



Organisation  
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'**Afrique**



# STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2009-2013

# NIGER

# **STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2009-2013**

## **NIGER**

## Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO

### Stratégie de Coopération de l'OMS avec les pays, 2009–2013

#### Niger

1. Planification santé
2. Mise en œuvre plan sanitaire
3. Priorités en santé
4. État sanitaire
5. Coopération internationale
6. Organisation mondiale de la Santé

**ISBN: 978 929 031 1409**

(NLM Classification: WA 540 HN4)

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2009)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : [afrobooks@afro.who.int](mailto:afrobooks@afro.who.int)). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

Imprimé en Inde

# SOMMAIRE

<b>ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>v</b>
<b>PRÉFACE</b> .....	<b>vii</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>ix</b>
<b>SECTION 1 INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>SECTION 2 DÉFIS NATIONAUX LIÉS À LA SANTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT</b> .....	<b>3</b>
2.1 Présentation sommaire du pays .....	3
2.2 Profil sanitaire .....	3
2.3 Défis de santé et de développement .....	6
2.4 Rappel et bilan de la mise en œuvre des axes stratégiques de la SCP .....	9
2.5 Problèmes, défis majeurs et axes de la SCP II .....	9
2.6 Les atouts du système de santé .....	10
<b>SECTION 3 AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS</b> .....	<b>11</b>
3.1 Tendances générales de l'aide .....	11
3.2 Principaux partenaires et domaines d'intervention, dans le secteur de la Santé .....	12
3.3 Mécanismes et instruments de coordination .....	13
<b>SECTION 4 CADRE DE POLITIQUES DE L'OMS : ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES</b> .....	<b>15</b>
4.1 Mission de l'OMS .....	15
4.2 Nouvelles méthodes de travail .....	15
4.3 Orientations stratégiques .....	16
4.4 Fonctions essentielles .....	16
4.5 Priorités mondiales et régionales .....	16
4.6 Rendre l'OMS plus efficace au niveau des pays .....	17
<b>SECTION 5 COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS</b> .....	<b>18</b>
5.1 Bureau de pays .....	18
5.2 Appui du Siège, du Bureau régional de l'OMS et de l'Équipe inter pays ..	20
5.3 Forces, faiblesses, opportunités et menaces de la coopération OMS au niveau du pays .....	21
<b>SECTION 6 PROGRAMME STRATÉGIQUE: PRIORITÉS RETENUES POUR LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE PAYS</b> .....	<b>22</b>
6.1 Réorientation de l'appui de l'OMS .....	22
6.2 Objectif .....	22
6.3 Composantes de l'agenda stratégique .....	23
<b>SECTION 7 MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME STRATÉGIQUE</b> .....	<b>31</b>
7.1 Bureau OMS Niger .....	31
7.2 Bureau régional et Siège .....	32
<b>SECTION 8 SUIVI ET ÉVALUATION</b> .....	<b>33</b>
<b>SECTION 9 CONCLUSION</b> .....	<b>34</b>

<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>35</b>
--	-----------

**ANNEXES**

ANNEXE 1 : ANALYSE DE L'ÉCART .....	36
AXE STRATEGIQUE 2 : LUTTE CONTRE LA MALADIE .....	37
AXE STRATEGIQUE 3 : SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT .....	39
AXE STRATEGIQUE 4 : SANTÉ ET ENVIRONNEMENT .....	39

# ABRÉVIATIONS

<b>BM</b>	:	Banque mondiale
<b>BP</b>	:	Budget-programme
<b>CCM</b>	:	Country coordination mechanism
<b>CERMES</b>	:	Centre de recherches médicales et sanitaires
<b>CSI</b>	:	Centre de santé intégré
<b>DTC</b>	:	Diphtérie tétanos coqueluche
<b>EDSN -MICS</b>	:	Enquête démographique de santé et à indicateurs multiples
<b>EPA</b>	:	Etablissement public à caractère administratif
<b>FAO</b>	:	Organisation des Nations Unies pour l'agriculture et l'alimentation
<b>FMI</b>	:	Fonds monétaire international
<b>GAVI</b>	:	Global alliance for vaccines and immunizations
<b>HHA</b>	:	Harmonization for health in Africa
<b>HKI</b>	:	Helen Keller international
<b>IADM</b>	:	Initiative d'allègement de la dette multilatérale
<b>IDH</b>	:	Indice de développement humain
<b>IHP+</b>	:	International partnership for health and connexe initiatives
<b>IPPTE</b>	:	Initiative des pays pauvres très endettés
<b>JICA</b>	:	Japanese international corporation agency
<b>MDO</b>	:	Maladies à déclaration obligatoire
<b>MSP</b>	:	Ministère de la Santé publique
<b>OMS</b>	:	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	:	Organisation non gouvernementale
<b>ONUSIDA</b>	:	Programme commun des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/sida
<b>PAM</b>	:	Programme alimentaire mondial
<b>PCIME</b>	:	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
<b>PEV</b>	:	Programme élargi de vaccination
<b>PIB</b>	:	Produit intérieur brut
<b>PDS</b>	:	Plan de développement sanitaire
<b>PDT</b>	:	Plan de travail
<b>PNUD</b>	:	Programme des nations unies pour le développement
<b>PPTE</b>	:	Pays pauvres très endettés
<b>PVVIH</b>	:	Personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
<b>QUIBB</b>	:	Questionnaire des indicateurs de base du bien-être
<b>RBM</b>	:	Roll back malaria (Faire reculer le paludisme)

<b>SCP</b>	:	Stratégie de coopération avec les pays
<b>SP/SRP</b>	:	Secrétariat permanent de la Stratégie de réduction de la pauvreté
<b>SIDA</b>	:	Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>SIMR</b>	:	Surveillance intégrée des maladies et riposte
<b>SDRP</b>	:	Stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté
<b>UNDAF</b>	:	Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
<b>UNFPA</b>	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>UNICEF</b>	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>USD</b>	:	Dollars américains
<b>VIH</b>	:	Virus de l'immunodéficience humaine

# PRÉFACE

La stratégie de coopération de l'OMS avec les pays (SCP) cristallise l'essentiel des réformes adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé en vue de renforcer son action au sein des pays. Elle a impulsé une orientation qualitative décisive aux modalités d'intervention de coordination et de plaidoyer de notre institution dans la Région africaine. Actuellement bien établie comme outil de planification à moyen terme de l'OMS au niveau des pays, la stratégie de coopération vise plus de pertinence et de focalisation en détermination de priorités, plus d'efficacité dans la réalisation des objectifs et une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources affectées à l'action de l'OMS dans les pays.

La première génération de documents de stratégie de coopération avec les pays a été établie à travers un processus participatif qui a mobilisé les trois niveaux de l'Organisation, les pays et leurs partenaires. Pour la majorité des pays, la période biennale 2004-2005 a constitué le point crucial de recentrage de l'action de l'OMS. Il a permis aux pays de mieux planifier leurs interventions suivant une approche basée sur les résultats et un processus gestionnaire amélioré favorisant la prise en compte de leurs besoins réels par les trois niveaux de l'Organisation.

Tirant leçon de la mise en œuvre des SCP de première génération, les documents de SCP de seconde génération en harmonie avec le 11<sup>ème</sup> Programme général de Travail de l'OMS et le Cadre stratégique à moyen terme, prennent en compte les priorités sanitaires des pays définies dans les plans nationaux de développement sanitaire et les plans sectoriels de lutte contre la pauvreté. Les SCP s'inscrivent aussi dans le nouveau contexte global de la santé et intègrent les principes d'alignement, d'harmonisation, d'efficacité tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans les récentes initiatives telles que « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et « Partenariat international pour la Santé-Plus » (IHP+). Ils reflètent aussi la politique de la décentralisation opérée et qui renforce la capacité de prise de décision par les pays pour une meilleure qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Enfin, les documents de SCP de deuxième génération sont en synchronisation avec le Cadre d'Assistance et de Développement des Nations Unies (UNDAF) en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Je salue le leadership efficace et efficient assuré par les pays dans la conduite de cet important exercice de formulation des documents de stratégie de coopération de l'OMS avec les pays et demande à tout le personnel de l'OMS, en particulier aux Représentants de l'OMS et aux Directeurs de divisions, de redoubler d'efforts pour garantir une mise en œuvre effective des orientations de la Stratégie de Coopération avec les Pays en vue de meilleurs résultats sanitaires au bénéfice des populations africaines.



Dr Luis G. Sambo  
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique



# RÉSUMÉ

La présente stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger, a été élaborée en consultation avec le ministère de la Santé et les principaux acteurs nationaux et internationaux présents dans le secteur de la Santé. Elle se fonde sur une analyse de la situation du pays en général, et du secteur de la santé, en particulier. Elle prend en compte les interventions des partenaires ainsi que les programmes de coopération en cours, entre le Niger et l'OMS, pour une meilleure harmonisation. Elle s'inspire notamment, des orientations contenues dans la Stratégie institutionnelle de l'OMS, du Onzième programme général de travail 2006-2015 et du Plan stratégique à moyen terme, 2008-2013. Elle procède aussi des principes et valeurs de la Déclaration du Millénaire, de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide ainsi que de la déclaration d'Accra, de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé dans la Région africaine de l'OMS.

Elle est alignée sur les documents de la SDRP, du Plan de développement sanitaire (PDS), de l'UNDAF et d'autres documents de stratégies régionales et sous régionales. Elle prend aussi en compte les initiatives d'harmonisation des interventions en matière de santé HHA et IHP+, prônant le renforcement du partenariat en faveur de la santé, pour une plus grande efficacité des interventions dans le secteur de la santé. À travers cette stratégie, l'OMS entend mettre en œuvre des actions prioritaires, guidées par ses six fonctions essentielles et sur la base de ses avantages comparatifs.

La Stratégie de coopération avec le Niger pour la période 2009-2013, a défini les quatre axes stratégiques suivants :

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

Les objectifs prioritaires de la SCP2 consistent d'une part, à contribuer à l'amélioration de la performance du système de santé à tous les niveaux, et d'autre part, à stimuler et encourager le partenariat et la mobilisation des ressources.

Pour atteindre ces objectifs, les principales approches de la SCP2 seront centrées sur l'appui au développement des ressources humaines, au plaidoyer, à la communication pour un changement de comportement et à la coordination des interventions des différents partenaires du MSP, ainsi que le soutien à la planification, à la mise en œuvre, à l'élaboration, au suivi et à évaluation des politiques et des programmes.

La mise en œuvre de cette stratégie de coopération de deuxième génération, se fera à travers l'élaboration et l'exécution des plans biennaux de travail. Elle nécessitera l'engagement et la mobilisation à tous les niveaux de l'Organisation : bureau de pays, équipe inter pays, Bureau régional et Siège. Les mécanismes de suivi et d'évaluation des programmes tiendront compte des mécanismes propres de l'OMS et de ceux en vigueur au MSP.

# SECTION 1

## INTRODUCTION

La Stratégie de coopération de l'OMS (SCP) avec le Niger, couvrant la période 2009-2013, répond au contexte de la mise en œuvre de la Stratégie de développement accéléré et de la réduction de la pauvreté (SDRP) 2008-2012, adoptée en 2007, par le gouvernement nigérien, afin de mieux faire face aux nombreux défis de développement auxquels le pays est confronté.

En 2004, le Bureau OMS du pays avait élaboré et mis en œuvre une stratégie de coopération avec le Niger, pour la période 2004-2007 (SCPI). La revue de cette SCP de première génération, a été réalisée. Les résultats de cette revue ont été pris en compte dans l'élaboration de la présente stratégie. Cette dernière se base sur une analyse de la situation qui tient compte des défis majeurs auxquels le Niger est confronté dans le secteur de la santé. Elle a tenu compte des orientations stratégiques nationales et régionales ainsi que des avantages comparatifs de l'OMS. La SCP II va comporter quatre axes stratégiques par rapport à la SCPI.

L'introduction de l'axe stratégique relatif à la santé de la mère et de l'enfant dans la SCP II, se justifie par la priorité accordée à la santé de la reproduction par les autorités sanitaires, se traduisant par la place importante que ce volet occupe dans le Plan de développement sanitaire du pays, pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile juvénile.

Les quatre axes stratégiques retenus pour la période couvrant 2009 à 2013, sont :

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

Un plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) couvrant la période 2009-2013, a été élaboré et constitue la réponse collective et intégrée, du Système des Nations Unies aux priorités nationales définies dans la Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la pauvreté (SDRP) 2008-2012, pour accompagner le Gouvernement. La SDRP a fait l'objet de consensus de tous les acteurs et partenaires, et prend en compte les objectifs du Millénaire pour le développement.

