

**STRATÉGIE DE COOPÉRATION  
DE L'OMS AVEC LES PAYS**

**RÉPUBLIQUE DU NIGER**

**2004-2007**



---

# SOMMAIRE

Abréviations .....	v
Préface .....	vii
1. Introduction .....	1
2. Cadre de politique institutionnelle de l'OMS : Orientations mondiales et régionales .....	3
2.1 Mission de l'OMS .....	3
2.2 Nouvelles méthodes de travail .....	3
2.3 Orientations stratégiques .....	4
2.4 Fonctions essentielles .....	4
2.5 Priorités mondiales et régionales .....	5
2.6 Stratégie pour une efficacité plus accrue de l'OMS .....	6
3. Analyse de la situation : Défis sanitaires et de développement .....	7
3.1 Profil du Pays .....	7
3.2 Profil sanitaire .....	10
3.3 Défis de santé et de développement .....	24
4. Aide au développement : Flux, instruments et coordination .....	27
4.1 Tendances générales de l'aide .....	27
4.2 Principaux partenaires du secteur de la santé et leurs domaines d'intervention .....	28
4.3 Mécanismes et Instruments de coordination du secteur .....	28
5. Coopération actuelle de l'OMS avec le Niger .....	29
5.1 Bureau pays .....	29
5.2 Appui du Siège et du Bureau régional de l'OMS .....	31
5.3 Forces, faiblesses, défis et opportunités de la coopération de l'OMS avec le Niger .....	32

## Sommaire

---

6.	Agenda stratégique de l'OMS avec le Niger .....	34
6.1	Réorientations de l'appui de l'OMS .....	34
6.2	Objectif général de l'OMS .....	34
6.3	Composantes de l'agenda stratégique .....	35
7.	Implications de l'Agenda stratégique pour l'OMS .....	42
7.1	Bureau pays OMS .....	42
7.2	Bureau Régional et Siège .....	43
8.	Suivi et évaluation .....	44
9.	Conclusion .....	45
	Références .....	46
Annexes		
1.	Processus détaillé d'élaboration de la SCP-Niger .....	48
2.	Liste des personnes et institutions contactées .....	51
3.	Principaux partenaires et domaines d'intervention dans le secteur de la santé .....	52
4.	Plan indicatif et cadre des ressources .....	55

---

## ABRÉVIATIONS

BM	Banque Mondiale
BCP	Bilan Commun de Pays
BP	Budget Programme
CCA	Country Common Analysis
CDTN	Confédération Démocratique des Travailleurs du Niger
CERMES	Centre de Recherches Médicales et Sanitaires
CNT	Confédération Nigérienne des Travailleurs
CSI	Centre de Santé Intégré
DTC	Diptérie Tétanos Coqueluche
EDSN	Enquête Démographique de Santé et Nutrition
EPA	Etablissement Public à Caractère Administratif
EPIC	Etablissement Public à Caractère Industriel et Commercial
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Agriculture et l'Alimentation
FMI	Fonds Monétaire International
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunizations
HKI	Helen Keller International
IDA	International Development Agency
IDH	Indice de Développement Humain
IPPTE	Initiative des Pays Pauvres Très Endettés
JICA	Japanese International Corporation Agency
MDO	Maladies à Déclaration Obligatoire
MSP/LCE	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies
NEPAD	New Partnership for Africa's Development
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUDI	Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel

## Abréviations

---

ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies pour la Lutte contre le SIDA
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PMT 3	Plan à Moyen Terme de 3e génération
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PDT	Plan De Travail
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PVVIH	Personnes Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
RBM	Roll Back Malaria (Faire Reculer le Paludisme)
SCP	Stratégie de Coopération avec les Pays
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
SRP	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
STEP	Surveillance des Maladies Non Transmissibles par Etapes
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UGTN	Union Générale des Travailleurs du Niger
UNDAF	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USAID	Agences des Etats Unis pour le Développement International
USD	United States Dollar
USTN	Union des Syndicats des Travailleurs du Niger
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## PRÉFACE

En l'an 2000, le Conseil exécutif de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a approuvé une stratégie institutionnelle pour orienter l'activité du Secrétariat de l'OMS. Cette stratégie institutionnelle souligne le rôle essentiel des pays pour l'action de l'Organisation, d'où la nécessité de traduire la stratégie mondiale en stratégies spécifiques, adaptées aux besoins de chaque pays. Ceci constitue le fondement des stratégies de coopération de l'OMS avec les pays (SCP)

La stratégie de coopération de l'OMS avec un pays donné, énonce les priorités stratégiques de l'Organisation pour son activité dans ce pays, priorités qui doivent guider une réponse intégrée des trois niveaux de l'Organisation : bureau de pays, Bureau régional et Siège. La SCP est l'expression claire de l'action de l'OMS en faveur des pays; le programme d'action stratégique qu'elle comprend orientera la coopération entre l'OMS et l'État Membre, pour le moyen terme. La SCP servira de référence pour les plans de travail de l'OMS et l'allocation des ressources de l'Organisation, que celles-ci proviennent des pays, de la Région ou du Siège ou bien d'autres sources telles que les centres collaborateurs.

Cette stratégie de coopération de l'OMS a été élaborée grâce à un processus élargi de consultations auquel ont pris part tous les niveaux de l'Organisation, le Ministère de la Santé, les autres institutions gouvernementales, le secteur privé, les organisations de la société civile, les institutions de formation et de recherche, les partenaires au développement et autres intervenants essentiels dans le domaine de la santé. Le processus a nécessité de profondes réflexions et l'analyse des problèmes prioritaires de santé et de développement ainsi que du rôle de l'OMS, en tenant compte de ses avantages comparatifs.

Reconnaissant l'ampleur du processus qui a conduit à l'élaboration de ce document, je voudrais féliciter le Gouvernement et tous les intervenants du secteur de la santé pour les efforts qu'ils ont déployés ainsi que leur active participation à ce travail. Pour moi, il ne fait aucun doute que le processus de la SCP aidera les pays à concentrer leurs efforts sur des problèmes de santé prioritaires et à coordonner l'action des différents partenaires et intervenants.

Le défi que nous devons maintenant relever consiste à traduire cette stratégie en actions concrètes, en vue d'améliorer la performance de l'OMS, au niveau des pays, et d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires pour les populations qui en ont le plus besoin.

Dr Ebrahim Malick Samba  
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique  
Organisation mondiale de la Santé



# 1 INTRODUCTION

La Stratégie OMS de coopération avec le Niger, couvrant la période 2004-2007, expression de la Stratégie institutionnelle, répond au contexte de la mise en oeuvre de la Stratégie de Réduction de la Pauvreté, adoptée en 2002 par le gouvernement, en vue de mieux faire face aux nombreux défis de développement auxquels le pays est confronté.

En effet, depuis 1990, le Niger est classé à l'avant dernier rang des 175 pays, selon l'Indice de Développement Humain (IDH),<sup>1</sup> dans le rapport mondial sur le développement humain du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). La situation socio-économique se traduit par une pauvreté profonde et généralisée qui touche plus de deux tiers de la population, particulièrement les femmes et le milieu rural. Elle résulte d'un ensemble de déficits socio-économiques et de vulnérabilités qui sont autant de défis majeurs auxquels le pays est confronté à différents niveaux : économique, social, environnemental, institutionnel et en terme de genre et de bonne gouvernance.

Aussi, les autorités nationales, avec l'appui des partenaires, sont-elles en train de mettre en oeuvre la Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP)<sup>2</sup> qui couvre la période 2002-2015. Cette SRP, cadre global de référence pour toute action de développement au Niger, a fait l'objet de consensus de tous les acteurs et partenaires ; elle prend suffisamment en compte les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Parallèlement, le Système des Nations Unies, au Niger, a élaboré le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF)<sup>3</sup> pour accompagner le Gouvernement.

La Stratégie OMS de coopération 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. Elle s'inspire notamment, des orientations contenues dans la stratégie institutionnelle de l'OMS, la déclaration du millénaire, la stratégie de lutte contre la pauvreté, le Plan de Développement Sanitaire (PDS),<sup>4</sup> le Bilan Commun de Pays (CCA),<sup>5</sup> le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD)<sup>6</sup> et d'autres documents de stratégies régionales et sous régionales.

---

<sup>1</sup> PNUD : Rapport mondial sur le développement humain, 2002, 2002

<sup>2</sup> Cabinet du Premier Ministre : Stratégie de Réduction de la Pauvreté, janvier 2002

<sup>3</sup> Coordination du Système des Nations Unies : Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement

<sup>4</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies : Plan National de Développement Sanitaire

<sup>5</sup> ONU : Coordination Résidente du Système des Nations Unies : Bilan Commun de Pays

<sup>6</sup> UNION AFRICAINE : Nouveau partenariat pour le développement en Afrique, octobre 2001

La Stratégie OMS de coopération avec le Niger servira à l'ensemble de l'Organisation pour son travail au Niger, notamment pour l'élaboration des budgets programmes biennaux, des plans de travail dans un contexte de lutte contre la pauvreté. Elle contribuera ainsi à mieux définir les axes d'intervention de l'OMS pour la période considérée. Elle décrit 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.

La méthodologie utilisée a été largement participative, faisant appel à des entretiens individuels structurés ou non, ainsi qu'à des consultations en groupes et à une revue documentaire. Une équipe constituée des membres du bureau OMS Niger, de représentants du bureau OMS Algérie et du bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a mis en œuvre le processus, en étroite collaboration avec le MSP, le Ministère des Finances, la Primature (cellule SRP), les partenaires multi et bilatéraux et la société civile.

Suite à l'analyse de la situation, à l'identification des défis majeurs auxquels le Niger est confronté, dans le secteur de la santé, aux orientations stratégiques nationales et régionales, et tenant compte des avantages comparatifs de l'OMS, trois axes stratégiques ont été retenus pour la période couvrant 2004 à 2007. Ces axes sont : (a) l'amélioration de la performance du système de santé, (b) la lutte contre la maladie et la gestion des urgences et des catastrophes, (c) la santé et l'environnement.

## 2 CADRE DE POLITIQUE INSTITUTIONNELLE DE L'OMS : ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES

Les méthodes de travail de l'Organisation Mondiale de la Santé ont changé, de manière significative, au fil des dernières années. Les réformes ont eu 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.

### 2.1 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).<sup>7</sup> La stratégie institutionnelle de l'Organisation et le cadre de la politique de coopération avec les Etats membres, dans la Région africaine, expriment les éléments clés à travers lesquels l'OMS essaie d'apporter la meilleure contribution possible à l'amélioration de la santé des populations, particulièrement celles de la Région africaine.

L'Organisation s'attelle à renforcer ses capacités techniques et intellectuelles, son rôle de " guide " en matière de santé et sa capacité de gestion.

### 2.2 Nouvelles méthodes de travail<sup>8</sup>

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, les stratégies et les principes de santé, en veillant à l'acquisition de données de recherche, de connaissances et de compétences techniques et à leur application;

---

<sup>7</sup> Programme général de travail, 2002-2005, OMS

<sup>8</sup> Idem

- d'inciter à mener une action plus efficace pour promouvoir et améliorer la santé afin de réduire les inégalités dans le domaine de la santé, en négociant des partenariats et en se prévalant du rôle de catalyseur joué par d'autres ;
- 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 étendre l'influence de l'Organisation dans le monde.

### 2.3 Orientations stratégiques<sup>9</sup>

L'OMS s'est donné 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 dans les 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, 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.

### 2.4 Fonctions essentielles<sup>10</sup>

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

- énoncer des politiques et des prises de position cohérentes, conformes à l'éthique et reposant sur des bases factuelles;
- gérer l'information, évaluer les tendances et comparer les performances des systèmes de santé; stimuler des actions de recherche et développement et en établir le programme;
- favoriser le changement par un appui technique et politique, selon des modalités qui facilitent l'action et aident à mettre en place des capacités nationales durables dans le secteur de la santé;

---

<sup>9</sup> Programme Général de Travail (PGT), 2002-2005, OMS

<sup>10</sup> Document EB 105/3 : " Une stratégie institutionnelle pour le secrétariat de l'OMS "

- négocier et entretenir des partenariats nationaux et mondiaux;
- fixer, valider, contrôler et faire respecter des normes et des critères;
- encourager l'élaboration et la mise à l'essai de technologies, d'outils et de principes directeurs nouveaux pour la lutte contre la maladie, la réduction des risques, la gestion des soins et les prestations de santé.

### 2.5 Priorités mondiales et régionales

Pour répondre à la nécessité de rendre ses interventions plus efficaces, et compte tenu de ses ressources limitées, l'OMS a sélectionné un certain nombre de priorités pour les années à venir. Les critères d'établissement de ces priorités sont les suivants :

- possibilité de réduire sensiblement, grâce aux interventions existantes, la charge de morbidité d'un bon rapport coût/efficacité;
- importantes répercussions des problèmes de santé sur le développement socio-économique, touchant les pauvres de manière disproportionnée;
- besoin urgent de nouvelles technologies;
- possibilités de réduire les inégalités de santé, dans les pays et entre les pays;
- avantages de l'OMS, surtout en ce qui concerne l'offre de biens publics ; de politiques, de stratégies et de normes consensuelles ; création et gestion de partenariats;
- demande d'appui émanant de nombreux Etats Membres.

Les priorités mondiales sélectionnées sur la base de ces critères incluent : le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose; la santé maternelle; la santé mentale; la lutte contre le tabagisme; les maladies non transmissibles; la sécurité alimentaire; la sécurité sanguine; les systèmes de santé, la santé et l'environnement.

La Région africaine a opté pour douze domaines prioritaires : développement des systèmes de santé; contrôle des maladies transmissibles y compris le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et la sécurité transfusionnelle; santé maternelle; santé de l'enfant et de l'adolescent ; santé mentale; contrôle des maladies non transmissibles y compris le cancer, les maladies cardio-vasculaires, le diabète et les maladies respiratoires chroniques obstructives; promotion de la santé; santé et environnement ; nutrition; préparation et réponse aux situations d'urgence et aux épidémies ; pauvreté et santé; médicaments essentiels (y compris médecine traditionnelle).

