



Organisation
mondiale de la Santé
Bureau de la Représentation au Niger



République du Niger

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

(Version révisée et étendue à 2015)

TABLE DES MATIERES

Préface

Résumé

I. INTRODUCTION	5
II. DEFIS NATIONAUX LIES A LA SANTE ET AU DEVELOPPEMENT	6
III. AIDE AU DEVELOPPEMENT ET PARTENARIATS	21
IV. CADRE DE POLITIQUES DE L'OMS : ORIENTATIONS MONDIALES ET REGIONALES	23
V. COOPERATION ACTUELLE DE L'OMS	27
VI. PROGRAMME STRATEGIQUE: PRIORITES RETENUES POUR LA COOPERATION DE L'OMS AVEC LE PAYS	30
6.1 Réorientation de l'appui de l'OMS	
6.2 Objectif du programme de coopération de l'OMS	
6.3 Composantes de l'Agenda stratégique 2009-2015	
6.4 Priorités de l'Agenda stratégique pour la période 2014-2015	
VII. MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME STRATEGIQUE	52
VIII. SUIVI ET EVALUATION	53
IX. CONCLUSION	53

Liste des Acronymes

AFD	Agence Française de développement
BP	Budget-programme
CCM	Country coordination mechanism
CERMES	Centre de recherches médicales et sanitaires
CSI	Centre de santé intégré
DRH / MSP	Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé Publique
DTC	Diphtérie tétanos coqueluche
EDSN -MICS	Enquête démographique de santé et à indicateurs multiples
EPA	Etablissement public à caractère administratif
FAP	Femme en âge de procréer
FCFA	Francs de la Communauté Financière Africaine
GAVI	Global alliance for vaccines and immunizations
GRH	Gestion des Ressources Humaines
HHA	Harmonization for health in Africa
HKI	Helen Keller International
IDH	Indice de développement humain
IHP+	International partnership for health and connexe initiatives
JICA	Japanese international corporation agency
MDO	Maladies à déclaration obligatoire
MIILDA	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MSP	Ministère de la Santé publique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies pour la lutte contre le VIH/sida
PAM	Programme alimentaire mondial
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDES	Plan de développement économique et social
PDS	Plan de développement sanitaire
PEV	Programme élargi de vaccination
PIB	Produit intérieur brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PVVIH	Personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
RBM	Roll back malaria (Faire reculer le paludisme)
RSI	Règlement Sanitaire International
SCP	Stratégie de coopération avec les pays
SDRP	Stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIMR	Surveillance intégrée des maladies et riposte
UNDAF	Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
UNFPA	Fonds des Nations unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'Enfance
US	United States
USD	Dollars américains
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Préface

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

La première génération de documents de stratégie de coopération avec les pays a été établie à travers un processus participatif qui a mobilisé les trois niveaux de l'Organisation, les pays et leurs partenaires. Elle a permis aux pays de mieux planifier leurs interventions suivant une approche basée sur les résultats et un processus gestionnaire amélioré favorisant la prise en compte de leurs besoins réels par les trois niveaux de l'Organisation. Pour le Niger la première SCP couvre la période 2004-2007.

Tirant les leçons de la mise en œuvre de la SCP de première génération, le document de SCP de seconde génération en harmonie avec le 11^{ème} Programme général de Travail de l'OMS et le Cadre stratégique à moyen terme, prend en compte les priorités sanitaires des pays définies dans les plans nationaux de développement sanitaire et les plans sectoriels de lutte contre la pauvreté. La SCP 2009-2013 avec le Niger s'inscrit aussi dans le contexte global de la santé et intègre les principes d'alignement, d'harmonisation, d'efficacité tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans les récentes initiatives telles que « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et « Partenariat international pour la Santé-Plus » (IHP+).