La présente stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger, a été élaborée en consultation avec le ministère de la Santé et les principaux acteurs nationaux et internationaux présents dans le secteur de la Santé. Elle se fonde sur une analyse de la situation du pays en général, et du secteur de la santé en particulier, et tient compte du plan de développement sanitaire (PDS). Elle prend en compte les interventions des partenaires ainsi que les programmes de coopération en cours, entre le Niger et l'OMS, pour une meilleure harmonisation. Elle s'inspire notamment, des orientations contenues dans la Stratégie institutionnelle de l'OMS, du Onzième programme général de travail 2006-2015, et du Plan stratégique à moyen terme, 2008-2013.

Elle procède aussi des principes et valeurs de la Déclaration du Millénaire, de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, de la Déclaration d'Accra, ainsi que de la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé, dans la Région africaine de l'OMS. Elle prend aussi en compte les initiatives d'harmonisation des interventions en matière de santé HHA et IHP+, prônant le renforcement du partenariat en faveur de la santé, pour une plus grande efficacité des interventions dans le secteur de la santé.

La Stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger, servira à l'Organisation pour l'élaboration des budget-programmes biennaux et des plans de travail annuels dans un contexte de lutte contre la pauvreté. Elle décrit les axes stratégiques de l'action de l'OMS au Niger, le cadre de coopération technique en précisant les principaux domaines prioritaires d'intervention pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du Programme de coopération avec le pays.

Cette stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger, est structurée autour des éléments suivants :

- Les défis nationaux liés à la santé et au développement ;
- La situation de l'aide au développement et les partenariats ;
- Le cadre stratégique de l'OMS : orientations globales et régionales ;
- La coopération actuelle de l'OMS avec le pays ;
- Le programme stratégique : les priorités retenues pour la coopération de l'OMS avec le Niger ;
- La mise en œuvre du programme stratégique.

## SECTION 2

# DÉFIS NATIONAUX LIÉS À LA SANTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT

### 2.1 PRÉSENTATION SOMMAIRE DU PAYS

Le Niger, pays du sahel, s'étend sur 1 267 000 km<sup>2</sup>. Il est situé dans la partie Nord Est de l'Afrique occidentale. Sa population est estimée à 14 825 071 d'habitants en 2009, dont 70 % vit avec moins de 1 USD/jour. Il occupe le 174<sup>e</sup> rang sur 177 au classement établi selon l'indice du développement humain, dans le rapport du PNUD, sur le développement humain, 2007/2008.

La population, qui s'accroît au rythme de 3,3 % l'an, avec un indice synthétique de fécondité de 7,5 enfants, dépend d'une agriculture de subsistance qui couvre 30 % des besoins.

Les indicateurs de santé sont en dessous des normes minimales internationales en raison entre autres, du faible niveau d'éducation, de la pauvreté, de la malnutrition, de l'accès limité à l'eau potable et à l'assainissement de base.

La population est essentiellement jeune, 49,5% ont moins de 15 ans. Les femmes représentent 50,1% de l'ensemble, cependant elles sont faiblement scolarisées et sous représentées dans les instances de décision, l'emploi et l'accès aux services de santé.

La situation économique est caractérisée par un faible taux de croissance qui se situe autour de 4,2 %, en 2008. Le pays a bénéficié en 2005, de l'annulation d'une partie de sa dette extérieure. La décentralisation initiée en 2004, donne des compétences aux collectivités territoriales, dans certains domaines dont celui de la santé.

### 2.2 PROFIL SANITAIRE

Le système de santé reste peu performant : ressources humaines insuffisantes et inégalement réparties. La couverture sanitaire est très insuffisante. Seulement 1/3 de la population a accès aux soins de santé. La majorité de la population recourt à la médecine traditionnelle.

On compte actuellement, 3 médecins généralistes et 11 infirmières pour 100 000 habitants, et on note une carence en médecins spécialistes.

Ces statistiques sont en dessous des normes de l'OMS (voir tableau comparatif ci bas). En outre, ces données masquent de fortes disparités régionales d'une part, et des zones urbaines et rurales d'autre part.

**Tableau n°1: Situation du personnel de la santé du secteur<sup>1</sup> public, par catégorie, en comparaison avec les normes de l'OMS :**

Catégorie	Effectif actuel	Besoins selon normes OMS	Ecart	Normes OMS	Situation actuelle
Médecins	215	1 190	1304	1 pour 10.000	1 pour 60 674
Pharmaciens	26	652	626	1 pour 20.000	1 pour 501 529
Dentistes	15	260	245	1 pour 50.000	1 pour 869 664
Infirmiers	1 878	2 608	730	1 pour 5.000	1 pour 6 943
Sages-femmes	438	574	136	1 pour 5.000	1 pour 6 448 Femmes en âge de procréer (FAP)

**Source:** MSP, Annuaire des statistiques sanitaires 2008.

Le Niger a adopté une Politique nationale de Santé qui définit les orientations stratégiques pour le développement sanitaire, couvrant la période 2002-2011. Il a élaboré et mis en œuvre un Plan de développement sanitaire (PDS), 2005-2010.

La décentralisation, la contractualisation des services, la participation communautaire et le renforcement des ressources humaines sont les piliers majeurs de ce PDS. Le processus de planification stratégique et opérationnelle pour leur mise en œuvre, se fait à travers des plans opérationnels : plans de développement sanitaire des districts et des régions et plans annuels d'action. Il implique tous les acteurs et partenaires du secteur.

Le renforcement de l'administration et la bonne gouvernance du ministère de la Santé publique constituent une pierre angulaire de la mise en œuvre efficace et efficiente, de la Déclaration de Paris et d'Accra. En effet, le leadership du gouvernement à travers le ministère de la santé, est un impératif majeur à la mise en œuvre de la Déclaration de Paris. La bonne gestion des ressources disponibles (humaines, matérielles et financières), est un gage d'efficacité et de motivation pour les partenaires du secteur de la santé. La capacité d'absorption des ressources financières et leur utilisation adéquate, renforcent la confiance des partenaires pour leur adhésion au SWAP et au panier commun. Il s'avère donc indispensable pour le ministère, de renforcer sa capacité institutionnelle et son rôle de leadership.

### 2.2.1 État de santé des populations

L'état de santé de la population est caractérisé par la faiblesse de la plupart des indicateurs de santé : une forte mortalité infanto-juvénile (mortalité infantile à 81/1000; 198/1000 chez les moins de cinq ans), une mortalité maternelle élevée (648 /1000 naissances vivantes). Celle des enfants de moins de 5 ans est de 198 pour 1.000<sup>1</sup> et varie considérablement entre milieux urbain et rural. Une morbidité et une mortalité élevées liées au paludisme, aux infections respiratoires aigues, aux maladies diarrhéiques, à la méningite etc.

La malnutrition, le manque d'hygiène et l'insalubrité du milieu constituent les principaux facteurs aggravants de cet état de santé.

### 2.2.2 Profil épidémiologique

Le faciès épidémiologique du pays est très complexe et comprend, tant les maladies transmissibles que non transmissibles ainsi que les maladies tropicales négligées.

<sup>1</sup> EDSN-MICS III, 2006.

Le paludisme, première cause de mortalité et de morbidité tous âges confondus, domine ce paysage épidémiologique, avec une moyenne de 850 000 cas par an (les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes étant les plus touchés). Le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées est de 11 %, chez la femme enceinte et 15 %, chez l'enfant de moins de 5 ans (Enquête CDC d'Atlanta, février 2006).

Les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition et les épidémies récurrentes de méningite et de choléra constituent les principales causes de morbidité et de mortalité surtout, chez les enfants de moins de 5 ans.

La sous-nutrition, exacerbée par la crise alimentaire de 2005, sévit de manière endémique en particulier, chez les enfants de moins de cinq ans, avec 44,4% de sous nutrition chronique et 10,3% de sous-nutrition aiguë, chiffres bien au delà des normes admises par l'OMS.

En outre, la poliomyélite, le tétanos maternel et néonatal, l'hypertension artérielle (HTA), le diabète, le cancer, la drépanocytose, l'obésité, le tabagisme et les maladies mentales constituent également des éléments de ce paysage.

La séroprévalence du VIH/sida est estimée à 0,7 % (EDSN-MICS III 2006), dans la population adulte (15-49 ans), 25,6 % chez les professionnelles du sexe et 3,6 % chez les militaires. Aussi, une propagation rapide de l'infection est-elle à redouter.

La tuberculose a une incidence de 1,5 pour 1.000 et un risque annuel d'infection variant de 2 à 3%. On note un faible taux de dépistage (58%) et un taux élevé d'abandons du traitement (16%) ainsi qu'un approvisionnement irrégulier en médicaments tuberculostatiques et réactifs.

Les maladies à potentiel épidémique notamment, les méningites à méningocoques, apparaissent régulièrement, de même que le choléra qui menace environ 83% de la population. Les premières épidémies de shigelloses sont apparues en 2000. On observe, ces deux dernières années, une baisse spectaculaire de l'incidence de la rougeole, suite à l'amélioration de la couverture vaccinale. De même pour le ver de guinée : seulement 3 cas ont été notifiés dont 1 cas importé, en 2008. La fièvre jaune menace à cause d'une couverture vaccinale faible (43 %) et la grippe aviaire constitue une menace avec l'enregistrement de deux foyers de forme animale en 2006, de même que la pandémie de grippe A (H1N1).

### **2.2.3 Santé de la mère et de l'enfant**

La mortalité maternelle reste élevée, comme précédemment mentionné. Elle est liée à l'insuffisance du suivi prénatal (40%), au faible taux d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié (environ 20%), la faible prévalence contraceptive (5%) et aux risques liés aux mariages précoces, les grossesses répétées et rapprochées (indice synthétique de fécondité de 7,1), l'anémie (61 % des femmes enceintes), souvent conséquence de la malnutrition, du paludisme et des vers intestinaux, du diabète et de l'hypertension.

Seulement 5 % des besoins en soins obstétricaux sont couverts par les services de santé. Il faut noter aussi le problème des comportements sexuels à risque et des avortements clandestins, chez l'adolescent. La situation sanitaire de l'enfant se caractérise par la forte dominance des affections telles que le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition et les traumatismes.

Les activités dévolues à la santé de la mère et de l'enfant occupent une place très importante dans le PDS, 2005-2010. C'est dans ce cadre qu'a été élaborée la « Feuille de

route nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale », axée sur quatre objectifs spécifiques, qui sont : les soins obstétricaux et néonataux essentiels (SONE) de qualité, dans toutes les formations sanitaires publiques et privées ; les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) de qualité, dans les 146 CSI type II ; les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet (SONUC) de qualité, dans 70% des hôpitaux de district, et promotion des soins obstétricaux et néonataux afin d'amener 80% des femmes enceintes à y avoir recours.

#### **2.2.4 Promotion d'un environnement favorable à la santé**

Les facteurs individuels et environnementaux qui ont une influence significative sur la Santé publique, sont nombreux. La persistance de comportements non favorables à la santé, demeure encore l'un des principaux facteurs qui compromettent la lutte contre la maladie. Le contexte généralisé de pauvreté, le faible taux d'alphabétisation de la population en général, et des femmes en particulier, l'insuffisance de sensibilisation en matière de promotion de la santé, constituent des obstacles à un environnement favorable à la santé.

Cependant, une amélioration notable a été observée surtout, en ce qui concerne l'accès à l'eau potable (71,2% en milieu urbain, contre 62,1% en milieu rural, selon le rapport 2007 du Ministère de l'Hydraulique (MH). L'accès aux latrines hygiéniques reste encore à améliorer, et l'influence des changements climatiques sur l'environnement est très perceptible ; et des changements ont été observés dans la variation des zones d'endémicité au paludisme et à la méningite.

La fréquence des maladies liées à la contamination de la chaîne alimentaire est encore mal connue et le suivi de la qualité et de l'hygiène des aliments demeure encore insuffisant malgré la création de la Police sanitaire, une instance nationale chargée de l'hygiène et de la sécurité sanitaire des aliments. Dans ce cadre, l'OMS, a apporté un appui technique et financier au MSP pour réaliser en 2006, une étude sur la sécurité sanitaire des aliments et l'élaboration d'un programme.

#### **2.2.5 Situation d'urgence**

Le pays est régulièrement confronté à des situations d'urgence et de catastrophes naturelles telles que la sécheresse, les inondations, les crises nutritionnelles, les épidémies notamment, de choléra, de méningite et de grippe aviaire.

A cet effet, l'OMS a appuyé le Ministère de la Santé Publique, dans la mise en œuvre de son plan national de préparation et de réponse aux urgences sanitaires 2005-2009 (catastrophes naturelles, épidémies, maladies émergentes, etc.). De même, un plaidoyer soutenu a été mené pour la mobilisation des ressources requises et la riposte. Au vu de la nouvelle menace de pandémie de grippe humaine A(H1N1), il s'avère important de continuer le renforcement des capacités nationales de gestion des épidémies et des catastrophes.

