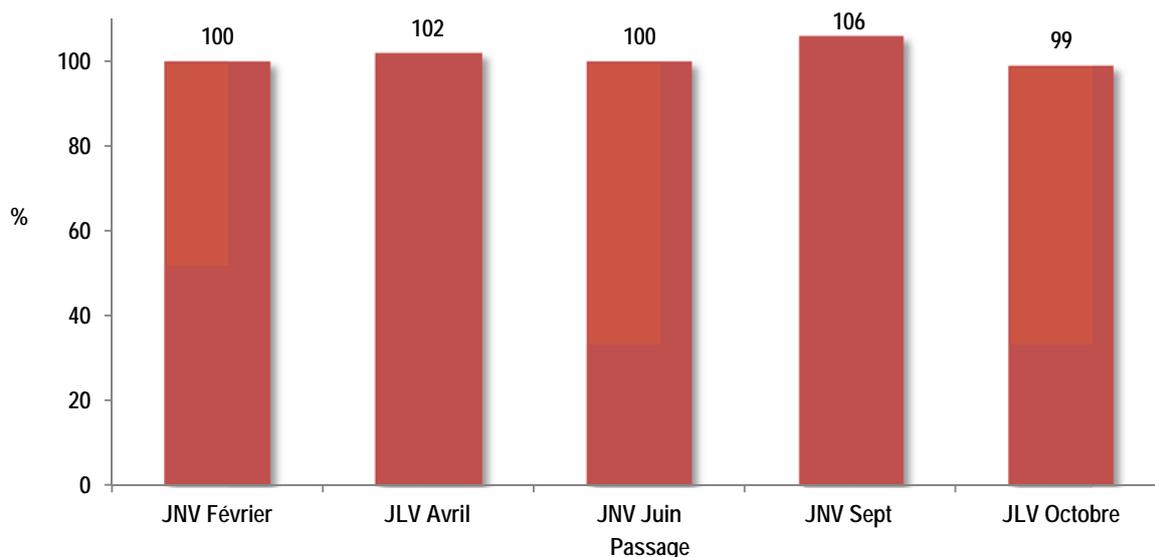
Tableau 5 : Répartition de la cible vaccinée des sites spéciaux des JNV/JVL en 2014 au Niger

Passage	Sites spéciaux			Réfugiés			Total
	0-11 mois	12-59 mois	Total	0-11 mois	12-59 mois	Total	
JNV Février	52140	158238	210378	4756	14847	19603	229981
JNV Avril	28 672	76 889	105 561	2 125	7 716	9 841	115 402
JLV Juin	18423	47906	66329	1445	5278	6723	73052
JLV Août	1218	3075	4293	472	1738	2210	6503
JLV Septembre	1304	3538	4842	708	1933	2641	7483
JNV Septembre	26788	2340	29128	76402	9025	85427	114555
JNV Octobre	36520	101272	137792	3756	11476	15232	153024

Source : Rapports AVS 2014/MSP/ DI

L'objectif de vacciner au moins 95% de la cible a été atteint à chaque passage dans toutes les régions sanitaires, comme le montre la figure ci-dessous:

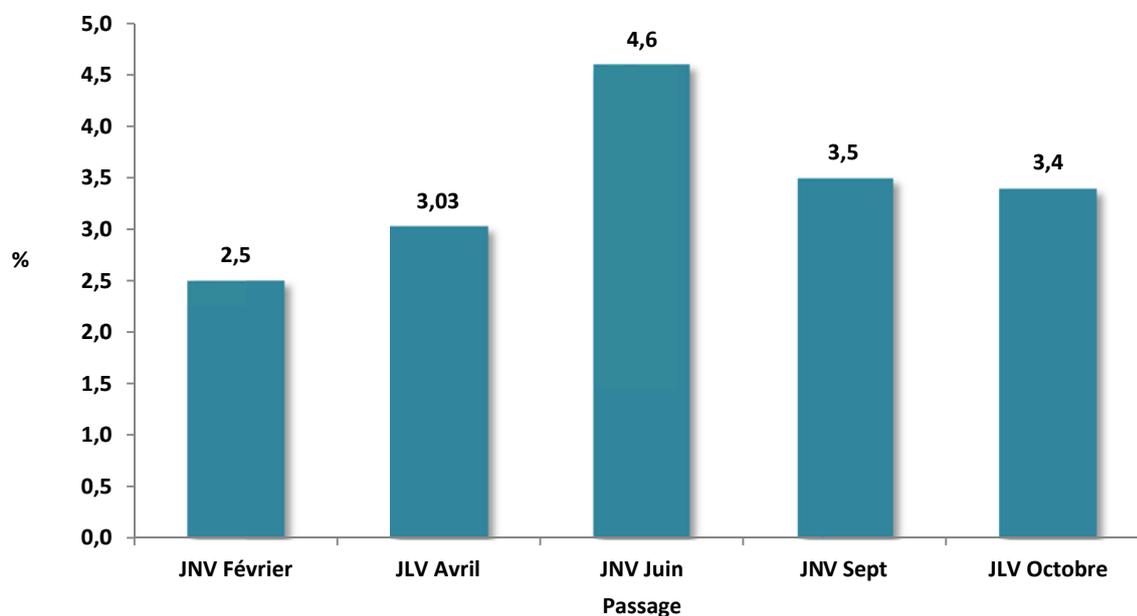
Figure 7: Couvertures vaccinales administratives des AVS polio en 2014



Source : Rapports AVS /MSP/DI

Les activités de monitoring indépendant et des enquêtes utilisant le sondage par lot effectués par des enquêteurs externes au système de santé ont permis de valider les couvertures vaccinales administratives. Les résultats des différents monitorages effectués montrent une réduction du pourcentage d'enfants non vaccinés qui a été de moins de 5% pour l'ensemble des passages, permettant ainsi l'arrêt de la circulation du poliovirus sauvage (PVS) importé. Le dernier cas de Polio notifié au Niger remonte au 15 novembre 2012.