Le document de SCP de deuxième génération est en synchronisation avec le Cadre d'Assistance et de Développement des Nations Unies (UNDAF) 2009-2013 en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Mais pendant sa mise en œuvre un nouveau contexte est né de l'adoption par le Gouvernement du Niger de son Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-2015 et de

son Plan de Développement Economique et Social (PDES) 2012-2015. Par ailleurs l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté en mai 2013 le douzième programme général de travail pour la période 2014-2019 dans le contexte de la réforme de l'OMS en cours depuis deux ans. Pour toutes ces raisons , tenant compte des orientations du Bureau régional de l'OMS lors du RPM 47 demandant aux pays d'actualiser les stratégies de coopération en cours dans la perspective d'un alignement des futurs processus de formulation des SCP sur les cycles de planification des documents nationaux, le Ministère de la Santé Publique et le Bureau de l'OMS au Niger ont convenu de procéder à la revue interne de la SCP 2009-2013 et à son extension pour l'aligner sur l'horizon 2015 du PDS et du PDES.

Je salue le leadership efficace et efficient assuré par le pays dans la conduite de cet important exercice de mise à jour du document de Stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger et demande à tout le personnel de l'OMS au Niger, en particulier au Représentant de l'OMS et aux Directeurs des groupes organiques , à l'équipe Inter Pays de l'Afrique de l'Ouest de conjuguer leurs efforts pour garantir sa mise en œuvre effective en vue de meilleurs résultats sanitaires au bénéfice des populations nigériennes.

Dr Luis Gomes SAMBO

RESUME

L'Accord de base conclu entre le Gouvernement de la République du Niger et l'OMS le 5 Octobre 1960 constitue le cadre légal de leur coopération. La Stratégie de coopération de l'OMS avec le pays et les plans d'actions biennaux, qui en assurent la mise en œuvre, constituent les instruments d'exécution dudit Accord.

La Stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger pour la période 2009-2013, actuellement étendue à 2015 s'inspire de l'expérience acquise et des progrès enregistrés dans la mise en œuvre de la précédente stratégie de coopération qui couvrait la période 2004-2007. Elle se fonde principalement sur les objectifs et orientations sanitaires du pays, prend en compte les orientations stratégiques et programmatiques de l'OMS et s'inspire des documents des principaux partenaires au développement, notamment le Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF). Les processus de son élaboration puis de son extension ont été participatifs, impliquant toutes les parties prenantes dans le pays et aux différents niveaux de l'Organisation.

Partant des défis majeurs identifiés pour le secteur de la santé, la stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger développe son agenda stratégique autour de quatre principaux axes: i) Amélioration de la performance du système de santé ; ii) Lutte contre la maladie, gestion des urgences et catastrophe ; iii) Santé de la mère et de l'enfant; iv) Promotion d'un environnement favorable à la santé.

Conformément à sa mission, l'OMS se concentrera sur la définition des politiques, des stratégies, des normes et des directives techniques adaptées au contexte national et local. Elle facilitera les échanges d'informations et de connaissances, stimulera la recherche et l'innovation, et contribuera à la surveillance et l'évaluation de la mise en œuvre des politiques, des stratégies et programmes nationaux. Son action sera guidée en particulier par les objectifs nationaux de santé, les priorités régionales et mondiales de l'Organisation, les Objectifs du Millénaire pour le Développement, dans le respect des valeurs de base que sont le droit, la justice et l'équité.

Les efforts de réorganisation de l'action de l'OMS viseront surtout une gestion plus intégrée des programmes, une utilisation plus rationnelle des ressources humaines et financières disponibles, à travers une plus grande harmonisation des actions des partenaires de la santé, en vue d'un soutien plus cohérent et plus adapté aux besoins du pays. L'Organisation renforcera son rôle de plaidoyer en vue d'un dialogue politique entre le Gouvernement et ses partenaires, pour un meilleur positionnement de la santé dans le cadre du développement. La mise en œuvre de la stratégie nécessitera l'engagement et la mobilisation des énergies à tous les niveaux de l'Organisation, Bureau de pays, Equipe inter-pays, Bureau régional et Siège.