## **2.3 DÉFIS DE SANTÉ ET DE DÉVELOPPEMENT**

### **2.3.1 Politique de santé et orientations stratégiques**

En 2002, le gouvernement a adopté une nouvelle Politique de Santé et défini des orientations stratégiques pour le développement sanitaire de la première décennie du 21<sup>ème</sup> siècle (2002-2011).

En 2005, un Plan national de développement sanitaire (PDS) 2005-2010, a été adopté. La Stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté (SDRP) 2008-2012, inspirée des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), a pris en compte les défis identifiés dans le PDS 2005-2010.

Les principaux défis du système de santé sont :

- Rendre fonctionnelles les structures de santé existantes et augmenter leurs utilisations ;
- Mettre en place un système efficient de répartition du personnel et former un personnel qualifié ;
- Améliorer la mobilisation des ressources et augmenter sa capacité d'absorption des financements ;
- Utiliser à l'échelle les interventions reconnues efficaces, dans la lutte contre les maladies et prendre en compte la santé de la reproduction ;
- Améliorer l'accessibilité géographique et financière, et promouvoir la qualité de soins materno-infantile ;
- Impliquer de manière effective, la communauté et renforcer l'information sanitaire ainsi que la promotion d'un environnement favorable à la santé ;
- Renforcer les capacités de gestions des urgences et des catastrophes, et aussi renforcer la sécurité sanitaire des aliments ;
- Promouvoir la recherche en santé et veiller à la diffusion et à l'utilisation des résultats.

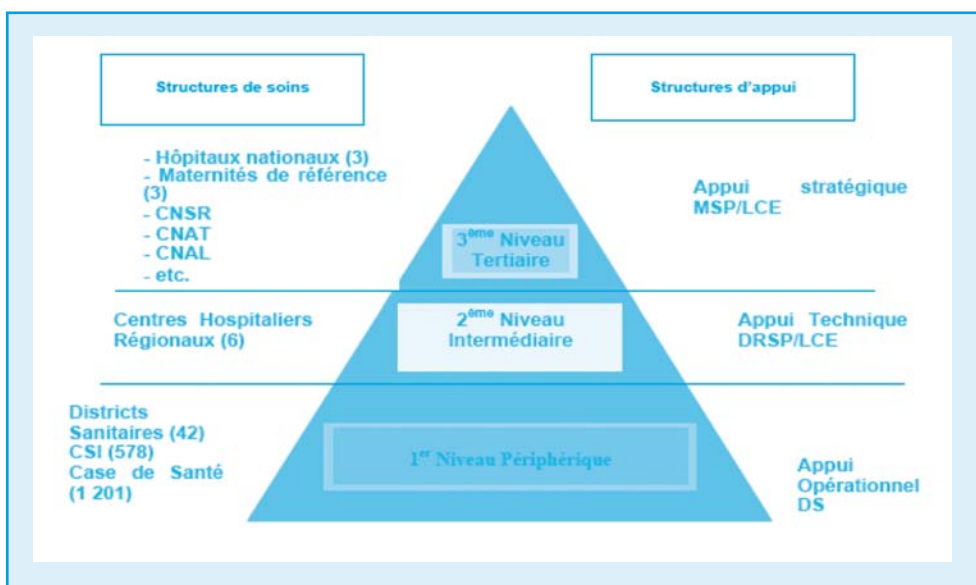
Pour répondre à ces défis, le MSP propose les orientations suivantes : améliorer l'offre et la demande ainsi que la qualité des services, réduire la morbidité et la mortalité liées aux principales maladies, créer un environnement favorable à la santé, promouvoir l'IEC et le CCC, poursuivre la déconcentration des services de santé, accroître la disponibilité des ressources et améliorer l'accès et la qualité des services de santé du couple mère-enfant.

### **2.3.2 Organisation et gestion du système national de santé**

Le système de santé comprend trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

- **un niveau central** : Cabinet du Ministre et Directions centrales;
- **un niveau intermédiaire** : responsable de l'appui technique ; il est composé des Directions régionales de la Santé publique (7 DRSP + DRSP/Communauté urbaine de Niamey) ;
- **Un niveau périphérique** : correspondant au niveau opérationnel composé de 42 Districts Sanitaires.

## Pyramide sanitaire



Toutefois, au plan périphérique, les structures souffrent d'importants dysfonctionnements (insuffisance de personnel, de formation, de matériel, etc.).

Les services de santé des armées comptent 15 infirmeries de garnison. Les centres médico-sociaux relevant de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) sont au nombre de huit. Le secteur privé compte près de 200 établissements de soins et 5 hôpitaux privés dont 2 confessionnels. À cet ensemble, il faut ajouter 12 centrales d'approvisionnement et 82 pharmacies privées.

En outre, il existe une trentaine d'infirmeries d'entreprises implantées dans tout le pays dont la majorité dans la capitale.

De nombreuses (une soixantaine) ONG sont présentes, regroupées au sein de ROASSEN (Réseau des ONG et Associations du Secteur de la Santé au Niger).

Enfin, l'organigramme du ministère de la Santé publique nigérien prend aussi en compte, les intervenants de la médecine traditionnelle, qui représentent souvent la seule alternative possible pour des raisons économiques mais aussi l'accessibilité géographique.

### 2.3.3 Système d'information sanitaire

L'évaluation du système national de surveillance épidémiologique en 2005, a montré des forces mais aussi des lacunes dans les compétences des agents de santé, en épidémiologie et dans les capacités des laboratoires à accompagner la surveillance épidémiologique. Des actions sont en cours pour corriger ces insuffisances.

### 2.3.4 Médicaments

Plus de 70% de la demande vient des pays étrangers. Malgré l'existence de deux réseaux d'approvisionnement et de distribution public (ONPPC) et privé (12 centrales d'achat), les formations sanitaires publiques connaissent fréquemment des ruptures de stocks de

médicaments. Suite à l'évaluation de la politique pharmaceutique nationale faite en 2006, le plan directeur pharmaceutique a déjà été révisé.

### **2.3.5 Laboratoire**

La Politique nationale des laboratoires élaborée en l'an 2000, montre le rôle moteur des laboratoires d'analyse médicale dans le diagnostic, la surveillance épidémiologique et la prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles. L'analyse de la situation du secteur de la biologie et en particulier, celui du laboratoire, révèle qu'il existe dans ce domaine, d'énormes problèmes tant, du point de vue de son organisation que de son fonctionnement.

### **2.3.6 Financement de la santé**

Le financement de la santé dépend essentiellement de ressources externes. Entre 1994 et 2004, l'État a alloué en moyenne, 6 % de son budget à la santé et en 2004, l'apport de l'aide extérieure représentait 27,48 % de la dépense globale de santé, environ 26 millions de \$, soit 71 % du financement public de la santé (rapport provisoire des Comptes nationaux de la Santé 2004, Plan de Développement sanitaire -PDS - 2005-2009).

En termes de dépense par habitant, l'effort consenti reste encore faible : 7,82 \$ en 2004. La participation communautaire se heurte à plusieurs obstacles dont entre autres, l'insuffisance d'information et de formation, la gestion peu transparente et l'absence de prise en charge des indigents. Les mutuelles de santé sont encore à l'état embryonnaire et l'assurance maladie privée couvre moins d'un pour cent de la population.

## **2.4 RAPPEL ET BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DES AXES STRATÉGIQUES DE LA SCP I**

Trois axes stratégiques avaient été identifiés :

- L'amélioration de la performance du système de santé ;
- La lutte contre la maladie et la gestion des urgences et des catastrophes ;
- La santé et l'environnement.

Le bilan de l'évaluation de la SCP I a montré que les priorités de l'OMS sont alignées sur celles du MSP. Voir les résultats stratifiés selon les axes en annexe I.

## **2.5 PROBLÈMES, DÉFIS MAJEURS ET AXES DE LA SCP II**

En fonction des 4 axes stratégiques déjà définis dans l'introduction de ce document, La SCP II doit relever les défis suivants :

- Renforcer les capacités institutionnelles et le leadership du ministère de la santé ;
- Prendre en compte la SR dans toutes ses composantes, par le PDS ;
- Rendre disponible le Plan de développement des ressources humaines ;
- Mobiliser des ressources internes et externes pour la mise en œuvre du PDS ;
- Augmenter l'utilisation et l'accès des services de santé notamment, pour les populations les plus défavorisées, par le développement des soins de santé primaires ;

- Améliorer le système d'approvisionnement en médicaments et de pharmacovigilance ;
- Développer un plan national de communication du ministère de la santé ;
- Développer des stratégies de réponses aux épidémies et aux situations d'urgence y compris, l'application effective du RSI ;
- Renforcer le processus d'éradication de la poliomyélite et de la dracunculose, d'élimination du tétanos maternel et néonatal et de la lèpre, celui du contrôle des maladies transmissibles majeures telles que la rougeole et la fièvre jaune ;
- Mettre en place des stratégies de santé/environnement prenant en compte les changements climatiques ;
- Favoriser la participation communautaire et la bonne gouvernance ;
- Renforcer le système d'information sanitaire et la recherche en santé ;
- Développer des partenariats et la coordination des intervenants dans le secteur de la santé.

## 2.6 LES ATOUTS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Pour relever ces différents défis, le système de santé dispose des atouts sur lesquels l'OMS va s'appuyer et qui sont :

- L'existence d'une politique sanitaire, avec des orientations stratégiques clairement définies, et un plan de développement sanitaire et son guide de suivi-évaluation ;
- L'existence de normes en matière d'infrastructures, d'équipement, et de personnel ;
- L'existence d'un système de surveillance épidémiologique fonctionnel, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- La mise en place d'une pyramide sanitaire axée sur la déconcentration des services et l'offre du PMA;
- L'existence de nombreux textes législatifs et réglementaires ;
- L'existence d'écoles de formation en santé, pour paramédicaux, médecins, spécialistes en chirurgie et gynéco obstétrique ;
- L'intérêt de nombreux partenaires pour le secteur, et émergence d'ONG et d'associations intervenant dans le domaine ;
- L'existence d'un cadre de concertation entre les différents partenaires ;
- L'implication des communautés pour le recouvrement des coûts ;
- L'amélioration de la couverture physique et de l'accès aux services de santé ainsi que la mise en place de la gratuité de certaines prestations pour les couches vulnérables ;
- La mise à niveau des plateaux techniques dans 24 hôpitaux de district sur les 42 que compte le pays.

## SECTION 3

# AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS

### 3.1 TENDANCES GÉNÉRALES DE L'AIDE

Les actions sanitaires sont réalisées d'une part, avec les ressources nationales propres et d'autre part, avec l'assistance au développement. Le tableau ci-dessous, indique la répartition du financement par source des principaux partenaires du secteur, en 2004.

**Tableau n°3 : Répartition par source de financement de la santé, par la coopération internationale (millions de F CFA) année 2004) :**

Pays/Institutions	Appui au fonctionnement	Appui à l'investissement	Assistance Technique	TOTAL	%
Coopération bilatérale	1 308	1 629	248	3 185	24,34
Japon	85	96		181	5,69
France	217			217	6,82
Belgique	596	1 346		1 942	60,97
Canada	72	38		111	3,47
Luxembourg	337	149	248	734	23,04
Coopération multilatérale	6 087	1 055	498	7 640	58,37
Union européenne	252	311	325	888	11,62
OMS	1 277	447	173	1 897	24,83
UNFPA	1 372			1 372	17,96
UNICEF	3 185	56		3 241	42,42
Banque mondiale		242		242	3,17
ONG internationales	1 804	459		2 263	17,29
AMA	38	25		62	2,76
HKI	400	95		495	21,87
Plan Niger	193	169		361	15,97
Rotary	209			209	9,24
ITI	409	87		497	21,94
Global 2000	322			322	14,24%
World Vision	88	8		96	4,22%
SIM	145	75		221	9,76%
<b>Total</b>	<b>9 199</b>	<b>3 144</b>	<b>746</b>	<b>13 088</b>	<b>100,00%</b>

## 3.2 PRINCIPAUX PARTENAIRES ET DOMAINES D'INTERVENTION, DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

En 2004, le financement de la coopération internationale au profit de la santé, provient plus de la coopération multilatérale (58,37%) que de la coopération bilatérale (24,34%) et des ONG internationales (17,29%). Les interventions sont surtout axées sur les ressources humaines, les médicaments et les vaccins, les capacités gestionnaires, le développement de la couverture sanitaire, la qualité des soins, la lutte contre les maladies, la santé de la reproduction, le suivi évaluation ainsi que la promotion de la santé.

Le tableau suivant indique l'évolution des principales sources du financement du secteur de la santé, entre 2005 et 2006.