### 2.6 Stratégie pour une efficacité plus accrue de l'OMS

La mise en oeuvre 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 développement, l'implication d'autres partenaires, les interventions de l'OMS, en cours, dans le pays et avec lui. 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 davantage son rôle de conseiller, d'agent catalyseur, et à n'envisager son implication dans des activités de routine que dans le cadre d'initiatives précises bien identifiées, et pour un temps limité.

Une typologie opérationnelle des fonctions de l'OMS, au niveau des pays, a été développée sur la base des fonctions essentielles décrites plus haut :

- soutenir la mise en œuvre d'activités de routine à long terme;
- créer un effet catalytique par l'adoption de stratégies et d'innovations; proposer des directives adaptées au pays; stimuler leur mise en œuvre à grande échelle;
- soutenir la recherche et le développement; stimuler le suivi du secteur de la santé et de sa performance;  
faciliter les échanges d'informations et de connaissances : options et positions génériques en matière de santé, directives et plaidoyer;
- assumer le rôle de conseiller technique de haut niveau, en matière de politiques spécifiques au pays; jouer un rôle de facilitateur; influencer les choix de politiques mais aussi l'action et l'allocation des ressources du gouvernement et des autres partenaires au développement.

## 3 ANALYSE DE LA SITUATION DU PAYS : SANTÉ ET DÉFIS DE DÉVELOPPEMENT

### 3.1 Profil du pays

Le Niger est situé à l'est de l'Afrique occidentale, en zone Sahélo Saharienne. Sa superficie est de 1 267 000 Km<sup>2</sup>. Pays enclavé, Niamey sa capitale, est à 1 035 Km de Cotonou, le port le plus proche.<sup>11</sup> Le pays présente du Sud au Nord, trois zones climatiques : la zone soudanienne humide, la zone sahéenne sèche et la zone saharienne désertique qui couvre les 4/5 du pays.

La population nigérienne est estimée à 11 000 000 habitants avec un taux d'accroissement annuel de 3,1% et un indice synthétique de fécondité de 7,5 enfants (Recensement général 2001). La densité globale est de 8,5 habitants/Km<sup>2</sup>. Le taux brut de natalité est de 52 pour mille. Avec le taux actuel d'accroissement, la population nigérienne sera de 22,5 millions d'habitants en 2025.<sup>12</sup> Les femmes représentent 50,1% de la population et les hommes 49,7%. Les femmes en âge de procréer constituent 42,6% de la population. La population des moins de 5 ans représente 20,1%, celle des moins de 15 ans 51% et celle de plus de 65 ans 5,3 %.<sup>9</sup>

L'exode saisonnier vers les pays de la sous région, touche 34% des hommes et il existe aussi un nomadisme interne dont l'importance n'est pas chiffrée. La population urbaine est de 19,5%. La religion dominante est l'islam avec plus de 95% de musulmans. En 2002, le taux d'analphabétisme, chez les adultes est de 83,5 % et le taux brut de scolarisation de 41,7%, un des plus bas au monde.<sup>13</sup> De façon globale, la situation démographique est caractérisée par une forte croissance malgré une mortalité élevée.

#### Situation socio-économique

Le Niger appartient au groupe des pays les moins avancés (PMA). Selon l'Indice du Développement Humain (IDH) publié en 2003, il est classé 174ème sur 175 pays.

En 2002, le PIB par habitant, était de 170 USD.

---

<sup>11</sup> OMS-NIGER : Profil pays, Niger, 1994

<sup>12</sup> Ministère de l'Economie et des Finances - Fonds des Nations Unies pour la Population : Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2001, Résultats provisoires, décembre 2002

<sup>13</sup> Ministère de l'Education de Base 1 et de l'Alphabétisation : Rapport annuel 2002, 2002

## Analyse de la situation du pays

---

Le taux de croissance du PIB, en termes réels, était de l'ordre de 1,9% en moyenne par an, de 1990 à 2000. La structure du PIB, en 2001, se présentait comme suit :

- secteur primaire : 41% ;
- secteur secondaire : 13%
- secteur tertiaire : 46%.

L'économie repose sur le secteur agricole.

En 2001, l'encours de la dette publique s'élevait à 2.123.166.667 USD et représentait 99,7% du PIB. Le service de la dette extérieure représentait 33,7% des recettes budgétaires et 25,1% des exportations des biens et services. La dette intérieure était estimée, en 2002, à environ 500.000.000 USD.<sup>14</sup>

Depuis 1982, l'économie du pays est sous ajustement. En 2000, le Niger a été admis à l'Initiative des Pays Pauvres très Endettés (IPTE). Les ressources IPTE, au titre des années 2001 et 2002, ont été estimées à 31.650.000 USD ; elles ont servi essentiellement, à financer le Programme spécial du Président de la République axé sur la santé, l'éducation, l'eau et l'agriculture.<sup>15</sup>

En 2002, le Niger a adopté la Stratégie de Réduction de la Pauvreté qui servira de cadre de développement, pour la période 2002-2015. La situation économique, ces dernières années, est caractérisée par une faible croissance (en moyenne 2,7%, en termes réels, entre 1990 et 2002) contre une croissance démographique annuelle estimée à 3,1%.

### Gouvernance

Les élections présidentielles et législatives de 1999 ont mis fin à une période de dix ans d'instabilité politique et institutionnelle, caractérisée par des tensions sociales fréquentes ayant eu pour conséquence le retard de la reprise économique. Le Niger a entrepris plusieurs réformes visant la décentralisation administrative, pour une meilleure implication des populations dans la prise en charge de leur développement.

Il existe une société civile dynamique intervenant dans plusieurs volets de la vie économique, sociale et culturelle. Dans ce cadre, on peut souligner l'existence et l'apport significatif des ONG et Associations oeuvrant dans le domaine de la santé.

---

<sup>14</sup> Ministère de l'Economie et des Finances : Bilan des programmes de réformes économiques et financières 1996-2002, décembre 2002

<sup>15</sup> Programme Spécial du Président de la République : Santé et développement agricole, juillet 2002

Les syndicats regroupés en quatre centrales (USTN, CNT, CDTN, UGTN), constituent une véritable force sociale organisée qui assume pleinement son rôle sur l'échiquier national.

Depuis 1990, on assiste à l'émergence des médias privés dont la liberté est garantie par la Loi. Le Niger compte 77 radios privées dont 68 communautaires, une télévision publique, une télévision privée et 27 journaux privés. Afin de mieux promouvoir le secteur de la communication, le Niger dispose d'une Politique Nationale de Communication pour le Développement qui vise à renforcer la liberté et le pluralisme de la presse, à libéraliser davantage le secteur de l'audio visuel et à promouvoir les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC).

En matière de genre, l'analyse des rapports sociaux a révélé une situation de déséquilibre général en faveur des hommes. Sur le plan politique, on compte une seule femme au parlement et quatre femmes sur un total de 29 ministres. Dans le domaine de l'éducation, il existe d'importantes disparités, avec un taux net de scolarisation de 25%, pour les filles, contre 35% pour les garçons; au niveau de l'enseignement supérieur, les femmes représentent seulement 1% seulement des effectifs.

Concernant l'accès aux services de santé, seuls 5% des besoins obstétricaux sont couverts. La couverture en consultations prénatales et planification familiale reste très faible : respectivement 40,4% et 4,6%, selon l'EDSN-1998. Même si en matière d'emploi, la loi consacre l'égalité entre l'homme et la femme, il existe, dans la réalité, une disparité énorme : 16% seulement des agents du secteur privé et 17% de ceux du secteur public sont des femmes.<sup>12</sup> Cette situation est sans conteste, l'une des causes déterminantes du faible niveau de développement humain.

Quant à la lutte contre la corruption, la législation en matière de passation des marchés publics, a été révisée, de plus, il existe une association nationale de lutte contre la corruption.

### Santé et pauvreté

La pauvreté mène à un mauvais état de santé, de même, un mauvais état de santé contribue à la pauvreté. Par ailleurs, il est désormais largement reconnu que, de faibles états de santé, une mauvaise nutrition et une fécondité élevée constituent un aspect clé de la pauvreté. On estime que 63 % des nigériens ne disposent pas d'un dollar par jour, pour assurer le minimum de subsistance ; 34% de cette population vit en dessous du seuil d'extrême pauvreté. Cette pauvreté touche surtout la femme (73%).<sup>2</sup> Plus de la moitié des nigériens n'ont pas accès aux services de santé et à

peine 50% ont accès à l'eau potable. Le taux de couverture en évacuation hygiénique des excréta, n'est que de 18% et cache d'énormes disparités entre l'urbain et le rural.<sup>2</sup>

Dans ce contexte de pauvreté, la généralisation du recouvrement des coûts, introduite en 1995, a certainement un impact sur l'utilisation des services de santé qui mériterait d'être évaluée. Ainsi, la capacité du secteur de la santé à répondre aux besoins des pauvres, la responsabilisation par rapport aux objectifs sociaux, de même que la participation des pauvres à la conception, à la planification et au suivi des services de santé sont autant de défis majeurs auxquels le système de santé doit faire face.

De l'analyse du système de santé et de son financement, il ressort que, malgré l'application des différentes politiques et orientations stratégiques, depuis l'accession du pays à l'indépendance, le système de santé nigérien est peu performant. Cela a pour conséquence la précarité de l'état sanitaire des populations qui va en s'aggravant avec la pauvreté, de plus en plus grandissante et l'émergence de nouvelles maladies. Cette analyse a aussi permis de dégager les nombreux défis auxquels le secteur est confronté ainsi que les atouts et opportunités pour y faire face.

### 3.2 Profil sanitaire

Le faible niveau d'éducation, en particulier celui des femmes, la pauvreté, la malnutrition, l'accès limité à l'eau potable et à l'assainissement de base favorisent le développement des maladies. En dépit de la mise en œuvre des programmes sanitaires et de l'appui multiforme des partenaires au développement, les indicateurs de santé sont nettement en dessous des normes minimales internationales. Selon le rapport 2000 de l'OMS, sur la santé, le Niger, avec 46,2 ans d'espérance de vie à la naissance, est classé :

- 188ème sur 191 pays, avec 50,1 % pour les résultats globaux du système de santé,
- 177ème sur 191 Etats membres, avec un indice de 0,327 de performance, en matière de santé.<sup>16</sup>

### Etat de santé des populations

L'état de santé des enfants reste caractérisé par une forte mortalité des moins de 5 ans (280 pour 1000). Ce taux affiche, ces dix dernières années, une tendance sensible à la baisse. La mortalité infanto juvénile est moins importante en milieu

---

<sup>16</sup> OMS, Genève : Rapport sur la Santé dans le Monde, 2000

urbain (168 pour mille) qu'en milieu rural (293 pour mille). La mortalité infantile (126 pour 1000), est nettement moins élevée en milieu urbain (75 pour mille) qu'en milieu rural (131 pour mille).<sup>17</sup> De meilleures conditions sanitaires et de vie, dans les zones urbaines, expliqueraient ces différences de dans le taux de mortalité.

Les principales causes de mortalité, à savoir les infections respiratoires aiguës (IRA), le paludisme, les maladies diarrhéiques, les traumatismes et les brûlures représentent près 70% de la mortalité globale des enfants de moins 5 ans.<sup>18</sup> Les causes de la mortalité néonatale sont la souffrance fœtale, les infections et l'insuffisance pondérale à la naissance.

La malnutrition constitue le principal facteur aggravant de toutes ces maladies, avec plus de 39,8% des enfants de moins de 5 ans qui souffrent d'une insuffisance pondérale, dont 19,5% sous une forme sévère.<sup>12</sup> La prévalence de la diarrhée est particulièrement importante chez les jeunes enfants. On enregistre 5 à 6 épisodes par an et par enfant de moins de 5 ans.

La mortalité maternelle reste très élevée, avec 700 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ses causes directes sont les hémorragies (20%), les anémies (20%), les infections puerpérales (18%), les éclampsies (12%) et les ruptures utérines (10%). En plus des conditions socioculturelles défavorables (pratiques néfastes, mariages précoces, multiparité), la mortalité maternelle est due à la faible couverture des besoins obstétricaux essentiels par les services de santé de base et les hôpitaux de référence et ce, pour des raisons liées à l'insuffisance de l'offre et à l'inaccessibilité financière. Le petit nombre de formations sanitaires (24) où les interventions obstétricales sont pratiquées,<sup>13</sup> atteste des faiblesses de la prise en charge au Niger.

### Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique du Niger est caractérisé par la prédominance des maladies transmissibles endémo - épidémiques et l'émergence des maladies non transmissibles.

### Maladies transmissibles prioritaires

Parmi les maladies transmissibles prioritaires posant un grave problème de santé publique, figurent :

---

<sup>17</sup> Enquête Démographique et de Santé, DHS, 1998, NIGER

<sup>18</sup> Ministère de la Santé : Santé et Pauvreté au Niger; Vers les Objectifs Internationaux, Rapport préliminaire, juillet 2002

<sup>12</sup> Enquête Démographique et de Santé, DHS, 1998, NIGER

<sup>13</sup> Ministère de la Santé : Santé et Pauvreté au Niger ; Vers les Objectifs Internationaux, Rapport préliminaire, juillet 2002

- *Le paludisme*

Une des premières causes de morbidité générale au Niger, avec en moyenne, 850.000 cas notifiés par an, soit une incidence moyenne de 80 cas pour 1 000 habitants. Les groupes les plus vulnérables sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.<sup>19</sup> Des tests de chimio - sensibilité pratiqués in vivo, en 2001, ont montré 14,5 % de résistance à la Chloroquine.