I. INTRODUCTION

La Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays (SCP) est l'expression, à moyen terme (4 à 6 ans) de la stratégie institutionnelle de l'OMS avec un pays donné. Elle décrit le cadre de la coopération de l'OMS avec le Ministère de la Santé Publique et les autres partenaires, indiquant à la fois ce que l'OMS va faire et comment elle va le faire (domaines et fonctions) en tenant compte de ses avantages comparatifs. La SCP servira à l'ensemble de l'Organisation pour son travail dans et avec le pays, notamment pour l'élaboration des budget-programmes biennaux du pays et la formulation des politiques, des stratégies et des plans régionaux et globaux de l'Organisation.

La seconde stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger avait été développée pour couvrir la période 2009-2013. Le nouveau contexte créé par la publication par le Gouvernement du Niger de son Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-2015 et de son Plan de Développement Economique et Social (PDES) 2012-2015 était une opportunité pour l'OMS de reformuler son programme de coopération avec le pays. Cependant, tenant compte des orientations du Bureau régional de l'OMS demandant aux pays d'actualiser les stratégies de coopération en cours dans la perspective d'un alignement des futurs processus de formulation des SCP sur ceux des documents nationaux, le Ministère de la Santé Publique et le Bureau de l'OMS au Niger ont convenu de procéder à la revue interne de la SCP 2009-2013 et à son extension pour l'aligner sur l'horizon 2015 du PDS et du PDES. Il est espéré que cette disposition transitoire assurera l'alignement des futures stratégies de coopération avec les documents nationaux, notamment le PDS.

Dans sa nouvelle version, qui met en exergue les priorités d'intervention de l'OMS pour la période 2014-2015, la stratégie de coopération 2009-2015 s'inspire des succès et des insuffisances de la SCP I qui couvrait la période 2004-2007 ainsi que des résultats de la revue à mi-parcours de la SCP II 2009-2013. Elle se fonde principalement sur les objectifs et orientations sanitaires du pays telles que définies dans le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 et le Plan de Développement Economique et Social (PDES) 2012-2015. Elle prend en compte les orientations stratégiques et programmatiques de l'OMS telles que définies dans le Douzième Programme Général de Travail 2014-2019 et les Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2010-2015.

Elle s'inspire également des documents des principaux partenaires au développement, notamment le Plan Cadre d'Assistance des Nations Unies au Niger (UNDAF) pour la période 2014-2018 et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Elle tient compte aussi des principes et valeurs tels qu'exprimés notamment dans: la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et l'Agenda d'Accra, la Déclaration d'Abuja sur le financement du secteur de la santé, la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires (SSP) et les systèmes de santé en Afrique, la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique et l'Engagement de Luanda sur sa mise en œuvre, la Déclaration d'Alger sur la Recherche pour la Santé en Afrique.

L'exercice de formulation de la version initiale de la Stratégie de coopération 2009-2015 a été très participatif, impliquant les principales parties prenantes du Gouvernement, des partenaires multilatéraux et bilatéraux, des ONG et Associations ainsi que des Institutions de formation. Il a bénéficié également des contributions des autres niveaux de l'OMS, notamment l'équipe Inter-pays de Ouagadougou, le Bureau régional et le Siège.

Le processus d'extension de la stratégie a été conduit entre septembre et novembre 2013 par une équipe constituée de cadres du bureau de l'OMS et de ceux du Ministère de la Santé Publique, avec l'appui d'un consultant local sous la coordination du Représentant de l'OMS. Durant cette période, des consultations ont été tenues avec le Ministère de la Santé et des partenaires pour identifier ensemble les domaines d'interventions prioritaires de l'OMS pour la période biennale 2014-2015. C'est ainsi que partant des défis majeurs du secteur de la santé, défis qui n'ont pratiquement pas varié au cours des dernières années, la Stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger 2009-2015 a maintenu son agenda stratégique autour des quatre axes (4) précédemment définis : i) Amélioration de la performance du système de santé ; ii) Lutte contre la maladie, gestion des urgences et catastrophe ; iii) Santé de la mère et de l'enfant; iv) Promotion d'un environnement favorable à la santé.