**Tableau n°4: Dépense publique de santé par source de financement (Revue dépense publique 2006)**

Sources de financement	2005	%	2006	%
Etat	16 506 734 197	30,32%	24 323 795 715	8,99%
PTF	36 942 276 448	67,87%	37 778 689 701	0,55%
ONG nationales	85 178 257	0,16%	256 319 546	0,41%
Collectivités locales	76 287 480	0,14%	32 021 512	0,05%
<b>Total</b>	<b>53 610 476 382</b>	<b>100,00%</b>	<b>62 390 826 474</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau n°5: Carte des donateurs et partenaires de la Santé :**

Intervenant	Période couverte	Montant	Domaine d'intervention	Zone d'intervention
Agence française de développement	2005-2010	15 000 000 euro	Mise en œuvre du PDS	National
Coopération technique belge	2005-2010	23 500 000 USD	Mise en œuvre du PDS	National et régions Niamey et Dosso
Coopération française	-	19 200 000 USD	Appui technique et financier	CERMES et District Niamey II
Agence japonaise de coopération internationale	-	-		National et régions de Dosso, Tillabéri et Zinder
Agence américaine pour le développement international	2009-2011	-	Appui à la lutte contre la dracunculose ; appui à la lutte contre la poliomyélite (JNV polio et PEV) au niveau, appui à la lutte contre le paludisme, le VIH/sida et la promotion de l'hygiène/assainissement	National
Coopération canadienne	2008-2010	882 000 USD	appui à la lutte contre la grippe aviaire et le VIH/sida	National
Coopération luxembourgeoise	2009-2013	414000 USD	appui à la surveillance épidémiologique et la lutte contre le VIH/sida	National
PNUD	2009-2013	56 000 000 USD	appui à la lutte contre le VIH/sida, appui au développement de politiques et stratégies	National
UNICEF	2009-2013	22 000 000 USD	Appui à la lutte contre le VIH/Sida et la promotion de l'hygiène/assainissement	National et régions de Maradi, Zinder, Tahoua et Agadez

UNFPA	2009-2013	26 800 000 USD	Appui à la santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents, maternité à moindre risque, population, genre	National et régions Agadez et Zinder
Banque mondiale	2009-2013	60 000 000 UDS	Appui à la mise en œuvre du PDS et à la lutte contre le VIH/sida et la grippe aviaire	National
Union européenne	2005-2010	1 700 000 USD	appui à la santé de la reproduction, aux urgences sanitaires, lutte contre la maladie et suivi des OMD	National
Banque africaine de développement	2006-2007	38 840 000 USD	appui à la mise en œuvre du PDS et à la lutte contre la grippe aviaire	National et régions Tillabéri et Tahoua
Hellen Keller International			Appui à la lutte intégrée contre la malnutrition et la lutte contre la cécité survie de l'enfant (TRO, supplémentation micronutriments, allaitement maternel, paludisme)	Régions de Diffa et Dosso Niveau national
Care international			appui à la lutte contre le VIH/Sida, promotion du genre	Régions de Tahoua, Zinder, Maradi
GAVI		8 763 000 USD	appui à la vaccination systématique et l'introduction de nouveaux vaccins	National
Raoul Follereau		494 000 000 FCFA	appui à l'élimination de la lèpre	National

### 3.3 MÉCANISMES ET INSTRUMENTS DE COORDINATION

Au niveau de l'État, la coordination globale de l'aide est assurée par le ministère des Finances et de l'Économie. Les mécanismes de coordination et de suivi de l'aide sont essentiellement les évaluations et les programmations annuelles des investissements de l'État (PIE) et les revues conjointes avec certains partenaires. Dans le cadre de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris et de la mise en œuvre de la SDRP, de nouveaux mécanismes et instruments de coordinations ont été mis en place par le gouvernement.

Ainsi la mise en œuvre de l'UNDAF requiert une concertation régulière entre toutes les parties prenantes, sous le leadership du Gouvernement. Ceci est primordial pour veiller à l'adéquation entre les interventions du SNU avec les priorités nationales, mais aussi pour assurer la coordination de la coopération avec les partenaires, en particulier pour assurer une meilleure articulation de l'UNDAF avec les activités des autres partenaires.

Au niveau politique, l'Équipe de Pays fait partie du Comité Gouvernement - Partenaires techniques et financiers qui a pour mission d'orienter la coordination et l'harmonisation des interventions des partenaires, de servir de cadre de dialogue entre le Gouvernement et les partenaires, de veiller à l'alignement des appuis au cycle budgétaire et de faciliter la mobilisation des ressources financières et techniques.

Au niveau technique, le Comité technique inter Agences (CTIA) a pour répondant le Secrétariat permanent de la SRP dont la mission est de coordonner le processus de préparation de la SDRP et d'en assurer le suivi de la mise en œuvre ainsi que la révision régulière. La coordination et le suivi de l'UNDAF s'appuient aussi sur le cadre de la coordination de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (OCDE/CAD) et les cadres de coordination sectoriels à travers les chefs de file. Dans le secteur de la Santé, la

volonté et l'engagement moral du MSP et de certains PTF d'inscrire leurs interventions techniques et financières, dans une approche sectorielle concertée, dont le MSP assure le leadership, est formalisée dans un cadre partenarial conclu en vue de la coordination, de la mise en œuvre et du suivi du PDS, 2005-2010.

Il existe plusieurs mécanismes de coordination des interventions : le Comité national de santé, le Comité technique de santé, le Comité de coordination inter agences du PEV (CCIA-PEV), le Core group, le Country coordination mécanisme (CCM), le Comité de gestion des épidémies etc. La coordination entre les organisations, programmes, fonds et agences du système des Nations Unies est assurée par le Coordonnateur-résident.

Il existe d'autres mécanismes de coordination des interventions à travers des groupes thématiques : groupe onusien contre le VIH/sida, Genre, Communication. Le système des Nations Unies vient d'élaborer un Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement de deuxième génération, couvrant la période 2009-2013.

Les partenaires au développement attendent de l'OMS la facilitation de la coordination des partenaires du secteur de la santé à travers notamment, la mise en place des instruments et mécanismes efficaces et durables de concertation.

## SECTION 4

### CADRE STRATÉGIQUE DE L'OMS : ORIENTATIONS GLOBALES ET REGIONALES

Les méthodes de travail de l'Organisation mondiale de la Santé ont changé de manière significative, au fil des dernières années. Ces réformes ont pour objectif essentiel de contribuer à l'amélioration du rôle des Etats membres dans la réponse aux principaux défis dans les domaines de la santé et du développement. Des orientations ont été définies dans le cadre de la stratégie institutionnelle de l'OMS.

#### 4.1 MISSION DE L'OMS

La mission de l'OMS consiste à soutenir les pays afin qu'ils puissent "amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible" (Article 1 de la Constitution de l'OMS). La stratégie institutionnelle de l'OMS et le cadre de la politique de coopération avec les Etats membres, expriment les éléments clés à travers lesquels l'OMS apporte la meilleure contribution possible à l'amélioration de la Santé des populations, particulièrement celles de la Région africaine. Pour ce faire, l'Organisation cherche à renforcer ses capacités techniques et intellectuelles, son rôle de "chef de file" en matière de Santé, et sa capacité de gestion.

#### 4.2 NOUVELLES MÉTHODES DE TRAVAIL

Pour répondre aux grands changements mondiaux, l'OMS dans sa Stratégie institutionnelle, propose :

- D'envisager la santé sous un angle plus large ; c'est-à-dire, dans le contexte du développement, de l'action humanitaire, de l'égalité entre hommes et femmes, des droits de la personne, en s'intéressant tout particulièrement, aux liens entre santé et lutte contre la pauvreté.
- De jouer un rôle plus important dans l'instauration d'un consensus national et international sur les politiques, stratégies et principes de santé et en veillant à l'acquisition de données de recherche, de connaissances et de compétences techniques et à leur application.
- D'inciter à mener une action plus efficace pour promouvoir et améliorer la santé et pour réduire les inégalités dans le domaine de la santé, en négociant des partenariats et en développant son rôle de catalyseur.
- De créer une culture d'entreprise qui encourage la réflexion stratégique, la promptitude dans l'action, la création de nouveaux liens, l'innovation et la rigueur, et d'étendre l'influence de l'Organisation dans le monde.

### 4.3 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Sur la base des nouvelles méthodes de travail mentionnées ci-dessus, l'OMS a mis au point quatre orientations stratégiques pour soutenir les pays dans l'amélioration de la santé des populations. Ces orientations stratégiques, liées les unes aux autres, constituent le cadre général du travail technique du Secrétariat :

- réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités, surtout des populations pauvres et marginalisées ;
- promouvoir des modes de vie sains et réduire les facteurs de risque pour la santé liés à l'environnement, au contexte économique et social et aux comportements ;
- mettre en place des systèmes de santé qui améliorent les résultats sanitaires de manière équitable, qui répondent aux attentes légitimes de la population et qui soient financièrement équitables ;
- concevoir une politique de base et créer un cadre institutionnel dans le secteur de la Santé, et faire en sorte que les questions de santé soient dûment prises en compte dans les politiques sociales, économiques et en matière d'environnement et de développement.

### 4.4 FONCTIONS ESSENTIELLES

La typologie des fonctions essentielles de l'OMS décrite, ci-dessous, est basée sur les avantages comparatifs de l'Organisation à ses différents niveaux, à savoir :

- Jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé, et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ;
- Fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles ;
- Fixer des normes et des critères, encourager et surveiller leur application ;
- Définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes ;
- Fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles ;
- Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances.

### 4.5 PRIORITÉS MONDIALES ET RÉGIONALES

Pour répondre à la nécessité de rendre ses interventions plus efficaces, et compte tenu des ressources limitées, l'OMS a sélectionné sept (7) domaines prioritaires, dans le cadre du Onzième programme général de travail 2006-2015, à savoir :

- Investir dans la Santé pour réduire la pauvreté ;
- Renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale ;
- Promouvoir la couverture universelle, l'égalité des sexes et les droits fondamentaux liés à la Santé ;
- Influencer sur les déterminants de la Santé ;
- Renforcer les systèmes de Santé et en rendre l'accès plus équitable ;
- Exploiter le savoir, la science et la technologie ;
- Renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité.

Les axes prioritaires de l'OMS pour la période 2008-2013, sont :

- Apporter un appui aux pays pour instaurer la couverture universelle par des interventions efficaces de santé publique ;
- Renforcer la sécurité sanitaire dans le monde ;
- Concevoir des mesures durables dans tous les secteurs concernés, pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé ;
- Développer les moyens institutionnels d'exercer les fonctions essentielles de la Santé publique sous la direction renforcée des ministères de la Santé ;
- Renforcer le rôle directeur de l'OMS aux niveaux mondial et régional, et soutenir l'action des gouvernements, au niveau des pays.

## 4.6 RENDRE L'OMS PLUS EFFICACE AU NIVEAU DES PAYS

La mise en œuvre de la Stratégie institutionnelle de l'OMS varie d'un pays à l'autre. Les différences s'expliquent par la spécificité des défis en matière de santé et de développement, l'implication d'autres partenaires, les interventions de l'OMS en cours, dans et avec le pays. La Stratégie de coopération avec le pays, devra établir un équilibre entre les principales fonctions de l'Organisation au niveau du pays, tout en cherchant à promouvoir son rôle de conseiller, d'agent catalyseur, et son implication aussi bien dans les activités de routine que dans le cadre d'actions ciblées pour un temps limité.

## SECTION 5

### COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS

#### 5.1 BUREAU DE PAYS

Depuis sa présence au Niger en 1960, année de l'indépendance du pays, l'OMS a apporté son appui aux autorités nationales à l'amélioration de la santé de la population nigérienne. De 1960 à 1970, les interventions de l'OMS ont surtout porté sur l'assistance technique pour le renforcement des services de santé de base. À partir de la fin des années 70, le Niger a souscrit à l'objectif social de la Santé pour tous, à la Stratégie des Soins de santé primaires et commencé les exercices de programmation sanitaire nationale. Au cours des années 80 et 90, l'appui technique et financier de l'OMS, a porté sur la réforme du secteur de la santé et à la coordination du partenariat au développement sanitaire. A l'heure actuelle, la coopération entre le Niger et l'OMS est axée sur la mise en œuvre de la Politique sanitaire nationale et du Plan de développement sanitaire.

Le renforcement progressif du bureau de pays et notamment, la mise en place de l'équipe-pays à partir de 1991, a permis d'améliorer l'appui technique apporté par l'OMS. L'équipe est chargée de préparer les documents de planification prévus par l'Organisation, de mettre en œuvre et de suivre les programmes de coopération avec le gouvernement du Niger et d'en faire l'évaluation périodique. En outre, le Bureau de pays assure le plaidoyer et assiste le ministère de la Santé publique dans la mobilisation des ressources en faveur de la Santé et la coordination des interventions dans le secteur. Les actions sont menées en étroite collaboration avec les partenaires au développement sanitaire.