En matière de prise en charge, l'enquête nationale de collecte des données de base pour la Stratégie Mondiale RBM, a montré que juste 15,3 % des malades vus en consultations externes et 33,3 % des formes graves hospitalisées sont correctement pris en charge dans les formations sanitaires. Seulement 5% de la population utilise la moustiquaire imprégnée d'insecticide.<sup>20</sup>

Le Niger a adhéré à l'initiative RBM et dispose d'un plan stratégique quinquennal 2001-2005.

- *L'infection à VIH/SIDA*

Le taux de séroprévalence est de 0,87 % dans la population adulte (15 à 49 ans), 25,6% chez les professionnelles du sexe et 3,6% chez les militaires, selon l'enquête nationale de séroprévalence réalisée en 2002.<sup>21</sup> Cependant, même si la séroprévalence de l'infection à VIH reste faible, il existe des facteurs pouvant contribuer à une propagation rapide de l'infection. Ces facteurs sont liés aux différents comportements à risque (rapports sexuels non protégés), à la grande vulnérabilité des femmes, des jeunes et des populations mobiles et à l'analphabétisme.

Le pays dispose d'un plan stratégique multisectoriel à moyen terme (PMT3), couvrant la période 2003-2006 et prenant en compte l'Initiative " 3 by 5 ".

- *La tuberculose*

On estime, de façon générale, la prévalence de la tuberculose à microscopie positive (TPM+) à 3%<sup>22</sup> et l'incidence à 1,5 pour 1000 ; ce qui correspond à un risque annuel d'infection d'environ 2 à 3% . Les problèmes majeurs entravant la lutte contre la tuberculose restent le faible taux de dépistage (58%), le faible taux de guérison

---

<sup>19</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies : Plan stratégique quinquennal de lutte contre le paludisme, 2000-2005

<sup>20</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies : Rapport de collecte des données sur la morbidité et la mortalité, pour le suivi et évaluation de FR/RBM, juillet 2003

<sup>21</sup> Cabinet du Premier Ministre : Plan du cadre stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA

<sup>22</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies : Plan National de Lutte contre la Tuberculose, 2002-2006

(57 %), un taux élevé d'abandon (16%), un approvisionnement irrégulier et insuffisant en médicaments et réactifs des Centres de Dépistage et de Traitement (CDT) et des Centres de Traitement (CT).

La stratégie du traitement par observation directe (DOTS), ne couvre que 60% des malades. On observe de plus en plus de cas de chimiorésistance et une association de l'infection à VIH/SIDA chez 20 à 23% des malades tuberculeux.

- *Les schistosomiasés*

La prévalence de la bilharziose urinaire, forme prédominante, varie de 24 à 90 %, selon les systèmes écologiques, c'est-à-dire, les régions du fleuve Niger, du Lac Tchad, du Goulbi, de Maradi et des Maggia de l'Ader. Les hommes sont plus touchés que les femmes, la tranche d'âge de 5 à 20 ans est la plus concernée. Dans les zones de forte prévalence, les complications rénales (hydronéphroses) sont fréquentes (30%) chez les enfants de 7 à 14 ans.

### Maladies à éradiquer et à éliminer

Parmi les maladies à éradiquer ou à éliminer figurent la poliomyélite, le tétanos maternel et néonatal, le trachome, la filariose lymphatique ; elles constituent un problème de santé publique et évoluent sous forme endémique.

Par contre, la dracunculose est en voie d'éradication (de 31 000 cas, en 1991 à 93 cas, en 2003) et la lèpre est en voie d'élimination (1,19 cas pour 10 000 habitants en 2003).<sup>23</sup>

L'onchocercose ne constitue plus un problème de santé, mais sa surveillance épidémiologique reste en vigueur.

### Maladies à potentiel épidémique

La population reste confrontée, chaque année, aux épidémies de méningites à méningocoques. La méningite est endémique, avec de nombreuses poussées épidémiques de plus en plus rapprochées. Dans les années 1986 (20 140 cas) et 1995 (43 203 cas) les nigériens ont été particulièrement affectés<sup>18</sup> par ces épidémies. Ces dernières années, on observe une diminution significative de l'incidence annuelle de la méningite (8 782 cas en 2003) grâce au renforcement des activités de surveillance, de laboratoire et de prise en charge des cas.

---

<sup>23</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies : Système National d'Information Sanitaire

Les épidémies sont essentiellement dues à la souche de *Neisseria meningitidis* du sérogroupe A.

Mais l'émergence de la souche *Neisseria meningitidis* W135, en proportion croissante, au cours de ces quatre dernières années, constitue une difficulté supplémentaire dans la stratégie de prévention et de contrôle de la maladie, d'autant plus que le vaccin contre cette souche reste coûteux et très peu disponible sur le marché international.

### Les autres maladies à potentiel épidémique sont

- La rougeole dont les épidémies se déclarent chaque année, avec une incidence annuelle moyenne de 43 000 cas recensés entre 2000 et 2003, dans les formations sanitaires du pays. La dernière épidémie date de 2003 avec 50138 cas notifiés. Une enquête approfondie a montré que le taux de létalité de la maladie avoisine 9 %. Le taux de couverture vaccinale varie en dents de scie et reste faible (33 % de moyenne nationale et annuelle).
- Le choléra apparaît presque chaque année, en période hivernale, dans les régions de la bande Sud du pays, avec une population à risque estimée à 83 % de la population générale et une létalité variant entre 5 et 20 %, selon les rapports mensuels sur les maladies à déclaration obligatoire du Ministère de la Santé Publique.
- Les Shigelloses sont de plus en plus connues, avec l'apparition des premières épidémies à Téra, Kollo, Say, Gaya, Diffa, de 2000 à 2002.
- La fièvre jaune, même si aucun cas n'a été signalé, par défaut de surveillance, depuis deux décennies, présente une menace pour le pays avec l'existence de foyers actifs dans certains pays limitrophes du Sud et une couverture vaccinale nationale faible variant de 25 à 32 %.

Pour toutes ces maladies à potentiel épidémique, des actions sont en cours en vue de réduire leur morbidité et leur mortalité.

### Maladies non transmissibles

La situation des maladies non transmissibles est assez mal connue car, à l'inverse des maladies infectieuses, il n'existe pas de système de surveillance continue. Cependant, des enquêtes nationales ou localisées, ont permis d'observer les tendances et l'ampleur de certaines d'entre elles. Les résultats de l'enquête nationale de 2002, ont montré que la prévalence de l'HTA est de 8 %, chez les populations sédentaires et 5,6 %, chez les populations nomades, de 26 %, dans la population des sujets âgés de plus 60 ans. Les femmes sont les plus

touchées. La prévalence du diabète, dans la population générale, est 2,2 %, avec une létalité intra hospitalière de 17 %.<sup>24</sup> Les données hospitalières, de 1993 à 1995, montrent que parmi les cancers, la fréquence du cancer du col utérin est de 17,3 % et celle du cancer du sein 12,4%.<sup>25</sup>

La fréquence de la drépanocytose varie de 22 à 30 % dans la population générale du pays.

En ce qui concerne les affections bucco-dentaires, la prévalence de la carie dentaire et des gingivites varient selon l'âge : elle est de 68 % pour la carie et 99 % pour les gingivites, chez les sujets âgés de 18 ans.

Quant au noma, une augmentation des cas dépistés (de 83 en 1993 à 155 en 2002) a été observée, au cours de ces dernières années, grâce aux activités du nouveau programme national de lutte contre le noma.

Les autres maladies non transmissibles comme la santé mentale et le tabagisme restent une source de préoccupation pour les autorités sanitaires nationales.

Avec l'évolution de la situation économique, démographique et sociale, la fréquence des maladies non transmissibles est appelée à croître régulièrement et les actions préventives, en faveur des principaux facteurs de risques doivent être envisagées précocement.

### Santé et environnement

Les facteurs environnementaux qui ont une influence significative sur la santé publique sont, entre autres :

- Le faible accès à l'eau potable : seulement 41% des ménages nigériens ont accès à l'eau potable. Cette faible accessibilité à l'eau potable, associée à la pollution de l'eau de surface ou à la contamination de l'eau de boisson, est à l'origine de certaines maladies hydriques comme le choléra.<sup>26</sup>
- L'insuffisance de l'évacuation des eaux usées, des ordures ménagères et des excréments. En effet, les équipements d'évacuation des eaux usées sont quasi-inexistants; quant aux ordures ménagères, les communes du pays n'en évacuent que 40% du total. En matière d'évacuation des excréta, 82 % des ménages nigériens ne disposent d'aucune forme de latrine.<sup>21</sup>

---

<sup>24</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies : Enquête sur L'hypertension et le diabète, 2002

<sup>25</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies : Données hospitalières du cancer du col utérin et du cancer du sein

<sup>26</sup> Multiples Indicator Cluster Sample Survey MICSS 2, 2000

- Les maladies liées à la contamination de la chaîne alimentaire : on n'en maîtrise pas encore la fréquence ; de plus, le suivi de la qualité et de l'hygiène des aliments demeure au stade embryonnaire.

Par ailleurs, le fort taux d'analphabétisme (83,5 %), le taux d'accessibilité des ménages aux médias (33 %) de même que l'absence de politique et de lignes directrices, en matière de promotion de comportements et d'environnement favorables à la santé, expliquent, dans une certaine mesure, la persistance des comportements à risque et un environnement insalubre.

### Développement des Systèmes de Santé

#### *Politiques et orientations stratégiques*

La constitution de la République du Niger de 1999, stipule en son article 11, que " chaque nigérien a droit à la vie, à la santé, à la liberté, à la sécurité, à l'intégrité physique et mentale, à l'éducation et à l'instruction, dans les conditions définies par la loi ". Au lendemain de l'indépendance (1960), la politique sanitaire était axée essentiellement sur la médecine curative individuelle.

A partir de 1974, l'option fondamentale était de pratiquer une médecine globale et intégrée, coordonnant les activités préventives, curatives et promotionnelles, pour toutes les communautés, et visant l'autosuffisance sanitaire.

Le Niger a souscrit à plusieurs déclarations régionales et internationales dont celle de Alma - Ata en 1978, du scénario de développement sanitaire en 3 phases (Lusaka en 1985) et de l'Initiative de Bamako en 1987.

Le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 1994-2000 a favorisé l'adoption et la mise en œuvre de la Politique Sectorielle de Santé et la politique pharmaceutique nationale, en 1995. Son évaluation a révélé certaines insuffisances bien qu'une réduction de la mortalité infanto - juvénile, de 318 pour mille à 280 pour mille, ait été observée.<sup>27</sup>

En 2002, le gouvernement a adopté une nouvelle politique de santé, défini des orientations stratégiques 2002-2011 et élaboré un plan national de développement sanitaire (PNDS) 2004-2008, en prenant en compte toutes les composantes santé de la SRP.<sup>2</sup>

---

<sup>27</sup> Ministère de la santé publique : Analyse de la situation sanitaire du Niger 1994-2000, novembre 2000

<sup>2</sup> Cabinet du Premier Ministre : Stratégie de Réduction de la pauvreté, janvier 2002

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

Le système de santé est structuré en trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

Le niveau central, constitué par le Cabinet du ministre et les Directions centrales, est le lieu de définition de la politique sanitaire, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances.

Le niveau intermédiaire, constitué de 8 Directions Régionales, est chargé de la coordination et de l'appui, au niveau périphérique ou opérationnel, constitué de 42 Districts.

Le niveau périphérique composé de 42 districts sanitaires constitué chacun d'un hôpital et d'un réseau de CSI et de cases de santé. C'est le niveau d'opérationnalisation des politiques et stratégies.

Du point de vue organisationnel, le nouvel organigramme, défini depuis novembre 2003, n'est pas encore en vigueur, et l'absence d'attributions claires, des différentes directions centrales, influe négativement sur l'efficacité du système, avec comme conséquences, la faiblesse de coordination, de monitoring, de suivi et d'évaluation des interventions dans le secteur.

Selon l'enquête de L'University Research Corporation (URC, 2003), sur l'évaluation de la qualité de la prise en charge des enfants, dans les hôpitaux au Niger, on note que les hôpitaux nationaux, régionaux, et de districts ne prennent pas correctement en charge 84% des cas graves, et 64% des cas ordinaires. De plus, le système de référence et de contre référence n'est pas assuré.<sup>28</sup>

### **Les infrastructures sanitaires**

Elles sont constituées de 3 hôpitaux nationaux, 6 centres hospitaliers régionaux, 3 maternités de référence, 6 centres nationaux de soins spécialisés, 42 Hôpitaux de district, trois hôpitaux privés et confessionnels, 146 centres de santé intégrés de type 2 (CSI avec maternité), 432 centres de santé intégrés de type 1 (CSI sans maternité) et 650 cases de santé (centre de santé géré par un agent de santé communautaire) fonctionnelles sur les 1201 construites.

---

<sup>28</sup> URC : enquête dans les formations sanitaires, Novembre 2003

Le système comprend 3 niveaux :

- Le premier niveau (opérationnel) s'articule autour du district sanitaire, avec son réseau de centres de santé intégrés et de cases de santé.
- Le deuxième niveau correspond à l'hôpital régional.
- Le troisième niveau correspond aux hôpitaux et maternités de référence nationale.

Il existe des centres spécialisés de référence : le Centre National Antituberculeux (CNAT), le Centre National Dermato - lèpre (CNDL) et le Centre National de Santé de la Reproduction (CNSR). Il faut aussi souligner l'existence d'autres établissements d'appui : le Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise (LANSPEX), le Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES), l'Office National des Produits Pharmaceutiques et chimiques (ONPPC), avec 48 officines; le Centre National de Radio Protection de Niamey et 3 écoles de formation paramédicale.

Le secteur privé compte près de 200 établissements de soins (salles de soins, cabinets médicaux); à cet ensemble s'ajoutent 7 centrales d'approvisionnement et 42 pharmacies privées.