Partant de ces axes, l'équipe de formulation a retenu quatre priorités stratégiques pour une action intensifiée de l'Organisation pendant la période 2014-2015 : i) Améliorer la performance du système de santé, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires ; ii) Intensifier la lutte contre la maladie et mieux gérer les crises associées aux urgences sanitaires; iii) Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant ; iv) Promouvoir un environnement favorable à la santé. Le document a été validé du 30 au 31 janvier 2014 au cours de l'atelier qui a regroupé tous les acteurs de la santé y compris la société civile.

II. DEFIS EN MATIERE DE SANTE ET DEVELOPPEMENT

2.1. Profil du pays

Le Niger est un vaste pays sahélo-saharien (1 267 000 km²), enclavé et désertique sur plus de la moitié de son territoire. Il est soumis à une pluviométrie aléatoire, irrégulière et insuffisante dans le temps et dans l'espace.

Selon la projection démographique de 2013 réalisée par l'Institut National de la Statistique (INS), la population du Niger est estimée à **17 797 110 habitants** dont 50,6% de femmes. La densité moyenne est de 13 habitants/km². Environ 78% de la population vivent en zones rurales. Plus de 75% de la population sont concentrés sur moins de 40 % du territoire national et environ 15 % sont des nomades.

L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) reste très élevé, de l'ordre de 7,6 enfants/femme (EDS-MICS IV 2012) et constitue une préoccupation majeure pour la santé de la population, en particulier celle de la femme et de l'enfant. Il demeure le principal déterminant du taux d'accroissement démographique de 3,9%/an, l'un des plus élevés au monde. Le taux global d'alphabétisation est de 29,0 % avec un taux de scolarisation dans le primaire de 58,6 % dont 66,7% chez les garçons et 50,5 % chez les filles (Niger en chiffres ; INS 2011).

Le Produit Intérieur Brut (PIB) aux prix du marché est passé de 2419,6 milliards FCFA en 2008 à 2533,4 milliards de FCFA en 2009 et à 2809,1 milliards FCFA en 2010. Cette progression importante du PIB a entraîné un rehaussement du revenu par tête qui est de l'ordre de 170 400 FCFA en 2008, 172 400 FCFA en 2009 et 184 800 FCFA en 2010 (INS, le Niger en chiffres 2011).

Cependant, le Niger reste classé parmi les pays les plus pauvres du monde, avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,304 dans le Rapport Mondial sur le Développement

Humain 2013, le positionnant à la 186^{ème} place (en exæquo avec la République démocratique du Congo) sur 187 pays classés. Le revenu brut par habitant est aussi l'un des plus faibles au monde, soit 641 US \$ en 2011.

La pauvreté recule très faiblement, passant de 63% en 1990, à 62,1% en 2005 et à 59,5% en 2012 (QUIBB2005 et Evaluation OMD Santé 2013). La pauvreté touche plus le milieu rural que le milieu urbain, avec une prédominance plus prononcée chez les personnes de sexe féminin. D'autre part, le phénomène prend une dimension endémique dans les régions de Maradi, de Dosso et de Tillabéri. Le taux de croissance moyen annuel du PIB réel sur la période 2009-2012 est inférieur à 5%, ce qui est insuffisant au regard du taux de croissance de la population (3,9%) pour espérer réduire la pauvreté de moitié à l'horizon 2015.

Les principaux défis auxquels est confronté le Niger sont : le faible développement du capital humain, la dégradation de l'environnement et le changement climatique, la forte croissance démographique, la faible croissance économique, l'insécurité alimentaire et nutritionnelle et l'insécurité globale dans le Nord du pays et aux frontières avec la Libye, le Mali et le Nigéria.