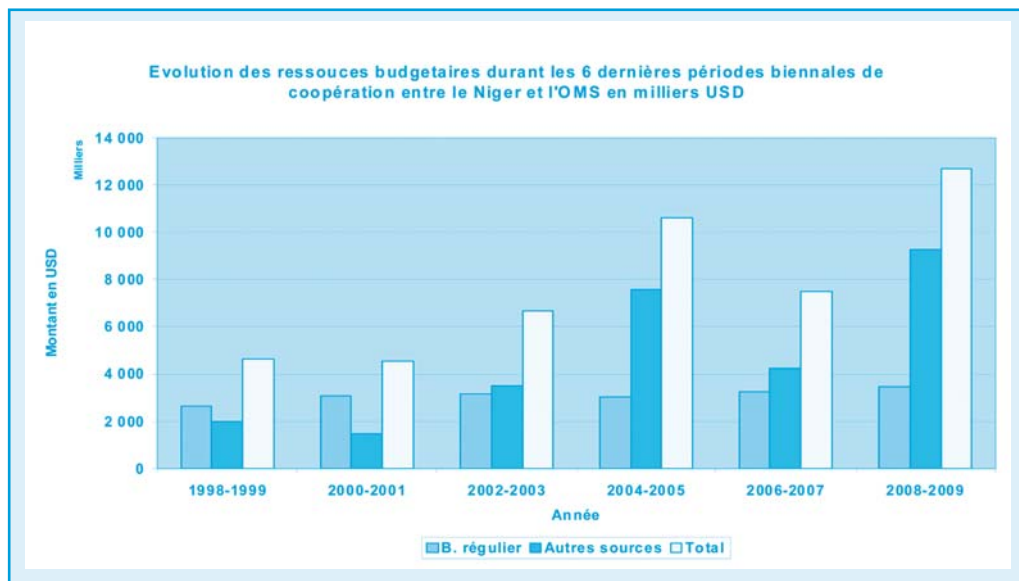
##### *5.1.1 Évolution des ressources humaines*

L'effectif du bureau était en 1990, de 6 personnes (2 professionnels et 4 agents des services généraux). En 2008, le personnel de l'OMS compte 57 membres dont 19 professionnels (10 internationaux et 9 nationaux) et 38 pour les services généraux. Parmi le personnel international, 6 viennent en appui au Programme d'éradication de la poliomyélite et du Programme élargi de vaccination (PEV) systématique.

##### *5.1.2 Évolution des ressources financières*

Depuis 1998, le budget du Bureau s'est accru de façon significative, surtout par l'apport des ressources extrabudgétaires, comme l'indique le graphique ci-dessous :

**Figure N°1: Évolution des ressources budgétaires durant les six dernières périodes biennales de la coopération entre le Niger et l'OMS :**



Source: POA 1998-1999, 2000-2001, 2002-2003, 2004-2005, 2006-2007, 2008-2009.

De 1998 à 2007, les ressources provenant du budget régulier et consacrées au renforcement des activités du bureau de pays, sont passées de 33%, en 1998-1999, à 39%, en 2006-2007. En ce qui concerne les fonds extrabudgétaires, ils représentent respectivement, 43% du budget total, en 1998-1999 et 57%, en 2006-2007. Ces ressources ont servi à financer la réalisation des activités relevant des domaines retenus qui sont passés de 13 en 1998, à 20 en 2007.

Les domaines comme la nutrition, la santé de la mère et de l'enfant et la gestion des urgences et des catastrophes occupent ces dernières années, une place importante. Pour la période biennale 2008-2009, un changement a été opéré. Les domaines de travail ont été remplacés par les objectifs stratégiques qui sont au nombre de treize (13), pour la Région africaine :

1. Réduire le fardeau sanitaire, social et économique dû aux maladies transmissibles ;
2. Combattre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose ;
3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes ;
4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris) ;
5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets socio économiques ;
6. Promouvoir la santé et le développement, prévenir et réduire les facteurs de risque associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psycho actives, à une mauvaise alimentation, à la sédentarité et aux rapports sexuels non protégés ;

7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme ;
8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs, de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement ;
9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable ;
10. Renforcer l'encadrement, la gouvernance des systèmes de santé et la base des connaissances ;
11. Élargir l'accès aux technologies et améliorer la qualité et l'utilisation ;
12. Jouer un rôle mobilisateur, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration en dialoguant avec les pays pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondiale d'action sanitaire énoncé dans le Onzième programme de travail ;
13. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une Organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat.

Ces objectifs stratégiques ont tous été retenus pour le programme de coopération technique 2008/2009, avec le Niger.

### **5.1.3 Mécanismes de coordination des activités au sein du bureau de pays**

La coordination des activités au niveau du bureau de pays est faite à travers les réunions hebdomadaires du personnel technique, les réunions trimestrielles de l'ensemble du personnel, les retraites annuelles, les séances de planification, de suivi et d'évaluation des plans biennaux et le partage des informations à travers le réseau local intranet. Tous ces mécanismes permettent une mise à niveau du personnel sur les priorités du Bureau, le monitoring des activités pour renforcer l'esprit d'équipe pour une meilleure performance du bureau.

## **5.2 APPUI DU SIÈGE, DU BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS ET DE L'ÉQUIPE INTER PAYS**

De 2004 à 2007, le bureau de pays a reçu plusieurs missions en appui technique, à sa demande ou sur requête, des autorités sanitaires nationales. Ces missions provenaient soit des équipes inter-pays, soit du Bureau régional ou du Siège. Des missions mixtes ont également été effectuées. À titre illustratif, sur 20 missions reçues par le bureau en 2006, six (6) sont venues de IST/Ouagadougou, neuf (9) du bureau régional, deux (2) IST/HQ, deux (2) du siège et une du bureau régional et HQ.

Les domaines d'appui technique les plus fréquemment appuyés, ont été la lutte contre la maladie, la gestion des urgences sanitaires et des catastrophes, le programme élargi de vaccination, la lutte contre les épidémies. Ces différentes missions ont permis d'améliorer les interventions sur le terrain, de renforcer les capacités nationales ainsi que celles du personnel du bureau de pays.

## 5.3 FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES DE LA COOPÉRATION OMS AU NIVEAU DU PAYS

La coopération entre le Niger et l'OMS comporte des forces et des faiblesses. Il y a aussi des opportunités à saisir et des menaces à prendre en compte pour son renforcement.

Forces	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compétences de l'OMS reconnues dans le domaine de la santé, par les autorités sanitaires et les partenaires au développement.</li> <li>• Disponibilité d'une expertise nationale et internationale polyvalente.</li> <li>• Bonne collaboration avec les autorités sanitaires nationales, le système des Nations Unies et les autres partenaires.</li> <li>• Existence d'un cadre de concertation Core group.</li> <li>• Existence d'un service de documentation et d'information mis à la disposition des services techniques, des étudiants et du public.</li> <li>• Planification /évaluation conjointe des actions avec le MSP.</li> <li>• Capacité de mobilisation des ressources au niveau local.</li> </ul>
Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible connaissance des procédures et du processus gestionnaire de l'OMS par les partenaires.</li> <li>• Insuffisance de la formation de l'équipe sur les procédures administratives.</li> <li>• Majorité des documents disponibles en anglais.</li> <li>• Moyens financiers insuffisants.</li> </ul>
Opportunités	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence du Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), Fonds mondial, fonds MAP et fonds PPTE .</li> <li>• Initiative pour l'éradication de la poliomyélite.</li> <li>• Existence de l'UNDAF.</li> <li>• Existence de documents d'orientations politiques et stratégiques (SDRP, Politique nationale de santé, orientations stratégiques, PDS, Feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale etc.).</li> <li>• Déclaration du Millénaire relative aux OMD.</li> <li>• Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide</li> </ul>
Menaces	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Changements fréquents des responsables de l'administration sanitaire.</li> <li>• Forte dépendance du système vis-à-vis du financement extérieur.</li> <li>• Extrême pauvreté de la population.</li> <li>• Survenue de certaines situations de crises (alimentaire, afflux de réfugiés, zones d'insécurité). % Instabilité politique.</li> </ul>
Défis pour le bureau de pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'impliquer davantage au plus haut niveau, dans le processus des réformes économiques et sociales.</li> <li>• Participer plus activement à la production et à la diffusion d'informations sanitaires.</li> <li>• Jouer un rôle plus efficace dans la coordination des partenaires du secteur.</li> </ul>

## SECTION 6

# PROGRAMME STRATÉGIQUE : PRIORITÉS RETENUES POUR LA COOPERATION DE L'OMS AVEC LE PAYS

### 6.1 RÉORIENTATION DE L'APPUI DE L'OMS

La Stratégie de coopération de l'OMS de deuxième génération avec le Niger (SCPII), a identifié quatre (4) axes stratégiques qui sont :

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

Ces quatre axes stratégiques couvrent les huit composantes des Soins de santé primaires. Ils couvrent également les treize objectifs stratégiques du Plan stratégique à moyen terme, 2008-2013. Pour opérer ces choix, ont été pris en compte : la réponse aux besoins spécifiques du Niger, la focalisation sur les priorités du pays dont la décentralisation du système de santé à travers la mise en place des districts sanitaires selon les avantages comparatifs de l'Organisation, la cohérence interne des sous composantes, les opportunités offertes par les initiatives mondiales, régionales et nationales et la complémentarité avec les différents partenaires présents dans le secteur de la santé.

Pour la mise en œuvre de la SCP II, l'OMS continuera de privilégier les fonctions de conseiller, de catalyseur, de facilitation des échanges et de plaidoyer pour la mobilisation de ressources. Une mention particulière est faite pour le suivi et l'évaluation de la performance du système de santé. Pour la lutte contre la maladie, l'accent est mis sur l'adaptation des programmes, l'efficacité, le suivi et l'évaluation de leur mise en œuvre.

### 6.2 OBJECTIF

Le but visé par la SCP II, est de créer un environnement propice au renforcement de la capacité du Bureau de l'OMS dans son appui technique aux autorités nationales, afin de mieux répondre aux objectifs de développement sanitaire du Niger et de contribuer efficacement à l'amélioration de l'état de santé de la population, dans l'optique de l'atteinte des OMD.

## 6.3 COMPOSANTES DE L'AGENDA STRATÉGIQUE

### 6.3.1 Axe stratégique I : Amélioration de la performance du système de Santé

#### 6.3.1.1 Gouvernance :

L'OMS apportera un appui technique et aidera à développer un plaidoyer pour placer la santé au centre du développement et renforcer les capacités nationales de négociation et de mobilisation des ressources, en faveur de la santé. Elle jouera également son rôle de négociation et de maintien du partenariat pour la santé. L'OMS apportera un appui technique et financier au MSP, pour renforcer ses capacités de gestion administrative. L'OMS contribuera au renforcement des capacités du MSP dans le suivi-évaluation des performances du système de santé, à travers la formation, la mise à disposition d'outils adéquats et d'experts.

En outre, un appui sera fourni pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une Stratégie nationale de communication en vue de mieux informer les populations et les partenaires de l'action du ministère. Elle apportera un appui technique et financier pour le renforcement de la participation communautaire dans la gestion de la santé.

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative Partenariat international pour la Santé et initiatives connexes (IHP+) pour laquelle le gouvernement du Niger a signé le Compact global, en mai 2009, l'OMS accompagnera le ministère de la santé dans la révision du cadre partenarial pour la santé, ainsi que dans le processus d'élaboration et d'adoption d'un compact national. Ceci permettra au ministère de jouer pleinement son rôle de leadership et un meilleur alignement et une bonne harmonisation des interventions des partenaires de la santé.

#### 6.3.1.2 Information sanitaire et recherche

L'OMS s'attellera à produire les données basées sur l'évidence, en vue d'orienter la prise de décision de politiques et de stratégies. De même, les bonnes pratiques seront documentées et partagées pour une mise à l'échelle. Des efforts seront fournis pour la mise en place de l'observatoire national pour la santé, ainsi que le développement de supprimer e -Santé (télémédecine, cyber santé...). L'OMS appuiera aussi à la formulation et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de recherche en santé et au renforcement du SNIS, à travers le réseau de la métrologie sanitaire (HMN).

#### 6.3.1.3 Amélioration de la qualité des prestations de services

Une des composantes majeures de la politique nationale de santé est la qualité des services et soins de santé dans le but d'améliorer leur utilisation. Elle est aussi l'un des objectifs majeurs du PDS 2005-2010. Dans ce domaine, le MSP, avec l'appui de l'OMS et d'autres partenaires, a entrepris plusieurs actions dont les plus importantes sont l'établissement des normes et standards sur la qualité, le contrôle de la qualité des médicaments, le contrôle de la qualité des aliments, etc.