En terme de ratios, la couverture est la suivante :

- 1 centre de santé pour 25 000 habitants
- 1 officine pharmaceutique pour 22 500 habitants
- 1 lit général pour 3190 habitants
- 1 lit de maternité pour 577 naissances attendues
- 1 lit de pédiatrie pour 13 540 enfants de moins de 15 ans

Les ratios population/formation sanitaire varient selon les régions, de 8 950 à 30 680. Les régions les plus peuplées comme Maradi, Tahoua, Zinder et Tillabéri sont les moins pourvues.

### Les ressources humaines

En 2003, l'effectif du personnel du secteur de la santé, toutes catégories confondues, a été estimé à 4 481 agents. Les femmes représentaient 47,5% contre 52,5% pour les hommes. L'analyse de la distribution du personnel révèle d'importantes disparités entre les régions, et au niveau des régions, entre le milieu urbain et le milieu rural.

La communauté urbaine de Niamey qui représente 7% de la population totale, emploie 34% de l'effectif du personnel. Par ailleurs, 65 % de l'effectif du personnel travaille dans les chefs-lieux de département, contre 35% en zones rurales.<sup>22</sup>

Le pays dispose de très peu de spécialistes, si l'on se réfère aux besoins réels des populations. Les disciplines où les besoins sont les plus importants sont : la chirurgie, la gynécologie et la biologie. De façon générale, le personnel reste insuffisant, relativement aux normes internationales, comme l'indique le tableau ci-dessous :

**Tableau N°II : Situation du personnel, par catégorie, en comparaison avec les normes de l'OMS**

Catégorie	Effectif actuel	Besoins selon normes OMS	Ecart	Normes OMS	Situation actuelle
Médecins	257	1 190	933	1 pour 10 000	1 pour 46 290
Pharmaciens	14	535	521	1 pour 20.000	1 pour 849 757
Dentistes	12	238	226	1 pour 50.000	1 pour 991.383
Infirmiers	2263	2 379	116	1 pour 5.000	1 pour 5257
Sages Femmes	435	523	88	1 pour 5.000	1 pour 6017

*Source : MSP/LCE, octobre 2003*

La formation initiale est assurée, pour les paramédicaux, par 2 écoles nationales de santé publique (Niamey et Zinder) et une école privée créée en 2002. Les programmes de formation ne sont plus adaptés aux réalités nationales, et leur révision est bloquée depuis des années, compte tenu des incidences financières inhérentes à son adoption.

L'institut de santé publique, créé en 1999, formant des spécialistes paramédicaux, a sorti, en 2002, sa première promotion de 19 cadres de santé dont 14 en santé communautaire et 5 en Information, éducation et Communication.

La Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Niamey, créée en 1974, forme en moyenne, 34 médecins par an. Une section de spécialisation, en chirurgie générale (DES), a été ouverte en 1998, et la première promotion est sortie en décembre 2003. Une autre section de spécialisation, en gynéco obstétrique, a été ouverte en 2001.

Ces dernières années, compte tenu de l'ajustement structurel, le recrutement des agents de santé, dans la fonction publique, est resté très limité.

---

<sup>22</sup> Ministère de la Santé Publique : Analyse de la situation sanitaire du Niger, 1994-2000, novembre 2000

### Système de surveillance épidémiologique

La collecte et la notification des données, sur les maladies transmissibles, ont été possibles grâce à la mise en place d'un système national d'information sanitaire (SNIS). Les données collectées vont du Centre de santé intégré, au niveau du district sanitaire, à la Direction Régionale de la Santé Publique qui les transmet au niveau central. La rétro information est faite à travers des bulletins trimestriels ou mensuels sur les Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO).

De 1992 à 2002, 10 maladies étaient sous surveillance. Avec la mise en œuvre de la Surveillance intégrée des maladies et Riposte (SIMR), 13 autres maladies ont été rajoutées sur la liste, faisant un total de 23 maladies.

L'évaluation du système national de surveillance épidémiologique, en juillet 2002, 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.

La principale force ainsi identifiée, est l'existence de centres de surveillance régionaux et de districts opérationnels. Par ailleurs, pour appuyer la surveillance, un réseau national des laboratoires a été créé et doté en réactifs et matériels de laboratoire.

Toutefois, les points suivants méritent une amélioration : l'insuffisance du suivi de la courbe de tendance des maladies prioritaires; l'utilisation insuffisante des données pour la prise de décisions; le retard dans la transmission des rapports au niveau central et la non intégration des maladies non transmissibles dans la surveillance épidémiologique actuelle.

### Utilisation des services de soins et de santé

Seul 1 nigérien sur 3 utilise une structure de soins curatifs. Dans le domaine préventif et promotionnel, le taux de fréquentation des structures sanitaires reste encore plus faible : la couverture vaccinale n'a guère dépassé les 50% ces dix dernières années et le taux d'utilisation de la TRO est seulement de 14%, au niveau national.<sup>12</sup>

La médecine traditionnelle constitue souvent le premier recours des populations pour les soins de santé. Une étude réalisée, en 1997, a rapporté qu'en milieu rural 80 à 90 % de la population consulte les tradipraticiens.<sup>29</sup>

---

<sup>12</sup> Enquête Démographique et de Santé, DHS, 1998, NIGER

<sup>29</sup> Ag Arya et Alfari, enquête sur la médecine traditionnelle au Niger, 1997

Malgré l'absence d'une étude pour déterminer les causes réelles de cette faible utilisation de services, celle-ci pourrait être liée aux facteurs ci-après : insuffisance de la couverture sanitaire physique (48%), ruptures fréquentes des stocks des médicaments dans les formations sanitaires, mauvais accueil des patients, pesanteurs socioculturelles, pauvreté quasi généralisée de la population.

### Le médicament

Depuis 1995, le Niger dispose d'une politique pharmaceutique nationale et d'un plan directeur de mise en œuvre.

L'approvisionnement en médicaments se fait à travers 2 réseaux : un réseau public constitué par l'Office National de Pharmacie et Produit Chimiques, avec 48 officines, inégalement réparties sur l'ensemble du territoire et un réseau privé, avec 6 centrales d'achat.

Malgré l'existence de ces canaux de distribution, les formations sanitaires publiques connaissent fréquemment des ruptures de stocks. L'accessibilité aux médicaments essentiels reste très limitée, vu l'état de pauvreté de la population.

Le contrôle de la qualité des médicaments est assuré par le LANSPEX qui utilise moins de 50% de ses capacités.

L'inspection des pharmacies est faite de façon épisodique par l'Inspection Générale de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Pharmacopée Traditionnelle (IGPL/PT).

### Le financement de la santé

Le secteur de la santé du Niger associe des sources de financement internes et externes, publiques et privées, pour supporter les services de santé.

En 1999, la partie consacrée au fonctionnement représentait 40% et celle consacrée à l'investissement 60%.

En terme de dépenses de santé par habitant, l'effort consenti reste très faible : moins de 4 USD (1999) contre 6 USD, en 1995. En 2002, la dépense moyenne de santé par habitant est estimée à 1,2 USD.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Ministère de la Santé Publique : Revues des Dépenses Publiques : 1998,1999 et 2000; Secteur Santé; Rapport final

### Financement Public

L'Etat a alloué, sur la période 1994-2000, en moyenne, 6% de son budget à la santé ; ce qui est nettement inférieur aux 10% recommandés par l'OMS, et aux 15% issus des engagements pris par les Chefs d'Etat et de Gouvernements Africains à Abuja (Nigeria), en 2001. Les dépenses effectives de l'Etat, dans le financement de la santé, entre 1998 et 2000, se chiffraient respectivement à 22 000 000 USD et 18 000 000 USD contre 23 000 000 et 28 000 000 USD budgétisés pour les mêmes années. Le financement public représente environ 25% du total du financement du secteur de la santé (1999).<sup>25</sup>

En 2000, Le budget de fonctionnement comportait les principales rubriques suivantes : personnel (43%), matériel (28%), subventions (20%), frais médicaux (5%) et transport (4%). La part de l'effort national au financement des dépenses d'investissement est très faible, (7% des dépenses totales contre 93% pour l'apport des partenaires extérieurs).

Le financement de la santé reste tributaire de la faible performance de l'économie nationale. Entre 1994 et 1996, le ratio des dépenses publiques de santé sur le PIB, a baissé de 2,5% à 1,6%, pour remonter en 1999 à 2,9%. Cependant, on observe une légère tendance à la hausse des dépenses publiques de santé, liée à l'initiative des Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE).<sup>25</sup>

### Financement extérieur

En 1999, l'apport de l'aide extérieure représentait 71% du financement de la santé, 93% du budget d'investissement et 60% du budget de fonctionnement (PNDS 2003-2007). L'aide extérieure au secteur de la santé, est essentiellement composée de dons et de prêts. Entre 1998 et 1999, l'aide extérieure, sous forme d'emprunt, était respectivement de 4 000 000 USD et 8 000 000 USD. Pour les mêmes années, l'aide extérieure sous forme de dons, était respectivement de 10 000 000 USD et 19 000 000 USD (Revue des comptes de la santé, 1999)<sup>25</sup>.

### Financement privé

Il existe peu de données chiffrées sur la part du secteur privé sanitaire, dans le financement des dépenses de santé.

Selon une étude menée par le Réseau d'Expertise, en Développement Economique et Social (REDES), en 1998, la participation des ONG et associations au financement du secteur sanitaire, s'est accrue ces dernières années, passant de 1 000 000 USD en 1990, à environ 8 000 000 USD, en 1996.

---

<sup>25</sup> Ministère de la Santé Publique : Revues des Dépenses Publiques : 1998,1999 et 2000 ; Secteur Santé ; Rapport final

Les principaux domaines d'intervention des ONG sont : l'information/communication, la formation, études/recherches.

La couverture régionale des ONG et associations de la santé est fortement croissante, ces dernières années. En 1998, il y avait 61 ONG, en milieu rural et 18, en milieu urbain.<sup>25</sup>

### **Autres opérateurs économiques (privés nationaux, firmes pharmaceutiques etc.)**

Les interventions des autres opérateurs économiques sont ponctuelles et concernent très souvent la construction, l'équipement, la logistique et l'achat des médicaments. Le manque de données ne permet pas d'estimer leur contribution au financement des services publics de santé. La caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) contribue également au financement du secteur de la santé. A titre illustratif, ses dépenses de santé ont fluctué entre 1 000 000 USD et 1 300 000 USD, entre 1990 et 2001.<sup>25</sup>

### **Recouvrement des coûts et autre participation communautaire**

Afin d'accroître la surface financière des services de santé, un système de recouvrement partiel des coûts a été institué, en 1995, par l'Etat. L'état d'avancement du recouvrement des coûts, depuis la mise en œuvre de cette politique, est le suivant : sur un total de 413 centres de santé intégrés opérationnels, 352 pratiquaient le recouvrement des coûts, en 2000, soit un taux de couverture de 85,2%. Pour la même année, les recettes générées par le recouvrement des coûts étaient estimées à 2 083 000 USD, soit 11% du budget effectivement alloué au MSP, en 2000. Toutefois, le développement de la participation communautaire est confrontée à un certain nombre d'obstacles tels que l'insuffisance d'information et de formation, la gestion, parfois non transparente, des fonds recouverts et la problématique de la prise en charge des indigents.<sup>25</sup>

### **Dépenses des ménages**

Une enquête réalisée sur le budget et la consommation des ménages, au Niger, de 1989 à 1993<sup>31</sup>, a estimé la part des dépenses de santé et d'hygiène des ménages à 3,2 USD par personne et par an, en milieu rural, et à environ 5,2 USD, en milieu urbain. Compte tenu de la taille de la population actuelle (10,7 millions) et de la répartition des ménages entre zones urbaine et rurale, et après ajustement aux prix de 1996, ces estimations représentent une dépense totale de l'ordre de 7 800 000 USD, soit environ 1,6% des dépenses totales de santé.

---

<sup>25</sup> Ministère de la Santé Publique : Revues des Dépenses Publiques : 1998,1999 et 2000 ; Secteur Santé ; Rapport final

<sup>31</sup> Banque mondiale : Profil de pauvreté au Niger, novembre 1994)

### Formes d'assurances, mutuelles

Le Niger enregistre un faible taux de couverture du risque maladie, à peine 3,2% de la population. Les primes représentent environ 17% des salaires dont 15,4% dus aux employeurs et 1,6% aux employés. Les principaux actes couverts sont les soins médicaux y compris les hospitalisations, et les évacuations sanitaires. En dehors de la CNSS qui dispose de ses propres structures sanitaires, les assurances achètent les services auprès des structures publiques et privées.<sup>25</sup>

Malgré sa jeunesse, le mouvement mutualiste nigérien est en plein essor, avec 12 mutuelles de santé enregistrées dont 9 fonctionnelles et qui concernent particulièrement le personnel d'entreprises ou de sociétés. Treize mutuelles de santé sont en gestation et pourront probablement voir le jour dans les deux prochaines années. Environ 92 000 adhérents sont couverts, pour les services d'hospitalisation, d'évacuations sanitaires, de soins de santé primaires et de médicaments.

Les principaux obstacles au développement de la mutualité sont : l'insuffisance d'information du public sur les avantages des mutuelles de santé, en matière de couverture de risques maladie ; la faible capacité organisationnelle et managériale des promoteurs et la faiblesse de la capacité monétaire des adhérents potentiels.

Depuis l'année 2002, il a été mis en place une structure d'appui et de coordination des activités de promotion des mutuelles de santé.

### 3.3 Défis de santé et de développement

Améliorer la performance, dans la gestion globale du secteur de la santé (Analyse des politiques, planification stratégique, partenariat/coordination, ressources, cadre institutionnel) :

- Rendre fonctionnelles les structures de santé existantes, notamment les hôpitaux régionaux, les hôpitaux de district, les centres de santé intégrés et les cases de santé et étendre la couverture sanitaire dans les zones défavorisées des régions de Tillabéri, Maradi et Zinder.
- Augmenter l'utilisation des services de santé à travers leur intégration, l'amélioration de leur qualité, et de leur accessibilité, notamment pour les populations les plus défavorisées.