2.2. Profil sanitaire

Le pays a réalisé des progrès significatifs dans certains domaines, notamment celui de la lutte contre les maladies évitables par la vaccination, ce qui a permis d'améliorer certains indicateurs socio-sanitaires : réduction de la mortalité infantile de 81 pour 1000 en 2006 à 63,2 pour 1000 en 2012, réduction de la mortalité infanto-juvénile passant de 198 pour 1000 en 2006 à, 130,5 pour 1000 en 2010 (enquête nationale sur la survie mortalité des enfants de 0 à 59 mois et de mortalité 2010) puis à 127 pour 1000 en 2012, réduction de la mortalité néonatale qui est passée de 33‰ en 2006 (EDSN MICS III 2006) à 24‰ en 2012 ; réduction de la mortalité maternelle de 648 pour 100 000 naissances vivantes en 2006, à 554 pour 100 000 naissances vivantes en 2010 (enquête nationale sur la survie mortalité des enfants de 0 à 59 mois et de mortalité 2010) et à 535 pour 100 000 naissances vivantes en 2012 (selon l'EDSN/MICS IV de 2012).

La situation sanitaire reste cependant préoccupante, marquée par une mortalité maternelle et infantile élevée, la prédominance de maladies transmissibles (infections respiratoires aiguës, maladies diarrhéiques, paludisme, tuberculose, VIH/Sida, tuberculose, maladies évitables par la vaccination, maladies tropicales négligées...), l'émergence des maladies non transmissibles (hypertension artérielle, diabète, cancers, maladies mentales, maladies nutritionnelles), l'insalubrité du milieu, la survenue quasi-régulière de situations d'urgence (épidémies, crises alimentaires et nutritionnelles, inondations, sécheresses, crises humanitaires) auxquelles le pays n'est pas toujours préparé.

Ces nombreux facteurs de risque contribuent à accroître la charge de maladie dans la population, en particulier chez les plus vulnérables, situation aggravée par la faible protection sociale de la population face au risque maladie (99% de la dépense des ménages en santé sont constitués de paiements directs ; la dépense de santé passant par la sécurité sociale et le système privé d'assurance malade représente moins de 3% de la dépense globale de santé). Cependant, malgré cette lourde morbidité, les progrès réalisés par l'Etat pour couvrir les besoins sanitaires de base des populations ont permis d'améliorer la situation sanitaire un temps soit peu.

En effet, une analyse de l'évolution des indicateurs des OMD liés à la Santé sur la période 1990-2012 montre que, dans l'ensemble, si des progrès ont bien été réalisés, ils ne sont pas suffisants pour permettre au pays d'être au rendez-vous du millénaire en 2015. Toutefois, si les tendances sont maintenues, le pays est sur la trajectoire pour l'atteinte de l'OMD4 concernant la mortalité infanto-juvénile mais le niveau de réduction de la mortalité maternelle observé ne permettra pas d'atteindre l'OMD5 en 2015. Par ailleurs, le pays est arrivé à inverser la tendance concernant l'infection à VIH selon EDSN-MICS 2012 avec un taux de seroprévalence de 0.4% dans la population générale en ce qui concerne l'OMD 6 A.

2.2.1 Profil épidémiologique

Le faciès épidémiologique du pays est très complexe, marqué par la prédominance des maladies transmissibles et une forte émergence des maladies non transmissibles.