Figure 8: Pourcentage d'enfants non vaccinés en 2014



Sources : OMS, monitoring indépendant 2014

Photo 8: Monitoring indépendant JNV Polio



Rattrapage d'un nouveau-né lors du monitoring (OMS)

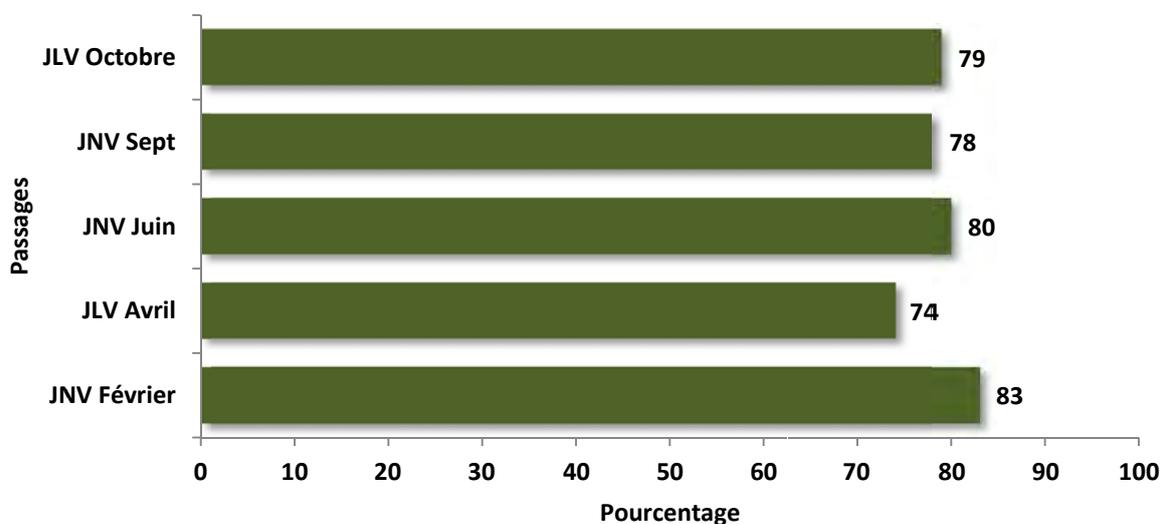


Supervision d'une équipe de monitoring à Niamey4(OMS)

Sur le plan **communication, mobilisation sociale et plaidoyer**, des efforts consentis ont été réalisés pendant les campagnes de vaccination de masse et ont contribué à améliorer la qualité des campagnes de vaccination à travers la sensibilisation de la population et à réduire le taux d'enfants non vaccinés qui est passé d'une moyenne nationale de 6% en 2013 à 3,5% en 2014, grâce à la mise en œuvre effective des stratégies probantes de communication telles que la communication interpersonnelle, les messages radio-télévisés, l'utilisation des relais communautaires, etc.

Cependant, l'analyse de la situation en 2014 a fait ressortir des faiblesses et contraintes dans la mise en œuvre des stratégies et activités de vaccination. Il s'agit surtout de l'insuffisance de la sensibilisation de la communauté avant les campagnes pour son adhésion à la vaccination (comme le montre la figure 11ci-dessous), de l'insuffisance dans la sensibilisation des leaders communautaires et religieux et la persistance des cas de refus à la vaccination contre la polio et le risque de leur augmentation, surtout dans les zones urbaines et périurbaines. Les principales raisons à cette situation identifiées sont d'ordres idéologiques/religieux, la lassitude de la population face aux multiples passages des AVS et la faible capacité de communication interpersonnelle des relais et vaccinateurs.

Figure 9: Proportion de parents informés des campagnes AVS Polio en 2014



Sources : OMS, monitoring indépendant JNV 2014

Dans le domaine des AVS Polio les activités menées sur le plan de communication ont permis d'informer en moyenne 79% des parents avant le début de la vaccination en 2014 pour le pays. Il s'agit de principalement de la mise à contribution des radios de proximité, des relais communautaires et crieurs publics.

Le niveau d'information, important indicateur qui est en fait un critère de qualité prioritaire pour les campagnes polio, présente des disparités et surtout une irrégularité de performance selon les passages. La proportion des parents informés avant le passage varie de 74% en Avril à 83% en Février, avec une moyenne de 79% pour le pays.

La faible performance peut aussi s'expliquer par le démarrage très tardif des activités de sensibilisation et surtout l'absence de formation des agents en communication interpersonnelle que sont les relais communautaires et les crieurs publics.

Dans la quasi-totalité des régions, la principale raison de non vaccination des enfants est leur absence dans les ménages lors du passage de vaccinateurs. Ceci peut être dû au fait que les parents n'ont pas du tout été informés de la tenue de la campagne, ou alors du fait que la date et heure spécifique du passage des vaccinateurs n'a pas été communiquée.

3.2.3. Surveillance des maladies évitables par la vaccination

Surveillance des Paralysies Flasques Aigues

Dans ce domaine le bureau a fourni en appui technique et financier au programme pour le renforcement de la surveillance des Paralysies Flasques Aigues et des maladies évitables par la vaccination à travers le déploiement de 3 consultants STOP-TEAM pour la période allant d'août à décembre 2014 pour appuyer les régions de Tahoua, Tillabéri et Zinder et aussi de deux consultants, un pour la région de Dosso dans le cadre du renforcement de la surveillance des maladies évitables par la vaccination et du PEV de routine et l'autre dans la région de DIFFA après la découverte du cas de Poliovirus dérivé pour intensifier la surveillance des PFA dans cette région.

Suite à la détection en août 2014 d'un cas de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2 importé du Nigeria, dans le district sanitaire de Diffa (quartier Diffa Koura), le bureau a appuyé l'organisation d'une riposte face à cette épidémie dans les 3 districts de la région de Diffa en 2 passages de vaccination contre la polio du 15 au 18 août et du 06 au 09 septembre 2014 et avec des couvertures vaccinales de 104,6% et 106,9% respectivement probablement liée à l'afflux des réfugiés et retournés en provenance du Nigeria.

Pour rechercher le poliovirus dans les eaux usées ou d'autres échantillons environnementaux, le bureau a appuyé le programme dans le processus de l'introduction de la surveillance environnementale de la Poliomyélite. Une mission de HQ a été reçue en octobre 2014 pour la préparation de cette activité qui sera conduit à Niamey, Maradi et Zinder. Le personnel impliqué dans cette activité a été identifié et le laboratoire CERMES a été retenu en octobre 2014 pour abriter l'unité de concentration des échantillons des eaux usées des sites retenus.

Pour apprécier le niveau de mise en œuvre des activités et le comportement des indicateurs de qualité de surveillance des maladies cibles du PEV et du PEV de routine le bureau a assisté le programme pour la réalisation des réunions décentralisées au niveau des 8 régions sanitaires durant le mois de décembre 2014, avec comme participants les membres des équipes cadres des districts et des équipes cadres de la région en charge des activités de surveillance et du PEV de routine et des cadres du niveau central.

Le bureau en tant que partie prenante du secrétariat du Comité National d'Expert de la Polio et du Comité National de Certification a appuyé la réalisation des examens de suivi des cas des PFA avec l'appui des Consultant et des STOP TEAM et la classification des cas de PFA de 2013 et 2014. Aussi,

le bureau a assisté le Comité National de certification dans l'élaboration du rapport de progrès dans l'éradication de la Poliomyélite du 2013.