---

<sup>25</sup> Ministère de la Santé Publique : Revues des Dépenses Publiques : 1998,1999 et 2000 ; Secteur Santé ; Rapport final

- Mettre en place un système de répartition équitable du personnel, de suivi des plans de carrière ainsi que des mesures incitatives pour son maintien, dans les zones les plus défavorisées et combler les déficits en formation de spécialistes, en particulier les chirurgiens et gynécologues obstétriciens.
- Améliorer les capacités de mobilisation des ressources et d'absorption des financements alloués à la santé.
- Généraliser les interventions reconnues efficaces, dans la lutte contre les maladies prioritaires transmissibles, comme le paludisme, la malnutrition, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la rougeole, la tuberculose et le VIH/SIDA et non transmissibles comme le diabète, l'hypertension artérielle, le cancer etc.
- Augmenter l'offre, et améliorer l'accessibilité financière et la qualité des services de prise en charge des complications liées à la grossesse et à l'accouchement.
- Impliquer effectivement la communauté, en particulier les pauvres, dans la conception, la planification, la mise en œuvre et le suivi des interventions liées à sa santé.
- Renforcer l'information sanitaire et la promotion d'un environnement favorable à la santé.
- Renforcer les capacités de préparation et de réponse aux urgences et catastrophes.
- Renforcer les capacités des services, en matière de sécurité sanitaire des aliments.

### Les atouts du système de santé :

- Existence d'une politique sanitaire, avec des orientations stratégiques clairement définies et des politiques dans des domaines spécifiques suivants : Pharmacie, médicaments, laboratoire, médecine traditionnelle, hygiène, assainissement, transfusion sanguine, santé de la reproduction, éducation pour la santé, etc.
- Existence de normes, en matière d'infrastructures, équipement, et personnel.
- Mise en place d'une pyramide sanitaire, axée sur la déconcentration des services.
- Existence de nombreux textes législatifs et réglementaires tels que la loi sur l'exercice privé des professions de santé, l'ordonnance portant loi pharmaceutique, loi portant création des établissements publics à caractère administratif, etc.

## Analyse de la situation du pays

---

- Existence d'écoles de formation en santé pour paramédicaux, médecins, spécialistes en chirurgie et gynéco obstétrique.
- Intérêt de nombreux partenaires pour le secteur et émergence d'ONG et d'associations intervenant dans le domaine.
- Existence d'un cadre de concertation entre les différents partenaires.
- Implication des communautés, à travers les comités de santé et de gestion, au niveau des formations sanitaires appliquant le recouvrement des coûts.
- Amélioration de la couverture physique de santé, à travers la construction de cases de santé et de centres de santé intégrés, dans le cadre du programme spécial du Président de la République et de l'appui des partenaires.
- Mise à niveau des plateaux techniques dans 24 hôpitaux de district, sur les 42 que compte le pays.

## 4 AIDE AU DÉVELOPPEMENT : FLUX, INSTRUMENTS ET COORDINATION

### 4.1 Tendances générales de l'aide

L'aide extérieure au secteur de la santé, est essentiellement composée de dons et de prêts. Les actions sanitaires sont réalisées, d'une part, avec les ressources nationales propres et d'autre part, avec l'assistance au développement. En 2000, le niveau de l'aide reçue s'élevait à 22 000 000 USD. Cette aide est octroyée, en partie, sous forme de dons (72 %), et sous forme de prêts bonifiés, à faible taux d'intérêt (28 %).

Les agences du Système des Nations Unies et les institutions de Bretton Woods sont parmi les acteurs principaux de cette importante assistance. Il s'agit, par ordre alphabétique, de la BM, de la FAO, du FMI, de l'OIT, de l'OMS, de l'ONUDI, du PAM, du PNUD, de l'UNICEF, de l'UNFPA.

Figure 1 : Evolution des dépenses de santé par source de financement

Cet histogramme montre la tendance générale de l'aide extérieure par rapport aux dépenses de l'état et aux dépenses totales de santé. Cette aide représente un peu plus de la moitié du total des dépenses annuelles et est orientée, principalement, vers les investissements. L'état quant à lui, supporte essentiellement les dépenses de fonctionnement.

### **4.2 Principaux partenaires du secteur de la santé et leurs domaines d'intervention**

Plusieurs partenaires interviennent dans le financement du secteur de la santé ; et leurs domaines d'interventions sont variés. Le tableau de l'annexe 3 donne les principaux partenaires intervenant dans le secteur ainsi que leurs domaines d'intervention.

### **4.3 Mécanismes et Instruments de coordination du secteur**

Au niveau de l'Etat, la coordination globale de l'aide est assurée par le Ministère de l'Economie et des Finances. Les mécanismes de coordination et de suivi de l'aide sont essentiellement, les évaluations et programmations annuelles des investissements de l'Etat (PIE) et les revues conjointes avec certains partenaires. Dans le cadre de la mise en œuvre de la SRP, de nouveaux mécanismes et instruments de coordinations sont en train d'être mis en place par le gouvernement.

Dans le secteur de la santé, un mécanisme de coordination des interventions a été mis en place en 1998. Toutefois, cet instrument n'est pas fonctionnel, actuellement. Il existe cependant, un Comité de coordination inter agences des activités vaccinales dont la présidence est assurée par le MSP.

La coordination entre les organisations, les programmes, les fonds et les 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 : ONUSIDA ; Sécurité alimentaire, genre, communication.

Le système des Nations Unies a achevé la rédaction et l'adoption des documents du Bilan commun de pays (BCP) et du Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement 2004-2007.

En résumé l'assistance au développement, toutes sources confondues, a été jusqu'à ces dernières années, d'un apport important pour le secteur de la santé. Toutefois, les investissements réalisés ne prennent pas toujours en compte les priorités nationales.

L'absence ou les faiblesses des mécanismes actuels de coordination, dans le secteur de la santé, rendent inefficaces les interventions.

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 concertations.

## 5 PROGRAMME ACTUEL DE COOPÉRATION OMS/PAYS

### 5.1 Bureau pays

Le 03 août 1960, le Niger accède son indépendance. Le 05 octobre 1960, après signature de l'accord de base, l'OMS est parmi les premières représentations des Nations Unies à s'y établir.

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. A partir de la fin des années 1970, 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 1980 et 1990, l'OMS a apporté au pays un appui technique et financier à 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 national de développement sanitaire.

Le renforcement progressif du bureau 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 et d'en faire l'évaluation périodique. En outre, le bureau assure le plaidoyer et assiste le Ministère de la santé dans la mobilisation des ressources en faveur de la santé et au niveau de la coordination des interventions dans le secteur.

Les actions sont menées en étroite collaboration avec les partenaires au développement sanitaire.

### Evolution des ressources humaines

L'effectif du bureau, en 1990, comprenait 6 personnes (2 professionnels et 4 agents des services généraux). En 2004, le personnel de l'OMS compte 32 membres dont 14 professionnels (7 nationaux et 7 internationaux) et 18 des services généraux. Parmi le personnel international, 4 sont chargés de l'appui au programme d'éradication de la polio et du PEV de routine.

Le personnel, en majorité, s'estime satisfait des conditions de travail et de la qualité des relations aussi bien entre collègues qu'avec la hiérarchie. Cependant, malgré l'ambiance qui prévaut, on note une certaine lenteur dans le traitement des dossiers et un déficit de communication.

### Evolution 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 tableau ci-dessous :

**Figure 2 : Evolution des ressources budgétaires durant les trois dernières périodes Biennales de coopération entre le Niger et l'OMS, en USD**

*Source : POA 1998-1999, 200-2001, 2002-2003*

De 1998 à 2003, les ressources provenant du budget régulier et consacrées au renforcement des activités du bureau pays, sont passées de 33%, en 1998-1999, à 35%, en 2000-2001, puis à 40%, en 2002-2003.

Au cours de la même période, deux domaines de travail, à savoir le renforcement du système de santé et l'appui à la lutte contre la maladie, ont drainé respectivement, en moyenne, 40% et 15% du financement du budget régulier.

La formation a absorbé, sur la même période, en moyenne, 53% du budget affecté au renforcement du système de santé.

Les domaines retenus sont passés de 13 en 1998, à 21, en 2002. Cependant, on note une certaine continuité pour les domaines d'intervention suivants, durant les 6 dernières années :

- l'appui au développement et le renforcement de la gestion des programmes (outils, approches, stratégies d'intervention, etc.),
- la dissémination d'informations et de normes et le plaidoyer,
- l'appui à la surveillance et l'évaluation de la mise en œuvre des stratégies et politiques nationales,
- l'organisation des systèmes de santé et le renforcement des capacités.

En ce qui concerne les fonds extrabudgétaires, ils représentent respectivement 43% du budget total, en 1998-1999, 33%, en 2000-2001 et 57%, en 2002-2003. Les principaux programmes couverts par les fonds extrabudgétaire, pendant le biennium 2002-2003, sont le PEV (88%), le paludisme (9%), la PCIME (2%) et la lèpre (1%).

### **Mécanismes de coordination des activités au sein de la Représentation**

La coordination des activités, au niveau du bureau, est faite à travers les réunions hebdomadaires du personnel technique, les réunions mensuelles de l'équipe administrative, les réunions trimestrielles de l'ensemble du personnel, les retraites annuelles 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 et du Bureau Régional de l'OMS**

De 1999 à 2003, le bureau a reçu, en appui technique, à sa demande ou sur requête des autorités sanitaires nationales, 70 missions dont 59 du Bureau Régional (88%) et 11 missions conjointes du Siège et du Bureau Régional (12%). Le domaine le plus fréquemment appuyé, a été la lutte contre la maladie 72%.

Les programmes les plus appuyés, ont été le programme élargi de vaccination, la lutte contre les épidémies, le paludisme et la lèpre. L'appui au renforcement du système de santé représente 27% de ces missions. Il convient de souligner que très peu de missions (2) non sollicitées ont été enregistrées.

Ces différentes missions ont permis d'améliorer les interventions sur le terrain, de renforcer les capacités nationales ainsi que celles du personnel du bureau pays.

### 5.3 Forces, faiblesses, défis et opportunités de la coopération OMS avec le Niger

Les principaux points sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Forces	<ul style="list-style-type: none"><li>- Compétences techniques 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 performance du bureau pays, grâce au travail d'équipe.</li><li>- Bonne collaboration avec les autorités sanitaires nationales, le système des nations unies et les autres partenaires.</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.</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 fonds <i>Global Alliance for Vaccines and Immunization</i> (GAVI), fonds mondial et fonds PPTe.</li><li>- Initiative pour l'éradication de la poliomyélite et pour le traitement de 3 millions de personnes vivant avec le VIH d'ici fin 2005 (3X5).</li><li>- Existence de l'UNDAF.</li><li>- Stabilité politique.</li><li>- Existence de documents d'orientations politiques et stratégiques (SRP, Politique nationale de santé, orientations stratégiques, PDS).</li></ul>

Menaces	<ul style="list-style-type: none"><li>- Changements fréquents dans l'administration sanitaire.</li><li>- Faible capacité d'absorption des fonds extrabudgétaires.</li><li>- Forte dépendance du système vis à vis du financement extérieur.</li><li>- Extrême pauvreté de la population.</li></ul>
Défis pour le bureau 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>

## 6 AGENDA STRATÉGIQUE DE LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE NIGER, POUR LA PÉRIODE 2004-2007

### 6.1 Réorientation de l'appui de l'OMS

Dans le cadre de sa stratégie de coopération avec le Niger, l'OMS a identifié 3 axes stratégiques qui sont :

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

Pour opérer ces choix, il a été privilégié : la réponse aux besoins spécifiques du Niger, une focalisation sur les priorités du pays, 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 santé.

Les fonctions privilégiées, dans la SCP, pour le choix des axes, sont celles 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, le suivi et l'évaluation de leur mise en œuvre.

### 6.2 Objectif général de l'OMS

Le but visé par la SCP, est d'améliorer la performance de l'OMS afin de mieux répondre aux objectifs de développement sanitaire du Niger et de participer à l'amélioration de l'état de santé de la population, notamment des plus démunis.

### 6.3 Composantes de l'agenda stratégique

Amélioration de la performance du système de Santé :

#### Renforcement de l'administration générale du Ministère chargé de la santé publique

En vue d'améliorer l'état de santé de sa population, le Niger a adopté une politique nationale de santé et défini des Orientations stratégiques pour le développement sanitaire couvrant la période 2002- 2011. Le processus de planification stratégique et opérationnelle pour leur mise en œuvre, à travers un plan de développement sanitaire et des plans opérationnels, est en cours et devra impliquer tous les acteurs et partenaires du secteur.

Aussi, s'avère-t-il, indispensable pour le Ministère, de renforcer sa capacité institutionnelle et son rôle de leadership.

Les partenaires au développement ont exprimé le souhait de voir l'OMS jouer le rôle de facilitation de la coordination des partenaires du secteur de la santé, à travers, entre autres, l'appui technique au Ministère chargé de la santé, dans la mise en place des instruments et mécanismes efficaces et durables de concertation et de suivi/évaluation de la performance du secteur.

Dans le cadre de son mandat, l'OMS apportera un appui technique et financier au Ministère chargé de la santé Publique pour renforcer ses capacités de gestion administrative. Plus spécifiquement, l'OMS contribuera au renforcement des capacités du Ministère chargé de la santé Publique, en analyse de politiques et stratégies, de suivi et d'évaluation de la performance du système de santé.