Toutes ces actions devront être poursuivies et soutenues. À cet effet, l'OMS appuiera le renforcement des capacités du MSP pour la généralisation progressive de la Stratégie « Assurance de qualité » et la mise en œuvre du programme national, au niveau des formations sanitaires publiques et privées. Plus spécifiquement, l'OMS fournira un appui technique pour le renforcement des compétences du personnel à l'utilisation des normes et standards de prestations de soins et aidera le ministère à améliorer la performance des

services chargés de l'application, du suivi et du contrôle de la qualité des soins par l'élaboration et la mise à disposition d'outils.

Concernant plus particulièrement les hôpitaux, l'OMS contribuera avec d'autres partenaires, à aider le MSP dans la mise en œuvre de la réforme hospitalière en cours, notamment, l'appui à l'élaboration et la mise en œuvre des projets d'établissement. Elle aidera aussi au développement d'un plaidoyer auprès des plus hautes autorités du pays, pour un plus grand intérêt au fonctionnement de ces structures. La fonctionnalité des districts sanitaires est une condition sine qua non pour l'amélioration de l'état de santé de la population. Ceci n'est possible qu'avec une décentralisation effective du système de santé.

À cet effet, l'OMS a apporté son appui technique et financier à l'adoption d'outils d'évaluation de la performance des districts et aidé le ministère de la Santé publique dans la mise en place des équipes-cadres de district. L'OMS poursuivra son appui technique et financier dans le cadre de la révision des outils et guides de supervision, l'organisation de la référence et contre-référence et la formation des équipes cadres de district pour l'amélioration de la gestion sanitaire, au niveau local. Un accent sera mis pour appuyer le renforcement des systèmes de santé (RSS) basé sur le cadre de performance, les « Six Building Blocks » ainsi que les principes et valeurs des Soins de santé primaires (SSP) réaffirmés dans la Déclaration de Ouagadougou.

#### **6.3.1.4 Développement des ressources humaines**

Les ressources humaines constituent un élément essentiel dans la mise en œuvre de la Politique sanitaire. En matière de développement des ressources humaines pour la santé, l'OMS a élaboré une Stratégie régionale. En application de ce document d'orientation le Niger a élaboré un plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé, couvrant la période 2000-2010, avec l'appui de l'OMS. L'OMS poursuivra en collaboration avec d'autres partenaires, son appui pour la révision et la mise en œuvre de ce Plan de développement des ressources humaines. Dans ce cadre, l'OMS apportera un appui technique et financier aux institutions nationales de formation du personnel de santé (renforcement des compétences pédagogiques des enseignants, appuis aux stages des élèves et étudiants, harmonisation des programmes, etc.) et poursuivra l'octroi de bourses pour les formations en spécialités.

#### **6.3.1.5 Développement de mécanismes pour un financement équitable de la Santé**

Les mécanismes actuels de mobilisation de ressources, en dehors du processus budgétaire, ne sont pas pleinement fonctionnels. L'OMS, en collaboration avec d'autres partenaires, développe un plaidoyer pour une plus grande mobilisation des ressources, en faveur du secteur de la santé, dans la Région africaine. Elle a élaboré ces dernières années, des outils permettant une analyse globale des dépenses de santé en vue d'une allocation plus efficiente, des ressources disponibles et une meilleure vision stratégique du secteur.

L'OMS continuera d'apporter un appui technique et financier pour l'élaboration des comptes nationaux de la Santé et des Cadres de dépenses à moyen terme (CDMT) qui, à terme, devraient être institutionnalisés. Elle apportera également son appui technique avec d'autres partenaires du MSP, à l'organisation des réunions de mobilisation des ressources en faveur du secteur, et une meilleure coordination des appuis financiers de partenaires. L'OMS aidera également le MSP à analyser les mécanismes actuels de financement de la santé, à adopter et généraliser ceux qui favorisent l'équité et la pérennité. En outre, l'OMS apportera

un appui à l'analyse des effets de la mise en application de la gratuité des soins sur la performance des services de santé et les perspectives en la matière.

### **6.3.1.6 Amélioration de la disponibilité et de la qualité des médicaments et des laboratoires.**

L'OMS apportera un appui pour le renforcement de la biologie médicale notamment, en matière de normes d'équipement, de formation du personnel ; l'amélioration du contrôle de qualité des médicaments et leur usage rationnel ; le renforcement des capacités de promotion des médicaments issus de la médecine traditionnelle. L'OMS appuiera également la politique du MSP dans l'amélioration de l'accès au médicament de qualité et la promotion de la médecine traditionnelle.

### **6.3.2 Axe stratégique II : Lutte contre la maladie, gestion des urgences et des catastrophes**

Pour le renforcement des stratégies de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, l'action de l'OMS prendra en compte non seulement, les objectifs du Millénaire pour le développement, les objectifs de la Déclaration d'Abuja, la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, les plans stratégiques des différents programmes nationaux de lutte contre la maladie, mais aussi des opportunités offertes par le Fonds mondial VIH/Sida, Tuberculose, Paludisme, le GAVI, etc.

#### **6.3.2.1 Intensification des interventions de santé orientées vers les pathologies dominantes avec focalisation sur les couches les plus vulnérables.**

Dans le domaine de la réduction de la mortalité infanto-juvénile, l'OMS apportera un appui au PEV dans le cadre de la nouvelle vision stratégie mondiale (GIVS). Les efforts seront particulièrement axés sur l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos maternel et néonatal, le contrôle de la rougeole et de la fièvre jaune, à travers l'organisation de campagnes de vaccination supplémentaires, la surveillance basée sur les cas des maladies évitables par la vaccination et par la redynamisation du PEV systématique (financièrement et techniquement).

Elle appuiera aussi l'introduction des nouveaux vaccins soutenus par GAVI notamment, du vaccin pentavalent (DTC, HiB, Hépb) ; elle apportera également son appui à la maintenance de la chaîne du froid et le suivi des stocks des vaccins et leur gestion. Elle participera activement, à l'élaboration et la mise en oeuvre de futurs plans stratégiques.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, l'appui concernera le renforcement des capacités de prestataires de soins et la promotion de mesures de prévention en particulier, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MIILDA). Un accent particulier sera mis sur l'accélération des formations, des prestataires de soins tant au niveau des formations sanitaires qu'au niveau communautaire. L'amélioration du diagnostic parasitologique sera une priorité.

En ce qui concerne le VIH/sida, l'OMS appuiera la mise en œuvre et le suivi du plan sectoriel santé de lutte contre le VIH/sida, dans le renforcement de capacité des acteurs en surveillance de seconde génération et au paquet intégré d'activités comprenant la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST), le conseil dépistage volontaire, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, la sécurité transfusionnelle, la prise en charge des infections opportunistes, la stratégie DOTS dans le cadre de la co-infection VIH/TB et le traitement par les ARV.

L'OMS appuiera aussi le renforcement de capacité du système de santé, en équipant les services de santé en le dotant de matériels et consommables de laboratoire et en outils informatiques, pour la collecte et l'analyse des données. L'OMS contribuera au renforcement de capacités des acteurs de la société civile mais surtout l'appui aux PVVIH, pour faire face à la maladie. En matière de lutte contre la tuberculose, l'OMS appuiera l'extension de la stratégie DOTS, le renforcement de capacité des laboratoires, le suivi des activités, la surveillance de la co-infection TB/VIH et de la multi résistance. Pour les autres maladies à éradiquer et/ou à éliminer (dracunculose, lèpre), l'appui technique et le suivi régulier de leurs tendances seront poursuivis.

L'OMS poursuivra son appui aux nouveaux programmes pour la surveillance des maladies non transmissibles, basée sur l'approche STEP, et l'amélioration de la prise en charge des cas de l'hypertension artérielle, du diabète, du cancer, et la réduction des principaux facteurs de risques liés à ces maladies. L'OMS apportera son appui à l'élaboration des documents de programmes de lutte contre les maladies non transmissibles (cancer, diabète, hypertension artérielle, drépanocytose).

Concernant les affections bucco-dentaires (y compris le noma), la drépanocytose et la santé mentale, l'OMS poursuivra son appui technique et financier pour le renforcement de capacité des acteurs, et la mise en œuvre d'une stratégie de lutte contre ces maladies. L'OMS appuiera l'élaboration de la politique nationale de Santé mentale et le renforcement de la surveillance et de la prise en charge des maladies bucco dentaires.

### **6.3.2.2 Renforcement de la surveillance intégrée des maladies dans tous les districts sanitaires du pays.**

La collecte et l'analyse des données épidémiologiques pour une prise de décision appropriée ainsi que la mise en place d'un réseau de laboratoires efficaces, en appui aux services de santé, sont des éléments indispensables pour un renforcement de la surveillance intégrée des maladies et de la riposte (SIM R).

L'OMS poursuivra son appui à la mise en œuvre du Plan stratégique national SIM R 2004-2008, révisé pour la période 2009-2013. A cet effet, l'appui portera sur l'amélioration des capacités des personnels de santé en surveillance, détection et prise en charge des maladies prioritaires y compris, les épidémies, sur l'organisation de la riposte à ces maladies prioritaires à travers la formation, la supervision des équipes d'intervention, la fourniture de directives, d'outils et de supports de collecte et d'analyse des données épidémiologiques.

Pour rendre le système national de surveillance épidémiologique encore plus performant, l'appui de l'OMS sera aussi axé sur le renforcement du système de notification, d'analyse et de rétro-information sur les données collectées, notamment, par la fourniture de moyens de communication, l'appui à l'édition et la diffusion régulières de l'annuaire statistique et des bulletins d'informations sanitaires. Un accent particulier sera mis sur la surveillance active et basée sur les cas des PFA, de la rougeole, de la fièvre jaune et du tétanos néonatal en vue de détecter à temps les situations anormales et y répondre promptement et efficacement.

En matière de surveillance nutritionnelle, l'OMS apportera son appui dans le cadre du renforcement des capacités des points focaux surveillance mais aussi dans la collecte, la transmission, l'analyse et la diffusion des indicateurs nutritionnels, à travers le bulletin hebdomadaire de morbidité, mortalité et de surveillance nutritionnelle, au Niger.

### **6.3.2.3 Amélioration de la préparation, de la capacité de riposte et gestion des urgences et catastrophes.**

Comme chaque année, l'OMS appuiera le MSP pour l'actualisation/révision et la mise en œuvre de son Plan de préparation et de riposte aux épidémies. Il s'agira concrètement de : faire une analyse de la situation, identifier le GAP, mobiliser le partenariat, coordonner la réponse et renforcer les capacités nationales. Un plaidoyer sera fait pour la mobilisation des ressources.

Pour le contrôle de la méningite, l'accent sera mis sur l'application des procédures opérationnelles standard (SOPs) et aussi sur la surveillance sentinelle des méningites bactériennes pédiatriques. Un accent sera mis pour la constitution de stock de vaccins, en période pré épidémique et surtout, aider le pays à l'introduction du nouveau vaccin conjugué anti méningococcique A, pour l'élimination des épidémies de méningites.

En vue de renforcer les capacités nationales de gestion des urgences, un appui sera apporté pour des évaluations rapides de la situation sanitaire, l'acquisition des médicaments, des équipements et des consommables médicaux. Le personnel cadre sera formé sur la prévention et la gestion des catastrophes. Le Plan national de préparation et de réponse aux urgences sera régulièrement mis à jour et des projets seront préparés pour la mobilisation des ressources nécessaires pour faire face aux situations d'urgence. Un appui sera également apporté pour l'évaluation périodique de la mise en œuvre des plans de réponses aux catastrophes.

### **6.3.3 Axe stratégique III : Santé de la mère et de l'enfant**

Pour atteindre les objectifs concernant la santé de la mère et du nouveau-né, l'OMS s'attellera à l'évaluation de la mise en œuvre de la Feuille de route nationale qui sera actualisée en fonction des gaps à combler en vue de l'accélération de l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD4). Les stratégies retenues seront mises en œuvre et les activités conduites selon l'approche de continuum de soins depuis la grossesse jusqu'à la période du post partum, au niveau des formations sanitaires, en stratégie avancée et mobile, au sein et avec la communauté. Dans ce contexte, l'OMS apportera son appui dans les domaines suivants :

#### **6.3.3.1 Amélioration de la disponibilité, de l'accès et de la qualité des services de maternité à moindre risque**

L'OMS apportera son appui dans le développement du système de référence et de contre référence notamment, en sensibilisant les communautés à la reconnaissance des signes de danger pour le transfert rapide des femmes enceintes, les nouveau-nés et les enfants. L'OMS appuiera la mise en place des mutuelles pour la prise en charge des frais d'évacuation sanitaire, et elle renforcera les compétences des agents de santé et des agents de santé communautaires.

L'OMS appuiera l'amélioration des plateaux techniques en dotant les districts sanitaires en banque de sang, les centres de santé en kit de la femme enceinte et kit d'accouchement et les centres de référence en équipement et consommables, pour la prise en charge des SONU. Les pratiques favorables à la santé de la reproduction, seront promues, la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la femme, sera encouragée et le recours et l'accès à des services de planification familiale de qualité, seront développés.