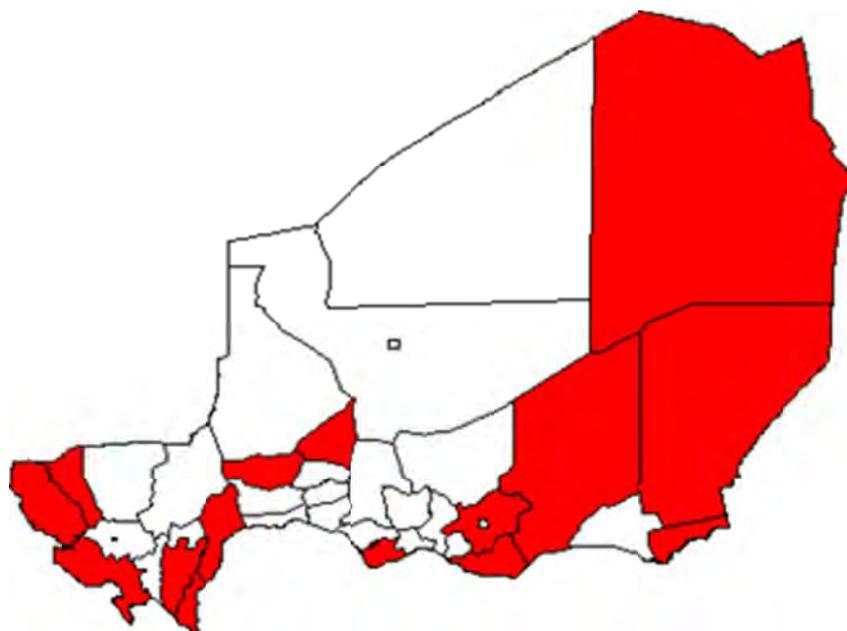
Elimination de la rougeole

La surveillance de la rougeole et rubéole mise en place a permis d'apprécier les progrès vers l'élimination de la rougeole. C'est dans ce cadre qu'un appui a été apporté au laboratoire de l'hôpital national de Niamey par la fourniture de réactifs et consommables.

En 2014, 93% des districts ont pu notifier au moins un cas suspect avec prélèvement de sang contre 100% en 2013 pour une cible attendue de 80% au moins des districts. Le taux d'affections fébriles non rougeoleuses est de 1,6 cas pour 100.000 habitants au niveau national en deçà du 2 cas pour 100.000 habitants souhaité. La notification hebdomadaire des cas suspects et décès de rougeole sur la base Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIMR) a rapporté un total de 1.086 cas dont 04 décès en 2014. Parmi ces 1.086 cas suspects 493 cas ont été investigués et notifiés dans le cadre de la surveillance au cas par cas.

Des seuils épidémiques de rougeole (> 3 cas confirmés IgM+ dans un district sur une période de 4 semaines consécutives) ont été atteints dans 17 (39%) districts sur les 44 qui compte le pays (voir carte ci-dessous). Avec l'afflux des réfugiés et des retournés du Nigeria, des épidémies de rougeole ont été notifiées dans la région de Diffa (districts de N'Nguigmi et Diffa). Une campagne de riposte vaccinale a été organisée par l'Equipe-Cadre du district de Diffa en décembre 2014 avec l'appui financier du bureau.

Carte 3: Districts ayant connu une épidémie de rougeole (en rouge) en 2014



Source : données surveillance au cas par cas, DSRE, 2014

Face à cette situation, un plaidoyer a été fait auprès des autorités pour qu'une campagne de suivi soit organisée en 2015.

Contrôle de la fièvre jaune

Concernant le contrôle de la fièvre jaune, bien que les indicateurs de performances ne soient pas atteints : 43% des districts en 2014 contre 62% en 2013 ont notifié des cas avec prélèvement (cible $\geq 80\%$ des districts). Le taux d'ictère fébrile au niveau national est de 0,2 cas pour 100.000 habitants sur la cible de 2 x 100.000 habitants. Seul le district de Nguigmi a atteint l'indicateur avec un taux de 3,9 cas pour 100.000 habitants. Aucun cas de fièvre jaune n'a été confirmé.

Elimination du maternel et tétanos néonatal

Pour l'élimination du tétanos maternel et néonatal, 3 passages des activités de vaccination supplémentaires ont été organisées en 2014 pour les femmes en âge de procréer de 14-49 ans dans 8 districts identifiés à haut risque en 2012. La surveillance du tétanos n'a notifié que 4 cas dont 3 investigués.

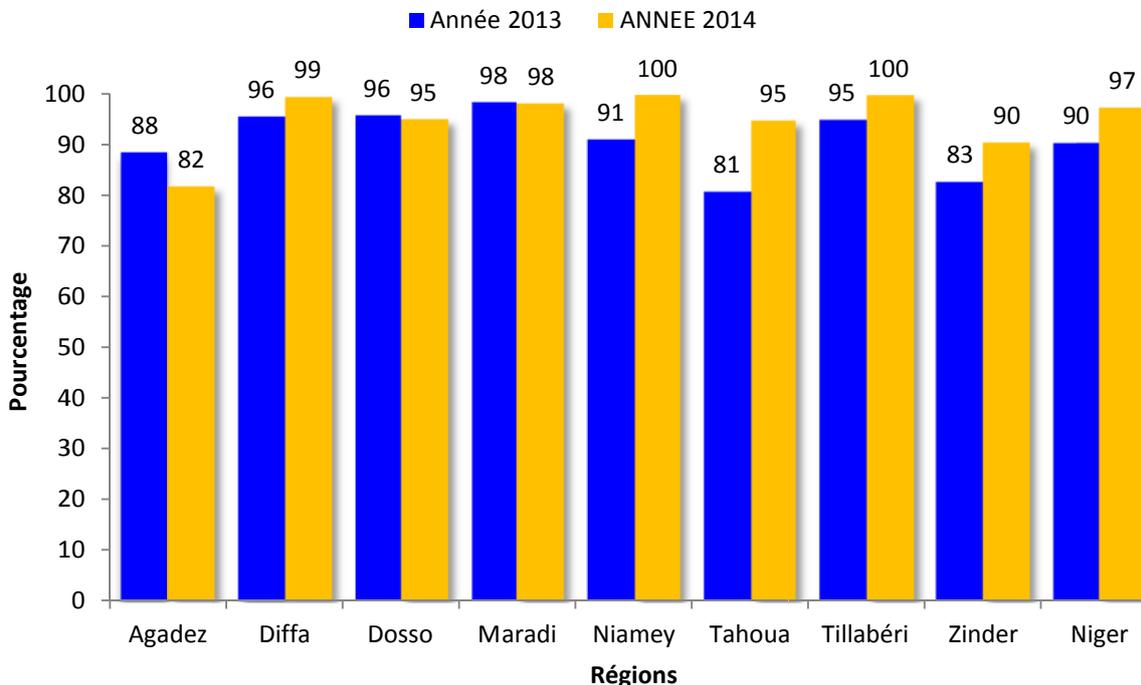
Surveillance des pneumonies et méningites pédiatriques

En prévision de l'introduction des nouveaux vaccins contre les infections à pneumocoques et les diarrhées à rotavirus, une surveillance sentinelle des maladies bactériennes pédiatriques a été mise en place et est opérationnelle au niveau des hôpitaux de Niamey, de Maradi et de Zinder. Dans ce cadre, le bureau a appuyé le programme dans la formation de 40 agents personnel de l'hôpital de Niamey en février 2014 sur les rota virus et sur le infections méningées d'origine bactérienne.