L'OMS apportera un appui technique et aidera à développer un plaidoyer pour :

- 1) placer la santé au cœur du développement et renforcer les capacités nationales de négociation et de mobilisation des ressources en faveur de la santé.
- 2) Mettre en oeuvre le cadre de coordination et de concertation défini par le Ministère chargé de la santé Publique.
- 3) Mettre en place une stratégie de communication en vue de mieux informer les populations et les partenaires de l'action du Ministère.

L'organisation apportera un appui technique et financier particulier pour analyser les mécanismes actuels de la participation des communautés, en vue d'une meilleure implication de celles-ci dans la gestion du système de santé.

Dans le cadre de la coordination avec les partenaires, il s'agira de procéder à une diffusion systématique de tous les documents opérationnels aux différents partenaires, d'institutionnaliser des réunions techniques avec les partenaires et de promouvoir les échanges d'expérience et de bonnes pratiques.

Concernant l'information sanitaire et la recherche dans le domaine de la santé, l'OMS jouera un rôle de conseil auprès des autorités sanitaires et des autres partenaires.

### **Amélioration de la qualité des services et des soins**

Une des composantes majeures de la politique nationale de santé est la qualité des services et des soins de santé dans le but d'améliorer leur utilisation.

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 essentiels etc.

Toutes ces actions méritent d'être poursuivies et soutenues.

A cet effet, l'OMS appuiera le renforcement des capacités du Ministère chargé de la santé pour la généralisation progressive de l'approche " gestion globale de la qualité " 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 renforcer la performance des services chargés de l'application, du suivi et du contrôle de la qualité des soins.

Concernant plus particulièrement les hôpitaux, l'OMS contribuera avec d'autres partenaires, à aider le Ministère chargé de la santé Publique, dans la mise en œuvre des réformes entreprises et à développer un plaidoyer pour un plus grand intérêt au fonctionnement de ces structures.

### **Développement des ressources humaines**

Les ressources humaines constituent un élément essentiel dans la mise en œuvre de la politique sanitaire. La nouvelle réorganisation du Ministère chargé de la santé Publique place la question des ressources humaines au centre de ses priorités avec la création d'une Direction générale des ressources humaines.

En matière de développement des ressources humaines pour la santé, l'OMS a élaboré une stratégie régionale. De plus, l'OMS apporte un appui technique et financier important dans le cadre de la formation à travers les institutions nationales et l'octroi de bourses pour des spécialisations.

L'OMS poursuivra ces différents appuis et aidera plus particulièrement le Ministère chargé de la santé publique à finaliser le Plan de développement des ressources humaines et à appuyer, en collaboration avec d'autres partenaires, sa mise en œuvre.

L'OMS poursuivra un plaidoyer auprès des autorités du pays, pour la mise en place des mécanismes de motivation du personnel, en vue de garantir la disponibilité du personnel sur toute l'étendue du territoire.

### **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.

En collaboration avec d'autres partenaires, L'OMS 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 apportera son appui technique et financier pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé qui, à terme, devrait être institutionnalisée. Elle apportera également son appui technique, avec d'autres partenaires, au Ministère de la santé, pour l'organisation des réunions de mobilisation des ressources en faveur du secteur.

L'OMS aidera également le Ministère à analyser les mécanismes actuels de financement de la santé, à adopter et généraliser ceux qui favorisent l'équité et la pérennité.

### **Renforcement de l'opérationnalité des districts sanitaires**

La mise en œuvre effective de la politique sanitaire repose, pour l'essentiel, sur l'opérationnalité des districts. 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.

A 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 chargé de la santé Publique, dans la mise en place des équipes cadres de district. L'OMS poursuivra son appui technique et financier dans ce domaine.

L'OMS renforcera aussi son appui technique à l'encadrement, le suivi et l'évaluation, à travers l'application des outils existants.

### **Lutte contre la maladie, gestion des urgences et catastrophes**

Pour le renforcement des stratégies de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, il sera tenu compte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, des Objectifs de la Déclaration d'Abuja et du Plan d'action sur le paludisme, et des opportunités offertes par le Fonds Mondial Tuberculose, Sida, Paludisme, l'initiative " 3 by 5 " le GAVI, etc.

### **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. Les efforts seront particulièrement axés sur l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos maternel et néonatal et le contrôle de la rougeole. L'Organisation contribuera également à la mobilisation des ressources nécessaires pour augmenter la couverture vaccinale, notamment dans les zones desservies en stratégies mobile et avancée et veillera à la sécurité de la vaccination.

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.

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, l'appui concernera le renforcement des capacités de prise en charge des cas et la promotion de mesures de protection, en particulier l'utilisation des matériaux imprégnés d'insecticides (MII).

En ce qui concerne le VIH/SIDA, l'OMS appuiera la stratégie de mise en place de centres de dépistages anonymes et gratuits, la mise en œuvre de la surveillance de deuxième génération et la stratégie " 3 by 5 ".

En matière de lutte contre la tuberculose, l'OMS appuiera l'amélioration du dépistage des cas et le renforcement de la stratégie DOTS.

Les autres maladies à éradiquer et/ou à éliminer (dracunculose, onchocercose, lèpre) continueront à faire l'objet d'un suivi régulier de la part de l'OMS, qui apportera son appui technique.

Dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles pour lesquelles les bases factuelles sont insuffisantes, l'OMS appuiera la mise en œuvre de l'approche Surveillance des Maladies non Transmissibles par Etapes (STEP), et l'amélioration de la prise en charge des cas, notamment de l'hypertension artérielle, du diabète, du cancer, et la réduction des principaux facteurs de risques.

Concernant les affections bucco-dentaires, y compris le noma et la santé mentale, l'OMS renforcera son appui technique et financier, dans la mise en œuvre des programmes en cours.

En collaboration avec les autres partenaires, l'OMS apportera son appui, notamment technique (normes, directives, stratégies, formation de spécialistes), à la lutte contre la mortalité maternelle.

### **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'action de l'OMS consistera à appuyer l'accélération de la mise en œuvre du Plan Stratégique National SIM-R 2004-2008. Plus particulièrement, les actions seront orientées vers la formation des personnels des districts, notamment sur la promptitude dans la notification détaillée des données sur les maladies prioritaires. L'appui sera également orienté vers le renforcement des capacités diagnostiques, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des stratégies de riposte et en assurer le plaidoyer auprès des partenaires.

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

Pays sahélien, le Niger est confronté à certaines situations d'urgence et de catastrophes naturelles comme la sécheresse, les famines, les inondations et les épidémies. A cet effet, il a été créé un Secrétariat Permanent du Système d'Alerte Précoce, une direction nationale de la protection civile. Il a été également élaboré un plan national de préparation et de réponse aux urgences sanitaires.

En collaboration avec les autres partenaires, l'OMS appuiera le Ministère et les autres secteurs dans la préparation et la riposte aux situations d'urgence et catastrophes. Plus spécifiquement, l'appui sera axé sur l'identification des risques, le renforcement des capacités et la diffusion des normes de prise en charge des cas.

### La santé et l'environnement

#### La promotion de comportements favorables 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.

L'OMS renforcera le plaidoyer pour amener les décideurs à élever la santé et l'environnement au rang des priorités nationales et à les intégrer dans les programmes nationaux de développement socio-économique.

L'OMS apportera par ailleurs, son appui technique, dans ses différents domaines de compétence, notamment à l'élaboration d'un cadre législatif et réglementaire et sa mise en œuvre dans les domaines de lutte contre le tabac, l'alcool, les accidents de circulation, la santé des jeunes et adolescents etc.

L'OMS apportera aussi son appui à la promotion de la recherche sur les comportements ayant une incidence sur la santé publique.

#### La promotion d'un environnement favorable à la santé

Les maladies liées à l'insalubrité de l'environnement restent encore très importantes.

C'est pourquoi, le MSP/LCE a, dans le cadre de sa politique, élaboré un cadre stratégique en matière d'hygiène et d'assainissement. L'OMS, en collaboration avec

les Etats membres, a développé des initiatives telles que : Afrique 2000, Ville santé, politique sur la salubrité de l'environnement, PHAST, WASH, etc. dont la mise en œuvre concourt à la promotion de comportements et d'environnement favorables à la santé.

Pour ce faire, l'OMS va apporter un appui technique et financier pour la vulgarisation des méthodes d'hygiène et d'assainissement à base communautaire.

L'OMS apportera également son appui technique aux huit chefs lieux de région, pour l'élaboration des programmes ville santé, et pour la mobilisation des ressources.

Concernant la lutte contre les maladies hydriques, l'OMS va renforcer les capacités des services en matière de prévention et de contrôle de la qualité de l'eau.

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

La fréquence des maladies liées à la contamination de la chaîne alimentaire n'est pas encore maîtrisée et le suivi de la qualité et de l'hygiène des aliments demeure au stade embryonnaire.

Dans ce cadre, l'OMS, en collaboration avec d'autres partenaires, apportera un appui technique au MSP pour l'analyse de situation sur la sécurité sanitaire des aliments et l'élaboration d'un programme.

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

Le renforcement des responsabilités des communautés dans l'amélioration de leur état de santé reste encore très insuffisant malgré la mise en place de comités de santé dans de nombreuses collectivités.

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

# 7 IMPLICATIONS DE L'AGENDA STRATÉGIQUE POUR L'OMS

L'élaboration du PDT 2004-2005 ayant eu lieu avant la SCP, il sera révisé lors de l'évaluation à mi parcours, pour tenir compte des orientations stratégiques de la SCP. Le PDT 2006-2007 sera basé sur les orientations de la SCP. Les appuis de AFRO et du Siège devraient également en tenir compte.

## 7.1 Bureau OMS Niger

La mise en œuvre de la SCP nécessite que le bureau pays entreprenne des actions dans les domaines ci-après : mobilisation des ressources, développement des ressources humaines, réorganisation du travail, information sanitaire, coordination avec les partenaires et relations avec les pays voisins.

La mobilisation des ressources se fera à travers le renforcement des capacités de l'équipe pays, en matière de plaidoyer et de mobilisation des ressources, l'amélioration de la connaissance des membres de l'équipe sur les procédures de financement des différents partenaires, l'élaboration des documents de briefing sur les procédures administratives et financières de l'OMS et leur vulgarisation auprès des membres du bureau pays et des points focaux du MSP, la promotion d'un dialogue permanent entre les cadres de l'OMS et ceux du MSP, le renforcement de la collaboration et des échanges d'expérience avec d'autres bureaux pays de l'OMS, le Bureau Régional et le Siège.

Concernant les ressources humaines, le bureau pays recrutera un National Professional Officer (NPO) chargé de la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion de la santé. Le bureau fera aussi un plaidoyer pour la désignation d'un point focal sur la lutte intégrée contre les Maladies Non Transmissibles (MNT) au MSP/LCE et assurera la formation de deux cadres supérieurs du MSP en économie de la santé. Le bureau pays veillera également au renforcement des compétences du personnel, selon les besoins, de la collaboration et des échanges d'expérience avec d'autres bureaux pays de l'OMS, le Bureau Régional et le Siège.

Pour la réorganisation 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, 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 réunion trimestrielle de suivi de la mise en œuvre des activités avec les points focaux du MSP, de renforcer le matériel de communication, d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie de communication au sein du bureau de la représentation.

Concernant l'information sanitaire, il est primordial d'enrichir la base documentaire en Français, d'élaborer périodiquement le profil pays et de mettre en place une base de données bibliographiques.

Quant au renforcement des relations avec les pays voisins, le bureau pays développera les espaces de concertation avec ces derniers, sur les problèmes communs de santé ainsi que le partage des informations sanitaires avec eux.

### **7.2 Bureau Régional et Siège**

Les domaines d'expertise que sollicite le bureau pays, auprès de AFRO et du Siège, incluent la promotion de la santé, les maladies non transmissibles, l'assurance qualité, la réforme hospitalière, le financement de la santé, les ressources humaines, la gestion des catastrophes, le volet diagnostique et la prise en charge du SIDA, de même que la participation communautaire.

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

## 8 SUIVI ET ÉVALUATION

La SCP est un document stratégique, à moyen terme. Il en découlera le BP et le PDT.

Le suivi et l'évaluation de la SCP se feront à la fin de chaque année, pour procéder éventuellement à des réajustements et pour prendre en compte les changements importants dans le contexte du Niger.

Ce suivi interne sera assuré par le Bureau OMS pays, en collaboration avec le MSP et les autres partenaires (domaines de travail, fonctions de l'OMS, réponse aux besoins du pays).

Pour chacune des composantes, le suivi sera assuré en analysant sa traduction dans les plans de travail et leurs évaluations à mi-parcours et biennales.

L'évaluation de la mise en œuvre de la SCP sera réalisée par l'équipe pays avec la participation de la Région et du Siège à la demande.

Le rapport d'évaluation sera diffusé en interne, puis au MSP et aux partenaires.

## 9 CONCLUSION

La Stratégie OMS de coopération avec le Niger, dont le processus d'élaboration a été largement participatif avec notamment, la pleine implication du Ministère en charge de la santé et des autres structures gouvernementales connexes, la participation de la société civile et des partenaires au développement, est un outil de travail important mis en place par l'Organisation.

L'OMS dispose désormais d'une vision globale et intégrée, à moyen terme, de ses interventions, en matière de santé dans le pays.

L'appropriation de cet instrument, par l'équipe pays et les cadres du Ministère de la Santé Publique, permettra sans doute, 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, la SCP nécessitera la prise en compte de certaines implications, au niveau du Bureau pays et du Ministère de la Santé Publique, pour sa mise en œuvre.

Pour ce faire, l'appui de l'OMS privilégiera particulièrement les fonctions de plaidoyer et d'appui technique pour la mise en œuvre des priorités identifiées. Elle s'inscrira dans un cadre de partenariat dynamique avec tous les acteurs et partenaires du secteur de la santé.