Le paludisme,

Le paludisme reste un problème majeur de santé publique au Niger avec en moyenne de 850 000 cas notifiés chaque année entre 2006 et 2010. Il est responsable de 30 % des consultations ambulatoires et de 50 % de décès chez les enfants de moins de 5 ans. La proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme est passée de 48% en 2005 à 72.3% en 2008. Une enquête d'évaluation réalisée en Octobre 2009 montre que 60% des enfants dorment sous une moustiquaire imprégnée pour une disponibilité de 78.3% au niveau des ménages. L'utilisation des moustiquaires imprégnées a évolué ; elle est à 71,50% en 2010 pour les femmes enceintes et de 63,70% pour les enfants de moins de 5 ans sur la même période. Les principaux défis du programme national concernent : l'amélioration de la couverture du pays en moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) ainsi que leur utilisation, l'amélioration du diagnostic précoce et le traitement adéquat des cas de paludisme, le suivi régulier de la sensibilité des vecteurs aux insecticides et celle des parasites aux médicaments utilisés, l'amélioration de l'accès universel aux soins et à la prévention.

Le VIH/Sida

L'épidémie du VIH/sida au Niger est de type concentré avec une prévalence faible, estimée 0,7% (EDSN-MICS III 2006%) dans la population générale où elle est passée à 0,4% en 2012 (EDSN-MICS IV) mais élevée dans certains groupes tels que : les professionnelles de sexe (20,89 %), les forces de défense et de sécurité (3,8 %), les détenus (2,8 %), les miniers (2,2 %) et les routiers (1,7 %). Ce taux était de 0.03% chez les femmes enceintes en 2007. L'effectif cumulé des malades sous ARV est passé de 695 en 2005 à 6 445 en 2009 puis à 12 551 en 2013. Cette situation justifie la mise en œuvre des stratégies de prévention particulièrement ciblées sur ces groupes de population les plus exposés au risque d'infection par le VIH, tout en intervenant dans la population générale.

La Tuberculose :

L'incidence de la tuberculose au Niger toutes formes confondues, serait de 108 cas pour 100 000 habitants par an en 2009, tandis que l'incidence des nouveaux cas à microscopie positive se situerait à 77 pour 100 000 habitants en 2011 selon le rapport annuel du programme national de lutte contre la tuberculose (Rapport annuel du programme).

Le principal défi du pays est d'améliorer les résultats du dépistage et du traitement en vue de réduire la morbidité et la mortalité dues à cette maladie. La gestion de la coïnfection VIH/Sida-Tuberculose, estimée à 11,3% (enquête nationale TB-VIH 2009), constitue aussi une préoccupation de la politique sanitaire du Niger.

Les Maladies évitables par la vaccination

Les efforts réalisés en matière de vaccination ont permis d'améliorer les couvertures vaccinales pour les antigènes suivants : VPO3 (95%); Penta3 (96%); VAR (91%); VAA (90%); VAT2+ (81%). Ils ont conduit à l'arrêt de la transmission locale de la poliomyélite, la réduction de l'incidence de la rougeole en 2010 et l'élimination des épidémies de méningites à méningocoque A depuis 2011. Les principaux défis du pays concernent : l'interruption de la circulation du polio virus sauvage (PVS), la réduction du nombre d'enfants non vaccinés, l'accélération de la lutte contre la maladie (Rougeole, TNN, Méningite et Fièvre jaune) et la surveillance épidémiologique y compris l'assurance de la qualité des données de surveillance.

Les Maladies Tropicales Négligées (MTN):

La bilharziose, les géo helminthiases, le trachome, la filariose lymphatique restent encore des problèmes de santé publique, particulièrement chez les populations démunies habitant des zones rurales, alors que la dracunculose (Ver de Guinée), l'onchocercose et la lèpre sont en voie d'éradication ou d'élimination. Le maintien de la prévalence (autour de 0%) de l'onchocercose, l'acheminement vers l'élimination de la lèpre (<1cas/10 000 habitants) et l'éradication de la dracunculose (arrêt total de la transmission locale des cas autochtones de la maladie depuis octobre 2008), constituaient les principaux défis du pays.