L'OMS apportera également son appui pour le renforcement des capacités de riposte aux IST/VIH/sida en renforçant les activités de prévention de la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant, notamment le plan de communication stratégique PTME. L'OMS s'engagera enfin, dans l'intégration du contrôle du paludisme, pendant la grossesse.

### **6.3.3.2 Renforcement des programmes rentrant dans le cadre de la survie de l'enfant**

La réduction de la mortalité infanto-juvénile fait partie des OMD auxquels le pays a souscrit et pour l'atteinte desquels les partenaires au développement apportent un soutien important. L'OMS va appuyer le ministère de la Santé dans le renforcement des activités de vaccination.

Les activités de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant seront développées, par un appui à la coordination nationale, à la formation des agents de santé, en PCIME et en améliorant la qualité des centres de référence. Les acquis en matière de nutrition du nourrisson et du jeune enfant, seront consolidés. L'OMS aidera le ministère dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de survie de l'enfant qui intègre la lutte contre la sous-nutrition.

Par ailleurs, en collaboration avec d'autres partenaires l'OMS, apportera son appui technique et financier à l'extension et au renforcement de la stratégie de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), à travers tout le pays. Pour ce faire, l'OMS apportera son appui en matière de suivi et d'évaluation des programmes de prise en charge des maladies de l'enfant avec le passage à l'échelle de la PCIME clinique et de la PCIME communautaire, l'introduction de la PCIME dans les écoles de formation en santé et de la prise en charge du nouveau né et VIH dans la PCIME.

### **6.3.3.3 Renforcement des programmes liés à la santé des jeunes et adolescents**

L'OMS participera au développement de stratégies en matière de santé sexuelle des jeunes et des adolescents notamment, par la définition et la mise à disposition de standards en matière de santé sexuelle et reproductive. L'OMS participera aux actions de formation, en apportant un appui à l'adaptation du matériel de formation, en participant à la formation de formateurs, et en aidant à l'élaboration et à la diffusion de documents et matériels pédagogiques.

## **6.3.4 Axe stratégique IV: Promotion d'un environnement favorable à la santé**

### **6.3.4.1. La promotion de comportements favorables à la santé**

L'OMS continuera à développer le plaidoyer en vue d'amener les décideurs à élever la santé au rang des priorités nationales et à l'intégrer dans les programmes nationaux de développement socio-économique.

L'OMS poursuivra son appui technique dans ces différents domaines de compétence notamment : la formation sur la stratégie de promotion de la santé, la communication pour un changement de comportement, l'élaboration d'un cadre législatif et réglementaire et sa mise en œuvre dans les domaines de lutte contre le tabac, l'alcool, les drogues, les accidents de circulation, la santé des jeunes et adolescents etc.

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme national IEC/santé élaboré par le MSP, l'OMS renforcera son appui à la promotion des comportements ayant une incidence favorable sur la santé telle que l'activité physique, l'élaboration de plan de communication

sur les problèmes prioritaires de santé identifiés dans le PDS, la production et la diffusion des messages prioritaires de santé ainsi que l'évaluation de leur impact, la coordination des activités d'IEC/santé. De même, l'appui à l'organisation des journées de promotion de la santé sera poursuivi.

#### **6.3.4.2. Développement d'un cadre favorable à la santé**

Concernant les maladies liées à l'insalubrité du milieu, l'OMS a appuyé le ministère de la santé dans l'élaboration de sa politique sectorielle de santé, visant l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement. Au cours des prochaines années, l'OMS poursuivra son appui technique et financier, pour le renforcement des capacités des acteurs (agents de santé, ONG, associations, élus locaux) sur la promotion de l'hygiène et l'assainissement notamment, la vulgarisation des méthodes d'hygiène et d'assainissement, au niveau communautaire.

L'appui à la promotion de l'hygiène (en milieu scolaire, avec des actions sur le lavage des mains, la construction et l'utilisation des latrines, l'éducation à l'hygiène en milieu rural) sera poursuivi à travers les méthodes participatives PHAST, HACCP, WASH etc.

L'hygiène en milieu de soins, sera renforcée à travers un appui à la gestion des déchets biomédicaux (construction des incinérateurs, formation du personnel, information et sensibilisation des acteurs et production et diffusion des affiches). Un appui sera apporté pour la vulgarisation des textes sur le code d'hygiène publique, afin d'accroître la prise de conscience des populations et la compréhension des problèmes d'hygiène.

Concernant la lutte contre les maladies hydriques, l'OMS va renforcer les capacités des services en matière de prévention, de contrôle et de surveillance de la qualité de l'eau ainsi que la vulgarisation des méthodes de traitement de l'eau à domicile, à travers la formation des agents de la police sanitaire, l'équipement en kits de contrôle de la qualité de l'eau et le suivi sur le terrain. L'OMS appuiera également l'information et la sensibilisation de la communauté en matière, de prévention des maladies hydriques.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, l'OMS appuiera le renforcement des capacités des services techniques, pour la lutte anti vectorielle, à travers la formation des techniciens d'hygiène sur l'utilisation des pesticides, l'équipement en matériels et le suivi-évaluation des activités concernées.

#### **6.3.4.3 Renforcement de la surveillance en matière de sécurité sanitaire des aliments**

L'OMS, en collaboration avec d'autres partenaires, appuiera la mise en œuvre et le suivi dudit programme, ainsi que son évaluation. Il s'agit de renforcer la capacité des différents acteurs (agents de santé, manipulateurs des aliments, opérateurs économiques), à identifier et à maîtriser les risques sanitaires liés au remplacement et à la consommation des aliments insalubres. Ceci se fera à travers la formation, l'information et la sensibilisation par différents canaux, le contrôle et l'inspection aux postes frontaliers et divers points de vente et de production des aliments.

#### **6.3.4.4 Renforcement des responsabilités de la communauté dans l'amélioration de son état de santé**

Le renforcement des responsabilités de la communauté dans l'amélioration de son état de santé, reste encore très insuffisant malgré la mise en place des structures de participation communautaire dans de nombreuses collectivités. En effet, l'implication des populations à

travers les comités de santé (COSAN), n'a pas donné les effets escomptés. Comme dans toute action de volontariat, l'enthousiasme des membres de ces comités s'est vite émoussé. Contrariée par le manque de motivation (surtout pécuniaire) et l'absence d'un système de prise en charge des plus démunis, cette approche a atteint aujourd'hui ses limites.

Dans ce contexte, l'OMS engagera un plaidoyer auprès des autorités nationales et des partenaires, y compris les ONG, pour la mobilisation des ressources financières en vue de la création et du fonctionnement des mutuelles communautaires, de la définition et la mise en œuvre de stratégies opérationnelles, en matière de renforcement des responsabilités de la communauté, dans l'amélioration de son état de santé.

#### ***6.3.4.5 Amélioration de la sécurité, de la santé au travail et de la santé scolaire***

Dans le cadre de l'amélioration de la santé au travail et de réduction de l'exposition aux risques professionnelles, l'OMS collaborera au renforcement des actions en la matière, à travers l'appui à la mise en œuvre du plan d'action national, la formation des spécialistes en santé et sécurité au travail et dans la recherche dans ce domaine. L'OMS appuiera également la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé scolaire.

#### ***6.3.4.6. Adaptation aux changements climatiques sur la santé***

L'OMS appuiera le gouvernement dans la mise en œuvre des stratégies d'adaptation aux changements climatiques ayant un impact sur les déterminants de la santé notamment, en matière de suivi des tendances des maladies, d'information et sensibilisation du public, d'évaluation d'impacts, de formation du personnel et d'intégration des questions de changement climatique dans le prochain Plan de développement sanitaire.

## SECTION 7

# MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME STRATÉGIQUE

### 7.1 BUREAU OMS NIGER

Tout comme dans le cadre de la mise en œuvre de la première SCP, la mise en œuvre de la SCP de deuxième génération, nécessite que le bureau de pays renforce les actions dans les domaines ci-après : mobilisation des ressources, amélioration de l'efficacité du travail, documentation médicale et sanitaire, coordination avec les partenaires et relations avec d'autres pays de la Région. La mobilisation des ressources se fera à travers le renforcement des capacités de l'équipe-pays, en matière de : plaidoyer, amélioration des connaissances de ses membres sur les procédures de financement des différents partenaires, renforcement de la collaboration avec les autres ministères connexes, renforcement de la collaboration et des échanges d'expérience avec d'autres bureaux de pays de l'OMS, le Bureau régional et le Siège.

En ce qui concerne l'amélioration de l'efficacité du travail, il s'agira de procéder à l'analyse périodique des attributions du personnel et de faire une redistribution des tâches tenant compte des profils ainsi que des charges de travail de chaque membre du personnel. Il s'agira également, de renforcer le système actuel de coordination des activités au sein du bureau, par la mise en place d'un mécanisme de suivi des recommandations issues des réunions, d'institutionnaliser une rencontre périodique de suivi de la mise en œuvre des activités avec les points focaux du MSP, de procéder régulièrement au briefing des points focaux du MSP sur les nouvelles orientations et procédures administratives et financières.

Par ailleurs, l'OMS appuiera le renforcement du matériel de communication, l'élaboration de mise en œuvre d'une Stratégie de communication au sein du bureau de pays. Concernant la documentation médicale et sanitaire, il y a lieu d'enrichir la base documentaire en français et mettre en place une base de données bibliographique. L'OMS apportera également un appui au ministère de la Santé, pour la production et la diffusion des documents, en matière de santé. Le profil pays sera périodiquement mis à jour. La coordination avec les partenaires sera renforcée à travers notamment, la facilitation de l'organisation des réunions sur toutes les questions ayant trait à la santé, le partage des informations et l'échange d'expériences.

L'OMS, donnera une place de choix aux renforcements des actions concertées, en particulier, sous forme de programmes conjoints, au sein du Système des Nations Unies et avec d'autres partenaires du secteur, pour un alignement effectif des interventions sur les priorités du pays conformément, à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. Un appui sera nécessaire pour l'élaboration d'un plan unique d'interventions des partenaires et du gouvernement (compact) pour une plus grande prévisibilité du financement de la santé respectant l'esprit de l'initiative « harmonisation pour la santé en Afrique (HHA) et le partenariat international pour la santé Plus (IHP+), le Niger bénéficiant déjà de l'initiative catalytique « sauver un million de vies ».

Quant au renforcement des relations avec les autres pays de la Région, le bureau de pays développera les espaces de concertation avec ces derniers, sur les problèmes communs de santé ainsi que le partage des connaissances et des informations sanitaires avec eux, en privilégiant la coopération sud-sud.

## 7.2 BUREAU RÉGIONAL ET SIÈGE

Les domaines d'expertise que sollicite le bureau de pays auprès des Équipes inter-pays, du Bureau régional et du Siège incluent la promotion de la santé, les maladies transmissibles et non transmissibles, l'assurance qualité, la réforme hospitalière, le financement de la santé, y compris, dans les domaines de plaidoyer et de la contractualisation, les ressources humaines, la recherche en santé, la gestion des urgences sanitaires et des catastrophes, la santé et l'environnement.

L'appui se fera sous forme d'apports financiers supplémentaires, de mobilisation de consultants, de fourniture de directives et de la documentation.

## SECTION 8

### SUIVI ET ÉVALUATION

La SCP est un document stratégique à moyen terme, duquel découlent le BP et le PDT du bureau de pays. Le suivi de l'application des orientations de la SCP se fera à la fin de chaque période biennale, afin de procéder éventuellement, à des réajustements. Ce suivi interne sera assuré par le bureau de pays, en collaboration avec le MSP et les autres partenaires.

Le suivi sera axé sur la réalisation des objectifs stratégiques en conformité aux fonctions de l'OMS, pour les réponses apportées aux besoins de santé du pays. Pour chacune des composantes, le suivi sera assuré en analysant sa traduction dans les plans de travail et leurs évaluations annuelles et à la fin de chaque période biennale. L'évaluation de la mise en œuvre de la SCP sera réalisée en collaboration avec le MSP et les partenaires et la participation de la Région et du Siège, à la demande.

## SECTION 9

### CONCLUSION

La Stratégie de coopération de deuxième génération de l'OMS avec le Niger, dont le processus d'élaboration a été largement participatif avec l'implication du MSP, des autres structures gouvernementales connexes, et des partenaires au développement, est un outil de travail important mis en place par l'Organisation.

L'appropriation de cet instrument par l'équipe de pays et les cadres du ministère de la Santé publique, permettra d'améliorer l'efficacité des interventions de l'OMS dans le pays, au cours de la période considérée.

Découlant des orientations mondiales, régionales et nationales en matière de développement sanitaire, ainsi que celles contenues dans les autres documents relatifs au développement durable au niveau mondial et africain, tenant compte des résultats de la revue de première SCP, la SCP de deuxième génération, pour sa mise en œuvre, nécessitera le renforcement d'un partenariat dynamique, avec tous les acteurs intervenant dans le secteur, en respectant les principes et les valeurs de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide.