La réorientation de certaines fonctions de l'Organisation, le recentrage des interventions prenant en compte ses avantages comparatifs et la complémentarité recherchée avec d'autres partenaires du secteur de la santé, sont autant d'atouts pour le renforcement du rôle et de la présence de l'OMS au Niger.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. PNUD : Rapport mondial sur le développement humain, 2002, 2002
2. Cabinet du Premier Ministre : Stratégie de réduction de la pauvreté, janvier 2002
3. Coordination du Système des Nations Unies : Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF, 2004-2007), mai 2003
4. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies : Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2004-2008, novembre 2003 (Draft)
5. ONU : Coordination Résidente du Système des Nations Unies : Bilan Commun de Pays : " Combattre la pauvreté : le défi du millénaire ", 2001
6. UNION AFRICAINE : Nouveau partenariat pour le développement en Afrique, octobre 2001
7. OMS GENEVE : Programme Général de Travail 2002-2005 (GT), avril 2001
8. OMS-NIGER : Profil pays, Niger, 1994
9. Ministère de l'Economie et des Finances : Fonds des Nations Unies pour la Population : Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2001; Résultats Provisoires, décembre 2002.
10. Ministère de l'éducation de base 1 et de l'alphabétisation : Rapport annuel 2002, 2002
11. OMS, Genève : Rapport sur la Santé dans le Monde, 2000
12. Enquête Démographique et de Santé, DHS, 1998, NIGER
13. Ministère de la Santé : Santé et Pauvreté au Niger ; Vers les Objectifs Internationaux, Rapport préliminaire, juillet 2002
14. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies : Plan stratégique quinquennal de Lutte contre le Paludisme, 2000-2005
15. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies : Rapport de collecte des données sur la morbidité et la mortalité, pour le suivi et l'évaluation de FR/RBM, juillet 2003
16. Cabinet du Premier Ministre : Plan du cadre stratégique de lutte contre les IST/VIH/SIDA

17. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies : Plan National de Lutte contre la Tuberculose, 2002-2006
18. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies : Système National d'Information Sanitaire
19. Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies : Enquête sur l'hypertension et le Diabète, 2002
20. Ministère de la Santé Publique et de Lutte Contre les Endémies : Données hospitalières du cancer du col utérin et du cancer du sein
21. Multiples Indicator Cluster Sample Survey MICSS 2, 2000
22. Ministère de la santé publique : Analyse de la situation sanitaire du Niger 1994-2000, novembre 2000.
23. URC : Enquête dans les formations sanitaires, Novembre 2003
24. Ag Arya et Alfari : Enquête sur la médecine traditionnelle au Niger, 1997
25. Ministère de la Santé Publique : Revues des dépenses publiques, 1998,1999 et 2000. Secteur Santé : Rapport final
26. Banque mondiale : Profil de pauvreté au Niger, novembre 1994
27. Ministère de l'Economie et des Finances : Bilan des programmes de réformes économiques et financières 1996-2002, décembre 2002
28. Programme Spécial du Président de la République : Santé et développement agricole, juillet 2002.

## ANNEXE 1      PROCESSUS DÉTAILLÉ D'ÉLABORATION DE LA SCP-NIGER

### Rappel du contexte :

Le processus d'élaboration de la Stratégie OMS de coopération avec le Niger, a été mené selon le calendrier suivant : après les échanges avec le Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique, la première étape s'est déroulée du 24 septembre au 3 octobre 2003 ; puis la seconde du 20 au 30 janvier 2004.

L'équipe d'AFRO, chargée d'appuyer ce processus, était composée du Dr BARRY Pathé Saïdou, NHS/AFRO et du PR. DEKKAR Nourredine, WLO/Algérie.

### **1. Activités menées avant la première mission :**

L'exercice CCS, au Niger, a effectivement démarré après un briefing des chargés de programme du Bureau de la Représentation, sur le processus, et une lettre d'information et d'invitation du Ministère de la Santé Publique à participer au processus. Auparavant, le WR/Niger a, au cours d'une audience, entretenu le MSP de la stratégie de coopération OMS/NIGER à mettre en place pour les prochaines années. Par la suite, une lettre a été adressée aux autorités nationales pour la désignation de quatre (4) cadres nationaux, de haut niveau, pour participer à l'exercice. Il s'agit de : Mme Dania Rekiatou, SG/A, Dr. Nargoungou Abdoulaye, Conseiller technique, Mr. Abdramane Salifou, Directeur général des Etudes et de la Programmation et Dr. Ibrahim Issa Baaré, Directeur de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé. Par ailleurs, les Ministères connexes, les partenaires au développement et la société civile ont été informés du démarrage, du but et de la finalité du processus tout en souhaitant leur participation.

Aussi, l'équipe pays (chargés de programmes et cadres de la santé) a eu des séances de travail préliminaire sur l'organisation du travail, la documentation à fournir et a élaboré le programme de travail ainsi que la répartition des tâches au sein de l'équipe mise en place.

### **2. Activités menées pendant la première mission :**

Du 24 septembre au 3 octobre 2003 s'est déroulée la première mission CCS, au Niger.

Après le briefing avec le WR le 24/09/03 et une visite de courtoisie au MSP, la mission a eu une séance de travail avec l'équipe pays.

La méthodologie de travail a consisté à des rencontres avec les autorités nationales, les différents partenaires du système des Nations Unies, les missions de coopération bi et multilatérales et la société civile, selon un calendrier préalablement établi.

Des guides d'entretien avec le Gouvernement, les bailleurs et les ONG ont servi de supports pour les différents entretiens. Parallèlement, la collecte d'informations et la vérification des sources des données se poursuivaient. Toutes les rencontres avec les partenaires, ONG, et gouvernement ont fait l'objet d'une note de synthèse.

Pour la rédaction du premier draft du CCS, les membres de l'équipe conjointe de travail se sont répartis des tâches, par groupe, en fonction des thèmes et des compétences professionnelles des membres.

Deux (2) jours avant la fin de la mission, une réunion de brainstorming avec les cadres centraux du MSP a permis de faire une première identification des problèmes prioritaires et des axes stratégiques d'interventions futures. Par ailleurs, le 3 octobre 2003, la mission a partagé avec le Ministère de la Santé Publique et les partenaires au développement les principaux résultats de cette première étape du processus. Un calendrier de suivi de la première mission a été établi et la date de la seconde mission fixée.

### **3. Activités menées entre la première et la seconde mission :**

La première mission a été marquée par la disponibilité du premier draft du document ainsi que l'agenda des travaux à faire avant l'arrivée de la seconde mission, prévue du 20 au 30 janvier 2004. Une répartition des tâches a été faite entre les membres de l'équipe pays et ceux de l'équipe d'appui.

Ainsi, l'équipe pays a poursuivi les rencontres avec les partenaires et la collecte des données complémentaires, ce qui a permis de finaliser le premier draft du document qui a été par la suite, transmis aux partenaires, pour observations. Les commentaires et observations des partenaires ont été intégrés dans le document. Parallèlement, les échanges avec l'équipe d'appui ont permis d'enrichir davantage le contenu du document.

Quant à la préparation de la seconde mission d'appui, elle a été marquée par l'information des autorités sanitaires et des chargés de programmes du Bureau de la Représentation de l'OMS. Un programme de travail a été élaboré, pour la période du 20 au 30 janvier 2004.

### 4. Activités menées pendant la deuxième mission :

La seconde mission du processus d'élaboration de la SCP du Niger, s'est déroulée du 20 au 30 Janvier 2004. L'équipe d'AFRO, chargée de l'appui au processus, a été la même qu'à la première mission, c'est-à-dire composée du Dr BARRY Pathé Saïdou, NHS/AFRO et du Pr. DEKKAR Nourredine, WLO/Algérie.

Après un débriefing de WR/Niger, le programme de travail, établi pour la période, par l'équipe pays, a été examiné et adopté. Une audience a été accordée à WR/Niger et à l'équipe d'AFRO par le Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies, le 21 Janvier 2004.

Au cours de cette deuxième mission, les travaux de l'équipe d'appui et de l'équipe pays ont porté sur l'examen du dernier draft du document de SCP, issu de la première mission, l'examen des axes stratégiques d'intervention et des fonctions privilégiées de l'OMS, l'examen des actions du Gouvernement du Niger par rapport aux axes stratégiques identifiés. L'accent a été surtout mis sur la re-orientation de l'appui de l'OMS, par le recentrage des axes stratégiques de coopération prenant en compte les défis majeurs et atouts du système de santé du pays. C'est ainsi qu'il a été retenu trois axes stratégiques avec différentes composantes résumant les actions du Gouvernement et les stratégies d'intervention de l'OMS, pour la période 2004-2007, discutées en travaux de groupe et en plénière. Ces trois axes sont les suivants : l'amélioration de la performance du système de santé subdivisée en cinq(5) composantes, la lutte contre la maladie, et la gestion des urgences et catastrophes avec trois(3) composantes, la santé et l'environnement avec quatre(4) composantes. Par la suite, la revue générale du document de SCP s'est poursuivie. Le 28 Janvier 2004, une présentation du document, suivie de discussions, a été faite au Gouvernement et aux partenaires. Les commentaires issus des discussions, ont été pris en compte lors de la finalisation du document de SCP.

Les dernières activités de cette deuxième mission, ont été consacrées à la réflexion sur les implications pour l'OMS, de la mise en œuvre de la stratégie de coopération, à l'élaboration du Plan indicatif de la SCP du Niger, à l'évaluation du processus SCP et aux recommandations, et à la répartition des tâches aux membres de l'équipe pays, pour l'amélioration de la qualité du document final.

Un calendrier de suivi de la deuxième mission a été établi pour la transmission du document final amélioré par l'équipe pays(10 Février 2004), puis des commentaires de l'équipe d'appui(12 Février 2004) au Bureau OMS/pays, et enfin la finalisation et l'envoi du document SCP par le Bureau OMS/pays au Directeur Régional, à DPM, à TCC/AFRO, à l'équipe d'appui et à Mme Carole LANDON, WHO/HQ (20 Février 2004).

## ANNEXE 2 LISTE DES PERSONNES ET INSTITUTIONS CONTACTÉES

NOM ET PRENOMS	FONCTION	INSTITUTION
Son Excellence Mamadou Sourghia	Ministre de la Santé Publique	Ministère de la santé publique
Monsieur Adamou Salaou	Secrétaire Général	Ministère des Finances et de l'Economie
Mr Djibrilla Karamoko	chargé de programme santé éducation	Banque Mondiale
Dr. Ir. Théo Baert	Attaché de Coopération Internationale	Section de Coopération
Mr Guy Samzun	conseiller économique	Union Européenne
Dr. Iselmou Boukhari	chargé des Programmes santé	UNICEF
Mr maman Laouali Maman	conseiller en matière de santé	Coopération danoise
Dr. Xavier Crespin	Représentant HKI	HKI
Mme Madoul Aïssa	chargé du Programme multi micro nutriments	HKI
Mr René Guiraud	Représentant Résident Adjoint Directeur de programme	PNUD
Mme Yvette RANAIVO	point Focal lutte contre le VIH/SIDA	PNUD
Mme Aissata Fall	membre du secrétariat permanent du DSRP	Cabinet du Premier Ministre
Mr Ali Doungou Boubacar	membre du secrétariat permanent du DSRP	Cabinet du Premier Ministre
Dr Suzanne Chanteau	Directrice du CERMES	CERMES/MSP
Dr Louboutin Crocq	Conseiller technique du MSP	Coopération française
Mr Yves Bourgois	Expert comptable	Coopération Luxembourgeoise
Mr. Gian Carlo Cirri	Représentant	PAM
Mme Marlène François-Lays	Représentante	UNFPA
Mr. Masakazu Takayanagi	Coordinateur	JICA
Mr. Alassane Ibrahim	Administrateur	JICA
Pr Nouhou Hassane	Doyen	Faculté des Sciences de la Santé
Mr. Diogou Adamou	Directeur	Institut de Santé Publique
Mr. Yacouba Ousseini	Directeur	Ecole Nationale de Santé Publique de Niamey

## ANNEXE 3 : PRINCIPAUX PARTENAIRES ET DOMAINES D'INTERVENTION DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Type de coopération	Organismes	Domaines d'intervention
<b>Agences du SNU</b>	<b>Banque mondiale</b>	<p>elle: intervient actuellement au Niger, à travers le projet santé II qui a débuté en 1997 et qui doit prendre fin en 2003. Ce projet a un coût de 40 000 000 USD dont 98% ont été consommés.</p> <p>Les interventions consistent à rehausser les plateaux techniques des districts sanitaires, des hôpitaux de districts, des centres de santé intégrés, construire et réhabiliter des centres de santé dans trois régions du pays et renforcer la centrale d'achat des médicaments.</p> <p>Il existe aussi un nouveau projet de lutte intersectoriel contre le SIDA d'une valeur de 25 000 000 USD.</p>
	<b>PNUD</b>	<p>Les domaines d'intervention du PNUD dans le cadre de l'UNDAF 2004-2007, couvrent l'amélioration de l'accès à l'eau potable et assainissement (1 600 000 USD), la revue des dépenses publiques et l'appui à l'organisation de consultation sectorielle, dans le cadre de l'organisation et gestion du système de santé (125 000 USD) et la lutte contre le VIH/SIDA (200 000 USD).</p> <p>Les interventions du PNUD sont à couverture nationale avec quelques projets régionaux.</p>
	<b>UNFPA</b>	<p>Le programme de coopération de l'UNFPA, avec le pays, repose sur deux volets : population, stratégie de développement et de santé reproductive.</p> <p>Dans le domaine sanitaire, les axes d'intervention de l'UNFPA sont : l'amélioration de l'accès à des services de planification familiale de qualité, la promotion du concept de la santé de la reproduction et le développement des comportements sains chez les jeunes.</p> <p>Le cinquième programme 2002-2003 a consacré 4,9 millions de dollars au développement de la santé de la reproduction.</p> <p>A partir de 2004, l'UNFPA entame un nouveau cycle de programmation qui couvrira la période 2004-2007 dans lequel 11,9 millions de dollars sont prévus pour supporter les activités liées à la santé de la reproduction.</p>