Les Maladies Non Transmissibles (MNT):

Les affections chroniques non transmissibles (MNT) sont actuellement des causes importantes de décès et d'incapacité dans tous les pays. Au Niger, on ne dispose pas de données récentes fiables sur ces maladies. Cependant, des affections comme le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardio-vasculaires, les accidents cérébraux-vasculaires sont de plus en plus fréquentes et l'inquiétude vis à vis de ces maladies est perceptible dans la population. L'enquête « STEPS » de décembre 2007 sur les facteurs de risque de ces maladies a fourni les prévalences suivantes chez les adultes : hypertension artérielle : 21,2 %; diabète : 4,3 %; surcharge pondérale : 26,5 %; obésité : 3,8 % et fumeurs de tabac : 4,9 %. Le défi majeur du programme national reste de sensibiliser les professionnels de la santé, les décideurs politiques et les partenaires en vue de la mise en œuvre effective des interventions de lutte contre les MNT contenues dans le Plan stratégique national 2012-2016.

Les Maladies nutritionnelles :

Le problème nutritionnel des enfants nigériens reste entier et s'est particulièrement dégradé en 2005 et 2010 suite aux crises alimentaires qu'a connues le pays. La malnutrition chronique touche en moyenne un enfant sur deux dans la tranche d'âge de 6 à 59 mois, tandis que la malnutrition aigüe sévère touche dans le meilleur des cas, un enfant sur 10. Près de 20% des enfants atteints de malnutrition aigüe sévère développent des complications médicales, qui sont les causes de décès des malnutris. L'EDS-MICS 2012 estime à 44% la proportion des enfants souffrant de malnutrition chronique dont 22 % sous la forme sévère.

2.2.2 Santé de la mère et de l'enfant

Les résultats de l'EDSN-MICS IV 2012 mettent en évidence une nette tendance à l'amélioration de tous les indicateurs de Santé de la reproduction.

La proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals par un prestataire formé, a nettement augmenté, passant 46 % en 2006 à 83 % en 2012, le taux d'accouchement assisté est passée de 19 % en 1998 à 29,3 % en 2012, pour un objectif de 60% en 2015. Cependant, concernant la mortalité maternelle, la situation demeure préoccupante, le taux de mortalité maternelle demeure élevé : 535 pour 100 000 naissances vivantes en 2012 (EDSN/MICS IV de 2012), rendant difficile l'atteinte de l'OMD 5 (175 pour 100 000 naissances vivantes). Le taux de césarienne reste en deçà du minimum de 5% bien qu'il ait connu une augmentation de 0,8% en 2005 à 1,4% en 2012; le taux de prévalence contraceptive des méthodes modernes qui était de 5% en 2006 (EDSN/MICSIII 2006) est passé à 12,2% en 2012 (EDSN/MICS IV 2012) pour un objectif de 25% en 2015. Le taux de mortalité néonatale qui était de 33‰ en 2006 (EDSN MICS III 2006) est passé à 24‰ en 2012. Le taux de mortalité infanto-juvénile de 198‰ en 2006 est passé à 127‰ en 2012(EDSN MICS IV 2012).

Mais, les défis majeurs du programme national demeurent : Comment réduire la mortalité maternelle ? Comment réduire la mortalité néonatale ? Comment retarder la fécondité des adolescentes ? Le pays dispose comme atouts des documents de stratégie fédérateurs pour une synergie d'action qui sont la Feuille de route de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant 2012-2015 et le plan d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2012-2015 centré sur des interventions à haut impact dont la mise en œuvre permettra d'accélérer la réalisation des OMD 4 et 5.

2.2.3 Promotion d'un environnement favorable à la santé

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

Cependant, une amélioration notable a été observée surtout, en ce qui concerne l'accès à l'eau potable (71,2% en milieu urbain, contre 62,1% en milieu rural, selon le rapport 2007 du Ministère de l'Hydraulique (MH). L'accès aux latrines hygiéniques (8,4%) reste encore à améliorer. L'influence des changements climatiques sur l'environnement est très perceptible et des changements ont été observés dans la variation des zones d'endémicité au paludisme et à la méningite.