3.2.4. Gestion de données de la vaccination et de la surveillance des maladies

Les données partagées par le Ministère de la Santé Publique avec le Bureau pays ne sont pas toujours de bonne qualité ce qui conduit le plus souvent à des prises décisions inadéquates. Pour contribuer à l'amélioration de la qualité de données sanitaires le Bureau OMS du Niger a recruté un gestionnaire de données en Août 2014. Le Bureau a à cet effet appuyé le Ministère de la santé publique dans la gestion des données en général et de celles de la surveillance et de la vaccination. Une amélioration de la promptitude est observée au niveau du pays en 2014 comparativement à 2013 avec respectivement 97% et 90% (voir graphique 12). Tous les rapports ont été transmis au niveau central au cours de ces deux années.

Graphique 12: Taux de promptitude des rapports MDO par région de 2013 à 2015 au Niger

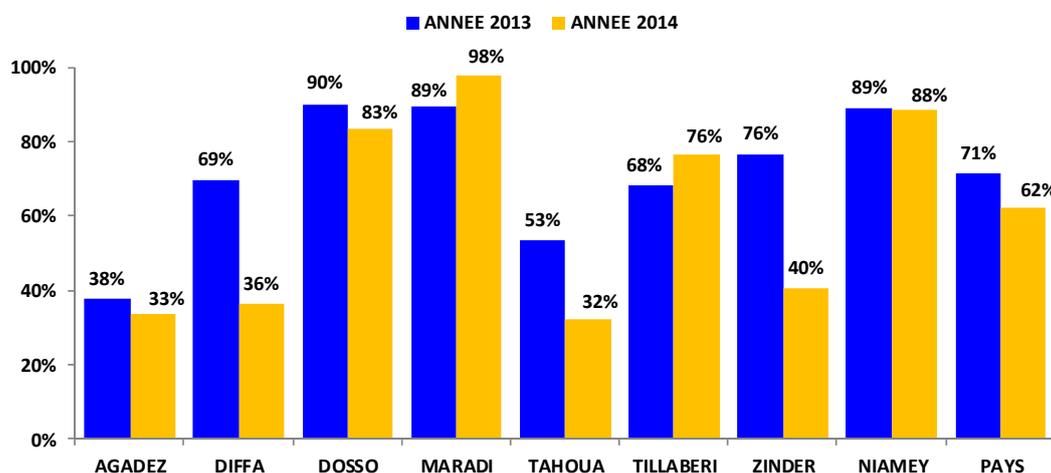


Source : Rapports MDO 2013-2015/MSP/DSRE

L'OMS a soutenu le MPS dans l'analyse et la diffusion de l'information à travers l'élaboration des bulletins d'information périodique et les rapports de situation de l'épidémie de choléra qui a touché la région de Diffa.

Pour la vaccination, tous les rapports mensuels de l'année 2014 sont également parvenus à la direction des immunisations en 2013 et 2014, soit une complétude de 100%. Avec une promptitude de 62% en 2014, des efforts restent à fournir au niveau des districts dans la transmission des rapports mensuels au niveau central dans les délais. Une baisse de la performance de cet indicateur est observée en 2014 au niveau de toutes régions sauf celles de Maradi, Tillabéri et Niamey où un mécanisme de suivi du rapportage des données est institué.

Graphique 13 : Promptitude de la transmission des rapports mensuels PEV de routine par région en 2013 et 2014



Source : Rapports mensuels PEV 2013-2014/MSP/DI

En décembre 2014, pour remédier à cette situation, le Bureau a également appuyé techniquement et financièrement le Ministère de la Santé Publique pour l'organisation de la formation d'un pool de 22 formateurs/superviseurs centraux et régionaux sur l'utilisation du DVDMT et du SMT dans le cadre du renforcement du PEV en général et de l'amélioration de la qualité du rapportage des activités du PEV de routine au Niger.

3.3. Défis et perspectives pour 2015

Les principaux défis restent le maintien du statut de pays sans polio par l'organisation d'AVS de qualité, l'amélioration de la performance du PEV de routine pour réduire le fardeau lié aux maladies cibles du PEV et l'amélioration de la surveillance des maladies évitables par la vaccination et notamment celle des PFA pour détecter à temps toute importation de cas de poliomyélite due au PVS.

Si des efforts sont effectués dans l'approvisionnement continu en vaccins, et dans le financement des activités opérationnelle, un meilleur monitoring pour action au niveau district, la prise en compte des populations spéciales lors des sorties en stratégies avancées et/ou foraines les cibles de couvertures vaccinales tant au niveau national que des districts peuvent être atteintes. Un appui devrait être fourni au programme pour:

- l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies spéciales et novatrices pour atteindre les nomades et les populations difficiles d'accès,
- l'introduction du nouveau vaccin MenAfrivac dans le PEV de routine
- L'évaluation du Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) actuel et l'élaboration d'un nouveau PPAC pour une période de 5 ans;
- L'amélioration des indicateurs de la surveillance des maladies évitables par la vaccination telles que les PFA, rougeole, fièvre jaune et tétanos néonatal en vue d'un meilleur suivi des maladies à contrôler, éliminer et éradiquer;
- La poursuite d'un plaidoyer fort auprès du gouvernement à travers la régularité des rencontres du Comité de Coordination Inter Agences du Programme Elargi de Vaccination (CCIA/PEV), du

Core Group pour favoriser un financement et la disponibilité permanente des vaccins et matériels d'injection ainsi que la bonne gouvernance dans le domaine du PEV;

- L'élaboration d'un plan de communication des AVS Polio 2015;
- L'évaluation du plan stratégique de communication PEV 2010-2015 dans le cadre de la revue PEV;
- La relance de la stratégie de suivi communautaire de la vaccination dans les districts prioritaires.

4. Groupe organique Présence de l'OMS dans le pays

4.1. Développement de partenariats

Au cours de la période 2014- 2015 les défis sont de poursuivre les actions visant à accroître davantage la visibilité de l'OMS dans son appui à la mise en œuvre de la politique et du plan de développement sanitaire et du plan de développement économique et social. Pour ce faire l'OMS prendra une part active dans l'évaluation et le développement des nouveaux documents stratégiques nationaux. Elle continuera de jouer son rôle de conseiller du ministère de la santé en veillant à ce que les orientations stratégiques en matière de santé sont prises en compte dans les politiques, stratégies et plans nationaux. Un accent sera mis pour le renforcement du système de suivi et évaluation, du système d'information sanitaire à travers le renforcement des capacités dans les domaines de prédilection. Il s'agit aussi de poursuivre la mise en œuvre de la stratégie de coopération avec le pays étendue 2009-2015.