À terme, elle servira de tremplin pour l'élaboration et la mise en œuvre « d'un compact » aligné et harmonisé sur les plans de développement sanitaires nationaux axés sur HHA et IHP+.

Pour ce faire, l'appui de l'OMS privilégiera particulièrement les fonctions de plaidoyer et d'appui technique pour la mise en œuvre des actions prioritaires identifiées notamment, les soins de santé primaires en vue de l'atteinte des OMD.

Le recentrage des interventions de l'Organisation, prenant en compte ses avantages comparatifs et la complémentarité recherchée avec d'autres partenaires du secteur de la santé, constitue un atout important pour le renforcement du rôle et de la présence de l'OMS, au Niger.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INS : le Niger en chiffres, édition 2007
2. MSP : Annuaire des statistiques sanitaires, 2006
3. MSP : Rapport annuel 2007 d'exécution du PDS
4. Cabinet du Premier Ministre : SDRP, 2008-2012
5. MSP : Rapport sur la gestion des ressources humaines, 2007
6. INS : EDSN-MICS III, 2006
7. CDC-Atlanta-OMS-MSP : Enquête de couverture et d'utilisation des MIILD, 2006
8. MSP : Plan de lutte contre la tuberculose 2002-2006, 2002
9. MSP : Enquête sur l'hypertension et le diabète, 2002
10. MSP : Plan stratégique de lutte contre le NOMA
11. MSP : Feuille de route nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Niger, 2006-2015, 2006
12. MSP : Analyse de la situation sanitaire 1994-2000, 2000
13. MSP : Rapport sur la situation des ressources humaines du MSP, en 2007
14. OMS : Enquête sur la médecine traditionnelle au Niger, 1997
15. MSP : Comptes nationaux de la santé, exercice 2004, 2005
16. INS : Questionnaire unifié sur les indicateurs du bien être de base, 2005
17. OMS : Onzième programme général de travail 2006-2015
18. MSP : Plan de développement sanitaire (PDS) 2005-2009, novembre 2005
19. OMS : Rapport sur la Santé dans la Région africaine, 2006
20. OMS : Stratégie de Coopération de l'OMS avec les pays, Niger 2004
21. OMS : Revue de la Stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger 2004-2007, février 2008
22. Cabinet du Premier Ministre : étude sur l'évaluation de la vulnérabilité et de l'adaptation aux changements climatiques dans le secteur de la santé, mars 2007

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : ANALYSE DE L'ÉCART:

Domaines	Succès	Problèmes	Observations
<p>Renforcement de l'administration générale du ministère de la santé publique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Programme essentiel;</i></li> <li>• <i>Nécessite des ressources financières additionnelles;</i></li> <li>• <i>Ressources humaines disponibles pour la mise en œuvre du programme;</i></li> <li>• <i>La pérennisation de ce programme est un gage pour l'amélioration de la performance du système.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement des capacités des cadres du MSP, analyse de politiques et stratégies, suivi-évaluation;</li> <li>• Secteur de la Santé perçu comme facteur de développement;</li> <li>• Cadre de coordination et de concertation des partenaires du secteur: fonctionnel;</li> <li>• Accroissement de la visibilité de l'Organisation dans le pays;</li> <li>• Système d'information sanitaire : renforcé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance en matière d'information des populations et des partenaires de l'action du ministère ;</li> <li>• Les mécanismes actuels de la participation des communautés en vue d'une meilleure implication de celle-ci dans la gestion du système de santé : non analysés ;</li> <li>• Peu de progrès dans la recherche en santé.</li> </ul>	<p>Absence d'une stratégie de communication ;</p> <p>Non disponibilité des fonds volontaires ;</p> <p>Non mise en œuvre du Plan stratégique en matière de recherche.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de la qualité des services et des soins :</li> <li>• <i>Programme essentiel ;</i></li> <li>• <i>Ressources financières insuffisantes ;</i></li> <li>• <i>Ressources humaines en quantité et en qualité insuffisantes ;</i></li> <li>• <i>À long terme, l'objectif de ce programme est d'améliorer l'état de santé des populations.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normes et standards sur la qualité : établis;</li> <li>• Qualité des médicaments essentiels : contrôlée ;</li> <li>• Renforcement des compétences du personnel à l'utilisation des normes et standards de soins.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stratégie nationale et programme national d'assurance de qualité des soins : non encore finalisés</li> </ul>	<p>Retard dans l'acquisition des fonds volontaires.</p>

## AXE STRATEGIQUE 2 : LUTTE CONTRE LA MALADIE:

Domaines	Succès	Problèmes	Observations
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ce programme est essentiel;</li> <li>• Nécessite des ressources financières additionnelles;</li> <li>• Ressources humaines disponibles;</li> <li>• À long terme ce programme contribuera à l'atteinte des OMD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Niger sorti des pays endémiques du poliovirus sauvage;</li> <li>• Augmentation de la couverture vaccinale du PEV de routine;</li> <li>• Mise en œuvre de l'approche ACD;</li> <li>• Bonne coordination des activités à travers le Core group et le CCIA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rupture en antigènes, en 2007;</li> <li>• Circulation du poliovirus non autochtone;</li> <li>• Existence de poches de population non couverte à emplacer par î ;</li> <li>• Non maîtrise de la population cible du PEV.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme de lutte contre le paludisme:</li> <li>• Ce programme est essentiel;</li> <li>• Disponibilité des ressources financières;</li> <li>• Existence de ressources humaines;</li> <li>• À long terme, ce programme contribuera à la réduction de la morbidité due au paludisme et de la mortalité liée à ce dernier.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre de la nouvelle politique de traitement;</li> <li>• Bonne couverture en MIILD;</li> <li>• Existence des sites sentinelles de surveillance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance de la formation du personnel sur la nouvelle politique de traitement;</li> <li>• Insuffisance des médicaments;</li> <li>• Sous-utilisation des moustiquaires imprégnées à l'insecticide.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme de lutte contre les IST/VIH/Sida:</li> <li>• Ce programme est essentiel;</li> <li>• Disponibilité des ressources financières;</li> <li>• Existence de ressources humaines;</li> <li>• A long terme, ce programme contribuera à l'atteinte de l' OMD 6.</li> <li>• Programme de lutte contre la tuberculose:</li> <li>• Ce programme est essentiel;</li> <li>• Disponibilité des ressources financières;</li> <li>• Existence de ressources humaines;</li> <li>• À long terme ce programme contribuera à l'atteinte de l'OMD 6.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Légère baisse du taux de séroprévalence dans le pays;</li> <li>• Existence des sites sentinelles de surveillance de seconde génération;</li> <li>• Existence de structures de coordination à tous les niveaux;</li> <li>• Mise en œuvre de l'Initiative nationale d'accès aux antirétroviraux.</li> <li>• Augmentation des taux de dépistage et de guérison;</li> <li>• Couverture de toutes les régions en DOTS;</li> <li>• Disponibilité des médicaments.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance du personnel formé en utilisation des ARV;</li> <li>• Insuffisance des centres prescripteurs des ARV;</li> <li>• Insuffisance des centres de dépistage volontaire.</li> <li>• Taux élevé d'abandon.</li> <li>• Faible coordination des activités.</li> <li>• Centralisation des activités ;</li> </ul>	
<p>Maladies à éradiquer et à éliminer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ce programme est essentiel;</li> <li>• Nécessité de ressources financières additionnelles;</li> <li>• Existence de ressources humaines.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Début de financement par le budget national ;</li> <li>• L'onchocercose est éliminée, la dracunculose est en voie d'être éradiquée (3 cas notifiés dont 1 importé en 2008), la lèpre en voie d'élimination ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisance des ressources pour les programmes de lutte contre la filariose, l'onchocercose et la lèpre ; Insuffisance des mécanismes de coordination.</li> </ul>	

Domaines	Succès	Problèmes	Observations
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place d'un Programme intégré de lutte contre les MTN (schistosomiasis, géo helminthes, filariose lymphatique, onchocercose et trachome);</li> <li>Disponibilité des médicaments contre la lèpre, l'onchocercose, le trachome.</li> </ul>		
<p>Surveillance épidémiologique :</p> <p><i>Ce programme est essentiel.</i></p> <p><i>Disponibilité des ressources financières ;</i></p> <p><i>Existence de ressources humaines</i></p> <p><i>À long terme, ce programme contribuera à la réduction de la morbidité et la mortalité dues aux maladies prioritaires.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Couverture en SIMR : 34/42 DS (81 %), complétude 100 % et promptitude 80 % dans la transmission des rapports des districts;</li> <li>Les épidémies sont détectées et confirmées dans les 24-48 heures;</li> <li>Regain d'intérêt pour les partenaires (coopérations canadiennes, Fonds de la Ligue arabe, l'OOAS, etc.);</li> <li>Existence des comités de gestion des épidémies à tous les niveaux;</li> <li>Disponibilité de données sanitaires à temps.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faiblesse ou absence des financements rend le domaine vulnérable et cela reste donc une menace pour sa pérennisation;</li> <li>Insuffisance de la couverture en SIM R;</li> <li>Insuffisance disponibilité et qualité du laboratoire;</li> <li>Faiblesse dans la disponibilité et de la qualité des médicaments</li> </ul>	
<p>Urgences sanitaires et catastrophes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Ce programme est essentiel ;</i></li> <li><i>Nécessité de disposer de ressources financières additionnelles ;</i></li> <li><i>Existence de ressources humaines ;</i></li> <li><i>À long terme, ce programme contribuera à la réduction de la morbidité et la mortalité dans le domaine.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilité d'un Plan de préparation et de riposte aux urgences sanitaires;</li> <li>Existence d'un système d'alerte précoce au niveau national et régional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance du financement.</li> </ul>	
<p>Maladies non transmissibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Ce programme est essentiel;</i></li> <li><i>Nécessité de ressources financières additionnelles;</i></li> <li><i>Insuffisance des ressources humaines pour la prise en charge des maladies buccodentaires;</i></li> <li><i>À long terme, ce programme contribuera à la réduction de la morbidité et la mortalité liées à ces maladies.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réalisation de l'enquête nationale de prévalence du diabète et de l'hypertension artérielle ;</li> <li>Etablissement d'un registre du cancer ;</li> <li>Réalisation d'une enquête nationale sur les maladies buccodentaires ;</li> <li>Amélioration du dépistage et de prise en charge des cas du noma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retard dans la mise en place des programmes de lutte contre les maladies non transmissibles.</li> </ul>	

## AXE STRATEGIQUE 3 : SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT:

Domaines	Succès	Problèmes	Observations
<p>Santé de la mère et de l'enfant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ce programme est essentiel;</i></li> <li>• <i>Nécessité de ressources financières additionnelles;</i></li> <li>• <i>Insuffisance des ressources humaines;</i></li> <li>• <i>À long terme, ce programme contribuera à la réduction de la morbidité et la mortalité infanto-juvéniles.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extension de la PCIME dans les districts ;</li> <li>• Introduction de la PCIME dans les programmes des écoles de santé publique ;</li> <li>• Démarrage de la PCIME communautaire ;</li> <li>• Mise en œuvre de la Feuille de route nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retard dans la mise en place des interventions en faveur des jeunes et adolescents ;</li> <li>• Insuffisance des ressources financières</li> </ul>	

## AXE STRATEGIQUE 4 : SANTÉ ET ENVIRONNEMENT:

Domaines	Succès	Problèmes	Observations
<p>Santé et Environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ce programme est essentiel</i></li> <li>• <i>Nécessité de ressources financières additionnelles</i></li> <li>• <i>Insuffisance des ressources humaines</i></li> <li>• <i>A long terme, ce programme contribuera à la réduction de la morbidité et la mortalité infanto-juvéniles</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'existence des technologies appropriées d'assainissement;</li> <li>• Existence de système efficace, d'identification et de maîtrise des risques sanitaires liés à la sécurité sanitaire des aliments (HACCP);</li> <li>• Décentralisation des activités;</li> <li>• Mise en œuvre des expériences pilotes en matière d'hygiène et d'assainissement en milieu communautaire (Kiota, Tama et Torodi);</li> <li>• Réalisation d'une enquête nationale sur la sécurité sanitaire des aliments et élaboration d'un projet de programme national en matière de sécurité sanitaire des aliments.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication interpersonnelle insuffisante;</li> <li>• Insuffisance de financement;</li> <li>• Insuffisance d'information et de sensibilisation des populations;</li> <li>• Capacité insuffisante en ressources humaines;</li> <li>• Absence de prise de conscience de l'efficacité de la promotion de la santé chez les décideurs et le grand public;</li> <li>• Absence d'un code d'hygiène publique.</li> </ul>	