## Annexe 3 : Principaux partenaires et domaines d'intervention dans le secteur de la santé

Type de coopération	Organismes	Domaines d'intervention
	<b>UNICEF</b>	<p>Dans le cadre de son programme de Coopération 2000-2004 avec le Niger, l'UNICEF axe ses interventions en matière de santé sur l'appui aux programmes nationaux.</p> <p>Les activités couvrent la vaccination, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, le VIH/SIDA et les actions de santé maternelle.</p> <p>Durant les quatre dernières années, l'UNICEF a consacré 25 millions de dollars au secteur de la santé.</p> <p>Le prochain cycle de programmation de l'UNICEF couvrira une période de quatre ans (2004-2007).</p>
	<b>PAM</b>	<p>Par le passé l'intervention du PAM en matière de santé, se résumait en un appui alimentaire aux enfants malnutris et aux femmes enceintes.</p> <p>Dans son prochain cycle de programmation (2004-2007), le PAM prévoit de réorienter sa politique vers l'appui à la prise en charge du VIH/SIDA/ Tuberculose et la malnutrition pour un montant de 2 000 000 USD.</p>
<b>Coopération multilatérale</b>	<b>Union Européenne</b>	<p>L'appui de l'Union Européenne au secteur de la santé, est centré sur les domaines suivants : Médicaments, santé reproductive à travers le projet exécuté par l'UNFPA (2 300 000 USD), sécurité transfusionnelle (2 300 000 USD), la construction d'un hôpital à Arlit (3 000 000 USD), l'appui au système national d'information sanitaire et à la vaccination pour la période 2001-2005.</p> <p>L'Union Européenne apporte également un appui technique au Ministère de la Santé Publique dans le cadre du renforcement des capacités institutionnelles.</p>
<b>Coopération bilatérale</b>	<b>Belgique</b>	<p>L'appui de la Coopération belge, au secteur de la santé, est essentiellement de deux ordres : l'appui aux Districts sanitaires de la région de Dosso et la Commune III de Niamey et la formation.</p> <p>Une enveloppe globale de 12 540 000 USD est prévue pour supporter les nouvelles interventions, pour la période 2004-2008</p>
	<b>Canada</b>	<p>L'appui de la Coopération canadienne au secteur de la santé, est essentiellement axée sur l'appui au système national d'information sanitaire à travers le Projet d'Appui à la Surveillance Epidémiologique intégrée (PASEi) pour une enveloppe de 300 000 USD sur quatre (4) ans et l'appui à la lutte contre le SIDA, à travers le projet SIDA 3, pour une enveloppe de 2 000 000 USD sur cinq ans</p>

## Annexe 3 : Principaux partenaires et domaines d'intervention dans le secteur de la santé

Type de coopération	Organismes	Domaines d'intervention
<b>Coopération bilatérale</b>	<b>Danemark</b>	Les domaines d'intervention de la coopération danoise sont la lutte contre le VIH/SIDA, exécuté par l'ONG " CARE " pour 600 000 USD, pour la période 2003-2005, le projet initiative jeunes avec le UNFPA 500 000 USD, pour la période 2003-2004 et l'assainissement, projet qui sera exécuté par l'UNICEF et le Ministère de l'hydraulique pour 4 500 000 USD pour la période 2004-2007
	<b>France</b>	L'appui de la France au secteur de la santé a été basé essentiellement sur le développement de 2 districts sanitaires : Tchirozérine (projet terminé en 2003) et Niamey Commune II où un montant de 140 000 USD est prévu pour l'année 2004.  Un autre projet de coopération Sud-Sud, Tunisie-Niger, dans le cadre de la santé de la reproduction, est mise en œuvre pour un montant de 784 000 USD.  Pour les prochaines années, la coopération envisage la mise en œuvre d'un projet pilote sur l'assurance maladie volontaire.
	<b>Japon</b>	La Coopération japonaise, à travers la JICA, appuie le secteur de la santé dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite, pour un montant de 1 383 000 USD pour les quatre dernière années, de l'éradication du Ver de guinée, de la lutte contre le paludisme, et de renforcement des capacités en ressources humaines
	<b>Luxembourg</b>	En matière de santé, la coopération luxembourgeoise intervient à travers deux projets, à savoir " Ecole et santé " et SIDA.  En moyenne 900 000 USD par an et par projet sont dépensés.
<b>ONG</b>	<b>Helen Keller International (HKI)</b>	L'appui de HKI couvre deux domaines d'intervention : la nutrition et les soins oculaires.  Des sous-programmes permettent la mise en œuvre des interventions dans ces deux domaines : Micronutriments (135 000 USD), Survie de l'enfant (240 000 USD), Multi micro nutriments (160 000 USD), la lutte contre le Trachome (130 000 USD), la lutte contre l'onchocercose (45 000 USD), la création des radios communautaires (750 000 USD).  En moyenne, HKI dépense chaque année 1 million USD dans le domaine de la santé.

## ANNEXE 4 : PLAN INDICATIF ET CADRE DES RESSOURCES

### PLAN INDICATIF ET CADRE DE RESSOURCES POUR LES STRATEGIES DE COOPERATION AVEC LES PAYS (2004-2007)

Amélioration de la performance du système de santé

S/N	Grandes actions	Résultats attendus	Période				Cadre de ressources pour les domaines stratégiques d'appui (USD)		
			2004	2005	2006	2007	Besoin de Ressources	Budget régulier	Manque de ressources
Renforcement de l'administration générale du MSP	Renforcement des capacités	Gestion globale améliorée	X	X	X	X	383 000	190 000	193 000
	Coordination	Cadre de coordination fonctionnel	X	X	X	X	88 000	8 000	80 000
	Communication	Populations et partenaires, mieux informés		X			20000	0	20 000
	Politiques/plans	Politiques et plans élaborés/mis à jour			X	X	40000	0	40 000
	Bases factuelles	Système d'information sanitaire et recherche en santé renforcés	X	X	X	X	235000	35000	200 000
	Suivi évaluation	Performance du secteur, améliorée	X	X	X	X	120 000	24000	96 000
	Plaidoyer	Secteur mieux perçu comme facteur de développement	X	X	X	X	50000	0	50 000
	<b>Sous Total</b>						<b>936 000</b>	<b>257 000</b>	<b>679 000</b>

## Annexe 4 : Plan indicatif et cadre des ressources

S/N	Grandes actions	Résultats attendus	Période				Cadre de ressources pour les domaines stratégiques d'appui (USD)		
			2004	2005	2006	2007	Besoin de Ressources	Budget régulier	Manque de ressources
Amélioration de la qualité des services et des soins	Généralisation de l'approche gestion globale de la qualité	Qualité des soins et services, améliorée	X	X	X	X	138554	38554	100 000
	Renforcement des compétences du personnel	Normes et standards de la qualité des soins, mieux respectés	X	X	X		45000	0	45 000
	Appui aux réformes hospitalières	Réformes hospitalières, mises en œuvre	X	X			41000	14000	27 000
		<b>Sous Total</b>					<b>224 554</b>	<b>52 554</b>	<b>172 000</b>
Développement des ressources humaines	Appui à la finalisation du Plan de Développement des Ressources Humaines	Plan de Développement des Ressources Humaines, mis en œuvre	X				46000	6000	40000
	Appui aux institutions de formation	Capacité des institutions de formation, renforcée	X	X	X	X	670000	607348	62652
	Octroi de bourses d'études	Déficit en spécialistes, réduit	X	X	X	X	1324260	882840	441420
		<b>Sous Total</b>					<b>2 040 260</b>	<b>1 496 188</b>	<b>544 072</b>

S/N	Grandes actions	Résultats attendus	Période				Cadre de ressources pour les domaines stratégiques d'appui (USD)		
			2004	2005	2006	2007	Besoin de Ressources	Budget régulier	Manque de ressources
	Développement de mécanismes pour un financement équitable de la santé	Appui à l'élaboration des Comptes nationaux	X	X			67000	32500	34500
	Mécanismes financement de la santé	Mécanismes actuels de financement, analysés		X			20000	0	20000
	Plaidoyer pour la mobilisation des ressources	Financement du secteur suffisamment, assuré	X	X	X		40000	0	40000
		<b>Sous Total</b>					127 000	32 500	94 500
	Renforcement de l'opérationnalité des districts sanitaires	Renforcement des capacités		X	X	X	170000	0	170000
		Appui à la mise en place des ECD	X	X			0		0
		<b>Sous Total</b>					170 000	0	170 000

## Lutte contre la maladie, gestion des urgences et catastrophes

S/N	Intensification des interventions de santé orientées vers les pathologies dominantes et les couches vulnérables	Grandes actions	Résultats attendus	Période				Cadre de ressources pour les domaines stratégiques d'appui (USD)		
				2004	2005	2006	2007	Besoin de Ressources	Budget régulier	Manque de ressources
				X	X	X	X	14035400	10 952 100	3083300
		Renforcement du PEV	*Morbidity et de la mortalité des maladies prioritaires du PEV réduites * Poliomyélite, éradiquée	X	X	X	X			
		Renforcement et extension de la PCIME	Mortalité infantile juvénile, réduite	X	X	X	X	954000	636000	318000
		Appui à la mise en œuvre de la stratégie RBM	Morbidity et mortalité dues au paludisme réduites	X	X	X	X	1575000	1050000	525000
		Appui à la lutte contre le VIH/SIDA	Séroprévalence de l'infection à VIH, réduite	X	X	X	X	583000	50000	533000
		Extension de la stratégie DOTS	Prévalence de la tuberculose, réduite	X	X	X	X	630000	420000	210000
		Appui à la lutte contre les maladies à éradiquer et ou à éliminer	Maladies sous surveillance, éradiquées et ou à éliminées	X	X			550000	440000	110000
		Appui à la lutte contre les maladies non transmissibles	Prévalence des maladies non transmissibles, réduite	X	X	X	X	480000	300000	180000
			<b>Sous Total</b>					<b>18 807 400</b>	<b>13 848 100</b>	<b>4 959 300</b>

S/N	Grandes actions	Résultats attendus	Période				Cadre de ressources pour les domaines stratégiques d'appui (USD)		
			2004	2005	2006	2007	Besoin de Ressources	Budget régulier	Manque de ressources
	Renforcement de la surveillance intégrée des maladies dans tous les districts sanitaires du pays	Renforcement des capacités des districts sanitaires en matière de notification des cas, améliorée; Suivi/évaluation	X	X	X	X	1 903 810	1 523 810	380 000
		stratégies de riposte, améliorées	X	X	X	X	68 000	0	68 000
		Plaidoyer	X	X	X	X	8 000	0	8 000
		<b>Sous Total</b>					<b>1 979 810</b>	<b>1 523 810</b>	<b>456 000</b>
	Amélioration de la capacité de riposte et gestion des urgences et catastrophes	Identification des risques		X			170 000	0	170 000
		Renforcement des capacités		X	X	X	300 000	200 000	100 000
		Diffusion des normes de prise en charge		X			40 000	0	40 000
		<b>Sous Total</b>					<b>510 000</b>	<b>200 000</b>	<b>310 000</b>

Santé et Environnement.

S/N	Promotion de comportements favorables à la santé.	Grandes actions	Résultats attendus	Période			Cadre de ressources pour les domaines stratégiques d'appui (USD)			
				2004	2005	2006	2007	Besoin de Ressources	Budget régulier	Manque de ressources
		Plaidoyer	Questions santé et l'environnement prises en compte dans les programmes nationaux de développement	X	X	X	X	50 000	0	50 000
		Appui à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes de lutte contre les facteurs de risque	Prévalence des facteurs de risque réduite.	X	X	X	X	80 000	50 000	30 000
		Promotion de la recherche	Comportements ayant une incidence sur la santé publique, mieux connus		X	X	X	80 000	0	80 000
			<b>Sous Total</b>					210 000	50 000	160 000

S/N	Grandes actions	Résultats attendus	Période				Cadre de ressources pour les domaines stratégiques d'appui (USD)		
			2004	2005	2006	2007	Besoin de Ressources	Budget régulier	Manque de ressources
Promotion d'un environnement favorable à la santé	Vulgarisation des méthodes d'hygiène et assainissement à base communautaire	Appropriation par les communautés des méthodes d'hygiène/assainissement	X	X	X	X	210 000	39 000	171 000
	Appui à l'élaboration de la stratégie santé environnement et des programmes ville santé au niveau de 8 régions	Programmes régionaux élaborés et mis en œuvre	X	X	X		152 000	9 500	142 500
	Renforcement des capacités des services d'hygiène et d'assainissement	Performance des services, améliorée		X	X	X	60 000	22 000	38 000
	Plaidoyer pour la mobilisation des ressources	Financement des programmes, assuré	X	X	X	X	25 000	0	25 000
		<b>Sous Total</b>					<b>447 000</b>	<b>70 500</b>	<b>376 500</b>

## Annexe 4 : Plan indicatif et cadre des ressources

S/N	Grandes actions	Résultats attendus	Période			Cadre de ressources pour les domaines stratégiques d'appui (USD)				
			2004	2005	2006	2007	Besoin de Ressources	Budget régulier	Manque de ressources	
				X						
	Renforcement de la surveillance en matière de sécurité sanitaire des aliments	Appui à l'élaboration d'un programme national de sécurité sanitaire des aliments		X				55 000	0	55 000
		<b>Sous Total</b>					55 000	0	0	55 000
	Renforcement des responsabilités de la communauté dans l'amélioration de son état de santé	Appui à l'élaboration de stratégies opérationnelles pour le renforcement des responsabilités des communautés		X	X			100 000	0	100 000
		Plaidoyer	X	X	X			25 000	0	25 000
		<b>Sous Total</b>					125 000	0	0	125 000
	<b>TOTAL GENERAL</b>						25 632 024	17 530 652	0	8 101 372