L'OMS renforcera sa présence au sein de l'équipe résidente pays du SNU tout en préservant son avantage comparatif. La communication pour une meilleure visibilité de l'organisation sera renforcée avec le recrutement d'un professionnel à cet effet.

Les principaux résultats suivants ont pu être enregistrés en 2014 dans les domaines ci-après.

4.1.1. Renforcement de la visibilité de l'OMS et de son rôle de coordination du secteur de la santé

La visibilité de l'OMS a été marquée par le recrutement d'un NPO en charge de la communication ce qui a permis de renforcer la couverture des activités principales réalisées par le bureau à travers les communiqués de presse, la mise à jour du site Web et comptes Facebook et Twitter, l'organisation des journées mondiales, régionales et nationales. Par ailleurs plusieurs rencontres stratégiques ont été organisées tant avec les autorités nationales, qu'avec les agences des Nations Unies, les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé afin de réitérer l'engagement et la disponibilité de l'OMS à accompagner le pays dans ses efforts de développement sanitaire soutenu. Le bureau pays a participé de façon efficace et efficiente aux différentes rencontres de la plateforme des partenaires techniques et financiers du compact et d'autres cadre de coordination et de concertation tels que le Comité de Coordination Inter Agences (CCIA), le Comité inter Ministériel de prévention et de lutte contre les catastrophes, et urgences, le Comité Etat-Partenaires dans le cadre de la mise en œuvre du PDES , le Comité technique Couverture Sanitaire Universelle (CSU)etc... permettant par sa présence de s'assurer que les orientations et stratégies en matière de santé sont prises en compte dans les délibérations.

L'OMS pays à travers ses appuis multiples notamment sa participation active au sein du CCM et des commissions techniques a permis au pays de soumettre une note conceptuelle VIH-Sida au Fonds Mondial ainsi la préparation des projets de notes conceptuelles pour la tuberculose et le paludisme. Une note conceptuelle RMNCH a également été élaborée en collaboration avec les autres partenaires.

Le bureau a participé également au renforcement des capacités du personnel national à travers des ateliers de formation, de supervision sur le terrain des différents programmes techniques. La présence de l'OMS a été très remarquable dans son rôle d'agence normative à travers l'appui à l'élaboration des

différentes politiques et plans au niveau des différents programmes de santé. Son appui à l'élaboration des comptes nationaux de santé 2012-2013 a été déterminant. Dans le cadre de l'appui de l'OMS à la mise en œuvre du plan de développement sanitaire 2011-2015 notamment le suivi, l'évaluation, l'appréciation de la qualité des services, l'appréciation des réalités de conditions de travail en vue d'apporter la délivrance des résultats notamment au niveau opérationnel, le bureau a contribué au processus d'évaluation externe à mi-parcours du PDS et du Compact, des revues semestrielle et annuelle ainsi qu'à plusieurs missions conjointes Ministère de la Santé Publique et OMS organisées sur le terrain.

Dans le cadre du Système des Nations Unies (SNU) l'OMS a animé avec efficacité les activités de plusieurs groupes tels que le groupe thématique ONUSIDA, le comité de gestion du dispensaire du SNU au Niger, le cluster santé pour la gestion des urgences et catastrophes. Le bureau OMS/Pays a participé à toutes les réunions et contribué ainsi au fonctionnement de l'Equipe Résidente Pays (EPR), de l'Equipe Humanitaire Pays (EHP) et de l'équipe managériale de la sécurité (SMT). La contribution de l'OMS a été remarquable dans le développement et la mise en œuvre du projet Communes de Convergence, l'élaboration et la mise en œuvre des différents plans de la réponse aux urgences et épidémies surtout la MVE, des projets pour soumission au CERF pour financement. A travers sa représentation au sein des différents groupes techniques de travail notamment sur la nutrition, la santé mère - enfant, le dialogue politique en santé, l'accès sanitaire universel, le bureau s'est assuré de la prise en compte des orientations stratégiques dans l'élaboration des stratégies et plans nationaux. Par ailleurs le Centre de documentation du bureau dispose d'environ 15 000 volumes. Il dispose de 06 ordinateurs connectés à l'internet à partir desquels les visiteurs peuvent accéder au site WEB de l'OMS et à la base de données du Centre d'information multimédia de l'OMS (CIOMS). Ce centre malgré son exigüité constitue une vitrine pour le bureau avec sa fréquentation par les étudiants des écoles de santé de Niamey et des encadreurs.

4.1.2. Un cadre Stratégique de Coopération avec le Pays de deuxième génération (SCP II)

Après l'extension de la stratégie à 2015 le document a été mis en œuvre à travers le Plan de travail 2014. Les interventions du bureau en appui au MSP sont conduites en lien avec les axes stratégiques de la SCP et des domaines d'actions prioritaires qui y sont contenues.

4.1.3. Un appui avéré à la mise en œuvre des déclarations, résolutions et engagements du pays en matière de santé

L'un des rôles clés du bureau OMS/Pays est d'appuyer le pays dans la préparation à la participation aux réunions des organes directeurs de l'organisation et la mise en œuvre des résolutions et déclarations issues des foras mondiaux, régionaux et sous régionaux en matière de santé. Dans ce cadre en 2014 le bureau a appuyé le Ministère pour la réunion de Luanda des Ministres de la Santé organisée par l'Union Africaine, l'Assemblée mondiale de la santé et le Comité régional.

4.2. Administration

L'année 2014 est essentiellement caractérisée sur le plan administratif par la mise en place effective du CSU pour renforcer les capacités opérationnelles de l'équipe.

Des efforts se sont poursuivis sur l'utilisation rationnelle des fonds alloués dans tous les objectifs stratégiques notamment concernant l'appui au MSP. A ce sujet un accent particulier a été mis sur la mise en œuvre directe des activités ce qui a réduit considérablement le nombre des financements directs de coopération (DFC) au cours de l'année. Les réalisations essentielles effectuées dans le domaine de l'administration et la gestion seront détaillées dans le corps du développement. Il faut aussi

le souligner que l'administration a fait face à des défis et des contraintes qui seront synthétisés dans ce document.

4.3. Mise en œuvre du plan de travail du bureau pays 2014-2015.

Le plan de travail 2014-2015 qui est à son niveau d'exécution à mi-parcours a été exécuté selon les orientations mondiales et régionales du point de vue de sa structure et de son budget. Il est à un niveau d'exécution de 75% au 31 décembre 2014.

Il est axé sur cinq grands projets d'activités :

- a) Appui aux programmes ;
- b) Politiques et Systèmes de santé ;
- c) Présence de l'OMS dans le pays ;
- d) Eradication de la Poliomyélite ;
- e) Ressources humaines.

4.4. Les ressources financières

4.4.1. Situation des allocations budgétaires

Le budget total planifié pour le biennium 2014-2015 s'élève à 17 610 807 USD dont le montant des salaires est de 4 346 033 USD soit 24,66 % et 13 264 774 USD pour les activités soit 75,34%. Ces fonds proviennent d'une trentaine de sources de financement pour l'ensemble des activités. La part des fonds réguliers est de 2 720 000 USD soit 15,44 % et celle des fonds volontaires est de 14 890 807 USD soit 84,56%.

Sur le montant total planifié, le budget alloué aux activités est de 17 265 855 USD soit 98% et un gap de 344,952 USD soit 2% dont 160 000 USD pour les salaires. Globalement le taux de mise en œuvre à mi-parcours s'élève à 75%.

Le tableau suivant donne le résumé de la situation financière par domaine d'activité :

Tableau 6: Situation financière par domaine d'activité en 2014

Domaines	Nombre de source de financement	Montant planifié	Gap	Montant Budgétisé	Total Dépenses	% de mise en œuvre
Programme Support	13	2 501 412	184 952	2 316 460	1 625 849	70%
Polio	8	9 552 952	-	9 552 952	7 905 843	83%
Policies & Systems	9	827 910	-	827 910	467 251	56%
Country Presence	1	382 500	-	382 500	260 560	68%
Salaries *	5	4 346 033	160 000	4 186 033	2 622 993	63%
Total	36	17 610 807	344 952	17 265 855	12 882 496	75%

* les salaires de janvier 2015 sont inclus.

Source : OMS/NIGER, Données du plan de travail 2014-2015, 20 Janvier 2015.

4.4.2. Mobilisation des fonds additionnels

Les fonds additionnels mobilisés par le bureau en 2014 sont de 1 100 055 USD. Ils ont été mobilisés et utilisés dans les domaines de la réponse aux urgences sanitaires.

Aussi, un million de dollars USD ont été mobilisés pour le renforcement de la chaîne de froid de la Direction des Immunisations auprès de GAVI.

4.4.3. Financement Direct de la Coopération (DFC)

L'année 2014 représente la première année de mise en œuvre du biennium 2014-2015. Au cours de cette année le MSP a bénéficié de l'appui de l'OMS sous forme de Financement Direct de Coopération dans tous les domaines. Au total 64 DFC ont été élaborés en faveur du MSP représentant un montant total de 3 498 448 286 F CFA soit 7 141 858 USD. Ce montant représente 55% de l'ensemble des dépenses effectuées (12 882 496 USD) pour l'ensemble des activités du plan de travail. Ces fonds ont été déboursés pour soutenir le MSP dans le cadre de la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire (PDS) à travers la Stratégie de Coopération avec le Pays (SCP).

Au cours de l'année 2014 un accent particulier a été mis sur les mises en œuvre directes des activités ce qui a considérablement réduit le nombre et le montant des financements directs de coopération au cours de l'année. Cela s'explique par le fait qu'au cours du biennium passé le bureau pays du Niger était l'un des pays de la sous-région utilisant beaucoup les financements directs de coopération dont le nombre de rapports échus étaient très élevés. Aussi le respect des clauses de la mise en œuvre de ce type de financement constitue un grand défi notamment en ce qui concerne les périodes d'exécution des activités et surtout la soumission des rapports dans les délais.

Pour remédier à cette situation, le bureau pays a mis l'accent sur l'approche consistant à mettre en œuvre directement toute activité qu'il pourra conduire (ateliers, les réunions, les formations...).

4.4.4. Perspectives 2015.

La mise en œuvre du plan de travail 2014-2015 va se poursuivre à travers l'exécution des activités afin d'atteindre les résultats attendus dans tous les domaines. Le suivi de cette mise en œuvre sera axé particulièrement sur les financements directs de coopération en faveur du MSP notamment en ce qui concerne le respect des délais dans la production et la transmission des rapports. Aussi l'élan entamé pour l'exécution des activités sous forme de mise en œuvre directe va se consolider davantage en 2015.

Par ailleurs des efforts seront poursuivis et renforcés dans la mobilisation des ressources additionnelles au niveau des différents programmes.

4.5. Ressources humaines

4.5.1. Situation des effectifs

En 2014, l'effectif total du bureau est de 38 staffs dont 5 professionnels internationaux, 12 NPOs (national professionnel officer), 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 Programme du bureau en 2014 par le recrutement des :

- Administrateur national chargé du Projet Race (NPO/Race),
- Administrateur national chargé de la surveillance (NPO/PFA),
- Administrateur national chargé du PEV de routine (NPO/RIO),
- Administrateur national chargé de base des données (NPO/DM),
- Administrateur national chargé de la Communication en vaccination (NPO/CAM),

Dans le cadre du renforcement des activités de surveillance des PFA, l'appui au PEV de routine et également pour renforcer la présence de l'OMS au niveau des Régions, des demandes de créations des postes ont été approuvées par AFRO. Il s'agit de 6 NPO/VPD et de 2 chauffeurs

4.5.2. Perspectives pour 2015

Le processus de recrutement de 6 NPO/VPD et 2 chauffeurs enclenché en 2014 va se poursuivre en 2015. Ce staff sera affecté dans les régions d'Agadez, Diffa, Dosso, Tahoua, Tillabéry et Zinder. Les NPO/DPC et NPO/MAL iront à la retraite à partir du 30 juin 2015 vont être des postes à pourvoir.

4.6. La logistique

4.6.1. Le parc automobile

Le parc automobile du Bureau en 2014 a un total de douze véhicules (12) dont dix (10) sont équipés de radio mobile HF et deux (2) motos Yamaha DT 125 acquis sur les fonds « country présence ». Ces douze véhicules sont répartis comme suit :

- Une Peugeot 607 acquise en 2005 qui est le véhicule officiel du Représentant ;
- Un véhicule Land Cruiser V8 acquise en 2012 affectée au Représentant dans le cadre des missions de Terrain.
- Un véhicule Land Cruiser 4X4 acquis en 2008 affecté au sous bureau OMS Maradi ;
- 7 véhicules Land Cruiser 4X4 pour les activités du bureau dont 6 acquis en 2008 et 1 acquis en 2010 qui seront affectés dans les régions pour les NPO chargés de la surveillance;
- Un véhicule Hilux double cabine acquis en 2004 qui sert de transport de matériel en cas de donation ;
- Deux motos DT125 dont 1 affecté au chauffeur du Représentant et l'autre pour les courses urgentes du bureau au cas où la sécurité recommande de ne pas sortir les véhicules.
- Treize motos en instance de donation.

Le bureau a demandé et obtenu d'AFRO l'autorisation de mettre à la réforme le matériel roulant suivant depuis l'année 2013 :

- Quatre véhicules Hilux double cabine acquis en 2004 ;
- Deux motos de 2002
- Un véhicule TOYOTA LAND CRUISER 105 acquis en 2007.

La mise à la réforme de ces véhicules a été effective en 2014 pour les motos et les Hilux double cabine. En 2014 le bureau a fait don au Ministère de la Santé Publique sur fonds Luxembourgeois dans le cadre du programme conjoint du Système des Nations Unies à Maradi trois (3) ambulances un lot important de médicaments et matériel médical. Ceci pour appuyer la réduction de la mortalité maternelle dans cette région à travers le renforcement du système de référence et contre référence notamment les urgences obstétricales

Les réparations et l'entretien des véhicules sont faits au niveau des garages agréés du système des Nations-Unies. L'année 2014 a vu l'instauration de l'utilisation des Tom Card pour la bonne gestion de la consommation en carburant ce qui rend le travail plus facile.

4.6.2. Gestion du bâtiment

Des contrats ont été signés avec des sociétés de la place pour :

- Le nettoyage des locaux
- Maintenance électricité et Froid
- Maintenance groupes électrogènes
- Ramassage des ordures.

4.6.3. L'inventaire

Depuis 2012, l'OMS a migré sur le logiciel « inventif » compatible GSM. Après un nettoyage de la base de données, l'opération de migration d'enregistrement a commencé en 2014 pour mettre à jour les biens matériels du Bureau dans le nouveau système.

4.6.4. Les perspectives 2015

- Elaboration des documents de contrat commun (LTA) pour harmoniser les achats au niveau des Agences du Système des Nations Unies,
- Informatisation de la gestion du stock
- Rencontre avec les fournisseurs pour expliquer les procédures de l'OMS
- Accès au site intranet de Total pour le suivi de la consommation par véhicule des Tom Card.

4.7. Information, Communication et Technologies (ICT).

4.7.1. Activités réalisées

Dans le cadre des migrations IT sur les projets globaux, la région africaine a basculé en 2014 au global Email. Il s'agit pour tous les utilisateurs d'avoir une adresse email utilisant le seul domaine (@who.int). Les préparatifs de cette migration ont permis au bureau de se doter de nouveaux équipements.

4.7.2. Perspectives pour 2015

Pour l'horizon 2015 et en vue de faire face aux nouveaux défis technologiques de la région africaine, l'OMS Niger mettra un accent particulier aux réalisations ci-dessous :

- Passage au nouveau système de communication CISCO
- Mise à niveau de la salle serveur : (électricité, froid, câblage)
- Achat de 5 téléphones satellitaires Thurayas
- Acquisition de 02 nouveaux switch compatibles au nouveau système de téléphonie ;
- Mise en place d'un système d'impression réseau
- Nouveau système de téléconférence ;
- Installation d'un deuxième scanner Digisender
- Reprise et installation d'un nouveau système de vidéosurveillance
- Mise en place d'un kit de connexion internet dans un centre de backup et domiciles
- Achat de 12 clés Token

5. Défis, leçons apprises et contraintes

5.1. Défis majeurs

Les principaux défis auxquels le pays fait face en matière de santé sont :

- Le renforcement de la gouvernance du système de santé, en particulier la gestion des ressources humaines, la prise en compte des déterminants sociaux et économiques de la santé ;
- L'acquisition des médicaments contre les MTN à temps pour l'organisation annuelle des campagnes de traitement de masse des populations des districts encore endémiques ;
- La mise à jour de la cartographie des bilharzioses, des géohelminthiases, de la filariose lymphatique et de la rage ;
- Le renforcement du système d'information sanitaire ;
- La mise en œuvre des capacités requises du pays pour l'application du RSI(2005) ;
- L'amélioration de la qualité du diagnostic et de la prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles ;
- La préparation et la réponse aux urgences sanitaires ;
- Le renforcement des capacités du pays dans l'élaboration de documents normatifs (Note Conceptuelle pour le NFM du Fond Mondial, propositions GAVI...)

5.2. Principale leçon apprise

L'action concertée des partenaires a permis d'améliorer la préparation et la réponse du Niger aux urgences sanitaires et crises humanitaires survenues au cours de l'année 2014.

5.3. Contraintes :

Les principales contraintes au développement du secteur sanitaire restent :

- *la mobilité du personnel, sa mauvaise répartition géographique entre le milieu urbain et rural, l'insuffisance de certaines catégories d'agents de santé et de spécialistes.*
- *Le retard dans le remboursement des frais de la gratuité des soins,*
- *Les ruptures fréquentes de certaines molécules au niveau des centrales d'approvisionnement.*

ANNEXES

Annexe 1 : Priorités stratégiques de la SCP 2009-2015

Priorité stratégique 1 : Améliorer la performance du système de santé, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires

Domaine 1: Renforcement de la gouvernance du Ministère de la santé :

Approche stratégique 1: Plaidoyer et appui technique pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer des politiques, stratégies et plans nationaux de santé complets, fondés sur les soins de santé primaires.

Approche stratégique 2 : Appui technique et financier pour développer, mettre en œuvre et évaluer des stratégies et mécanismes pour un financement équitable de la santé (compte nationaux de santé et leur institutionnalisation, cadres de dépenses à moyens termes, mise en place de la couverture universelle en santé, évaluation politique gratuité soins)

Approche stratégique 3: Plaidoyer et appui technique au pays pour renforcer le cadre partenarial et améliorer la mobilisation de ressources en vue de renforcer le système national de santé.

Domaine 2: Amélioration de la qualité des prestations de soins

Approche stratégique 1: Appui technique à la mise en œuvre du plan stratégique « Assurance Qualité » des soins (généralisation de l'approche qualité de soins expérimentée dans la Région de Tahoua, renforcement de l'approche soins communautaires autour de la case de santé, mise en œuvre et suivi de la politique de gratuité des soins, lutte contre les infections nosocomiales)

Approche stratégique 2: Appui technique, financier et logistique pour le développement de politiques, stratégies et plans, en vue d'assurer la disponibilité de ressources humaines de qualité, équitablement réparties (mise en œuvre et suivi de la politique de développement des ressources humaines et du Plan de Développement des Ressources Humaines 2011-2020, création d'un Observatoire national des RH, appui aux institutions de formation)

Domaine 3: Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments et matériels :

Approche stratégique 1 : Appui technique et plaidoyer pour la mise en place de systèmes d'approvisionnement, de distribution et de contrôle de qualité des médicaments et matériels adaptés.

Approche stratégique 2 : Appui technique et financier pour le renforcement des capacités de l'Autorité nationale de réglementation

Approche stratégique 3 : Appui technique et logistique au laboratoire national de santé publique et d'expertise (LANSPEX)

Domaine 4 : Information sanitaire et recherche

Approche stratégique 1: Appui technique et financier en vue de la mise en œuvre du plan stratégique de développement du système national d'information sanitaire 2013-2022 (renforcement des capacités en matière de production, de contrôle de qualité et d'utilisation des données nationales, appui à la production de l'annuaire statistique, mise en place de l'Observatoire national de santé, suivi et évaluation des OMD liés à la santé)

Approche stratégique 2: Appui technique et plaidoyer en vue de la mise en œuvre du plan stratégique national pour la recherche en santé

Priorité stratégique 2 : Intensifier la lutte contre la maladie et mieux gérer les crises associées aux urgences:

Domaine 1 : Soutenir les efforts du pays en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées au Paludisme, à la Tuberculose et au VIH/sida

Approche stratégique 1: Appui technique et politique en vue de renforcer les services de diagnostic, de traitement et de soins aux PVVIH et de prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH.

Approche stratégique 2: Appui technique et politique en vue d'améliorer le dépistage de la tuberculose, l'extension du traitement DOTS et la gestion de la multi-résistance du BK aux tuberculo-statiques

Approche stratégique 3: Appui technique et politique en vue de renforcer les activités de lutte contre le paludisme (mesures de prévention, diagnostic rapide et traitement des cas, surveillance des cas de résistances, contrôle du vecteur)

Domaine 2 : Soutenir l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions vaccinales efficaces en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies cibles de la vaccination

Approche stratégique 1: Plaidoyer, appui technique et financier pour améliorer les couvertures vaccinales, y compris pour les populations difficiles d'accès, physiquement, économiquement ou culturellement

Approche stratégique 2: Plaidoyer, appui technique et logistique en vue de l'éradication de la poliomyélite

Domaine 3 : Soutenir la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de contrôle et d'éradication des Maladies Tropicales Négligées (MTN).

Approche stratégique 1: Appui technique au pays pour renforcer les capacités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du Plan Directeur national de lutte contre les MTN 2012-2016 (renforcement des capacités des agents de santé en matière de chimiothérapie préventive, directives techniques, enquêtes épidémiologiques, supervision, suivi et évaluation)

Approche stratégique 2: Plaidoyer, appui technique et logistique au pays en vue d'assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments pour la prévention et lutte contre les MTN (approvisionnement en médicaments, contrôle de qualité des médicaments)

Domaine 4 : Soutenir le pays dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies et plans de surveillance et de contrôle des Maladies Non Transmissibles (MNT).

Approche stratégique 1: Plaidoyer et appui technique pour la surveillance des MNT à travers les enquêtes STEPS.

Approche stratégique 2: Appui technique et financier au pays pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du Plan Stratégique National de Lutte contre les MNT 2012-2016.

Domaine 5: Soutenir le pays dans l'élaboration et la mise en œuvre du Plan de Surveillance intégrée de la Maladie et Réponses (SIMR) 2014-2018, en vue de l'application effective du RSI(2005)

Approche stratégique 1: Soutien technique et financier au pays pour le renforcement de la surveillance intégrée (SMIR) au niveau du district.

Approche stratégique 2: Plaidoyer et appui technique au pays pour la mise en œuvre effective des dispositions du RSI (vulgarisation et supervision des normes et standards, renforcement des capacités des acteurs et structures de soutien, surveillance des événements et évaluation des

risques, collecte, analyse et gestion de l'information sanitaire, coordination).

Domaine 6 : Soutenir le pays dans la prévention, la préparation et riposte aux épidémies et la gestion des catastrophes, conformément aux orientations de la Stratégie africaine de gestion de risques liés aux catastrophes

Approche stratégique 1 : Appui technique au pays pour la mise à jour et l'opérationnalisation des plans de préparation et ripostes aux épidémies et autres catastrophes

Approche stratégique 2 : Appui technique au pays pour le renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux, à travers notamment la formation en épidémiologie des agents de santé et le renforcement des laboratoires périphériques

Approche stratégique 3 : Appui technique au pays pour élaborer des politiques et une législation, et pour se doter des capacités nécessaires en vue d'institutionnaliser la gestion des crises et des risques associés aux urgences dans le secteur de la santé

Approche stratégique 4 : Appui technique au pays pour la coordination des interventions sanitaires associées aux urgences et catastrophes

Priorité stratégique 3 : Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant

Domaine 1 : Soutenir le pays dans la mise en œuvre d'interventions à haut impact en vue de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Approche stratégique 1 : Appui technique au pays pour renforcer les capacités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du Plan d'accélération de la Feuille de Route Nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2012-2015 et la Feuille de route de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant 2012-2015

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 des districts et communes

Domaine 2 : Soutenir la mise en œuvre d'initiatives visant à améliorer la survie de l'enfant et la santé des jeunes et adolescents

Approche stratégique 1 : Appui technique et financier pour renforcer les capacités du pays en vue de l'extension de la PCIME y compris au niveau communautaire.

Approche stratégique 2 : Appui technique et financier pour améliorer la couverture vaccinale, y compris à travers l'introduction de nouveaux vaccins et les vaccinations supplémentaires

Approche stratégique 3 : 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.

Priorité stratégique 4 : Promouvoir un environnement favorable à la santé

Domaine 1: Agir sur les déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé y compris les changements climatiques

Approche stratégique 1 : Appuyer la mise en œuvre effective de la Stratégie nationale de promotion de la santé, en vue de la promotion de comportements favorables à la santé (activités physiques, régime alimentaire, lutte contre le tabac, alcool et drogues)

Approche stratégique 2 : Plaidoyer pour une approche multisectorielle dans la promotion de l'hygiène et l'assainissement du milieu (mise en œuvre de la Déclaration de Libreville sur la Santé et

l'Environnement)

Domaine 2: Renforcer la surveillance en matière de sécurité sanitaire des aliments

Approche stratégique 1: Appui technique au pays pour l'élaboration de politiques, stratégies et plans en matière de sécurité sanitaire des aliments

Approche stratégique 2: Appui technique en vue de renforcer les capacités techniques des services de police sanitaire des communes

Annexe2 : Catégorisation du 12^{ème} Programme Général de travail 2014-2019

Catégorisation	Contenu
Catégorie1 :	VIH, tuberculose, paludisme, maladies tropicales négligées, maladies à prévention vaccinale.
Catégorie 2 :	maladies non transmissibles, santé mentale et abus de substances psychoactives, violence et traumatismes, handicaps, nutrition.
Catégorie 3 :	Santé génésique, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (RMNCH) ; vieillissement et santé, déterminants sociaux de la santé, santé et environnement.
Catégorie 4 :	Politiques, stratégies et plans de santé nationaux ; services de santé intégrés centrés sur la personne, accès aux médicaments et aux technologies sanitaires et renforcement des moyens règlementaires, informations et données factuelles sur les systèmes de santé.
Catégorie 5 :	Capacités d'alerte et d'interventions ; maladies à tendance épidémique et pandémique ; gestion des crises et des risques associés aux urgences ; sécurité sanitaire des aliments ; éradication de la poliomyélite ; interventions en cas d'épidémies ou de crises.
Catégorie6 :	leadership et gouvernance ; transparence, responsabilisation et gestion de risque ; planification stratégique, coordination des ressources et établissement de rapports ; gestion et administration ; communication stratégiques