La fréquence des maladies liées à la contamination de la chaîne alimentaire est encore mal connue et le suivi de la qualité et de l'hygiène des aliments demeure encore insuffisant malgré la création de la Police sanitaire, une instance nationale chargé entre autres de l'hygiène et de la sécurité sanitaire des aliments.

2.2.4 Situations d'urgence

Le Niger se présente comme le pays des urgences sanitaires par excellence. A côté des maladies à potentiel épidémique comme le choléra, le paludisme, les gripes pandémiques, la

rougeole et la diphtérie, le pays se trouve confronté à des crises alimentaires et nutritionnelles majeures de plus en plus fréquentes et fait face à des inondations désastreuses. Ces urgences sont aggravées par les conflits, les mouvements des populations et l'insécurité qui règnent dans la sous-région.

Les maladies à potentiel épidémique : La saison des pluies, de juin à septembre, se caractérise par la résurgence des épidémies de choléra, de paludisme ainsi que de toutes les conséquences sanitaires des inondations. La saison sèche, d'octobre à mai, est marquée par les épidémies de méningite et de rougeole. De plus, on relève une résurgence des flambées de rougeole, particulièrement chez les enfants âgés de plus de 5 ans. Des cas de diphtérie dont 2 cas confirmés ont été notifiés dans la région de Tillabéri en 2013.

Crises alimentaires et nutritionnelles : Depuis 1966, le pays a été confronté à dix déficits de production d'ampleur variable dont la fréquence d'apparition est passée de 10 ans à 5 ans et actuellement à 2 ans. La dernière décennie a été marquée par quatre déficits de production majeurs causés par la sécheresse et/ou les invasions acridiennes : 2000/2001, 2004/2005, 2009/2010 et 2011/2012. Chaque année, la malnutrition chronique touche en moyenne un enfant sur deux chez les 6-59 mois, tandis que la malnutrition aigüe globale touche dans le meilleur des cas, un enfant sur 10. Même en année dite « normale », le taux de prévalence de la malnutrition aigüe sévère (MAS) se situe au-dessus du seuil d'alerte. Près de 20% des enfants atteints de MAS développent des complications médicales qui sont les causes de décès des malnutris.

Mouvements des populations et réfugiés : Les crises humanitaires dans les pays voisins (Libye, Mali, Nigeria) provoquent des mouvements de populations vers le Niger, avec leur corollaire de conséquences sanitaires: augmentation des maladies liées à la promiscuité, rupture de la continuité des traitements de maladies chroniques, nécessité de clinique mobile et de renforcement de la référence des cas graves etc...

Inondations : Les dernières années ont été marquées par des inondations sans précédent sur presque toute l'étendue du territoire national. En 2012, la crue du fleuve Niger a battu tous les records enregistrés depuis 1929. Les conséquences sanitaires ne sont pas négligeables : structures sanitaires et stocks de médicaments endommagés, augmentation des maladies liées à l'eau et à la promiscuité etc.. Ceci démontre ainsi la nécessité de renforcer la composante santé du programme national de gestion des risques liés aux catastrophes.

Les défis majeurs :

Les nombreuses crises et les catastrophes précédemment décrites impactent négativement sur le système de santé et sur l'état de santé des populations qui sont déjà vulnérables et dont les capacités de résilience sont limitées. D'où la nécessité et l'urgence d'un changement de paradigme dans le secteur santé : de la gestion des urgences vers une gestion holistique des risques de catastrophes. C'est fort de ce constat que le Niger s'est engagé, avec l'appui de ses partenaires, dans la mise en œuvre des dispositions de la Stratégie de gestion de risques liés aux catastrophes (DRM) adoptée lors du 62^{ème} Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique, tenu à Luanda en Novembre 2012. Cette stratégie est axée sur le renforcement du système de santé dans la gestion des risques liés aux catastrophes dans toutes ses phases : Prévention, Mitigation, Préparation, Réponse et Réhabilitation. Elle donne aussi les orientations quant à

sa mise en œuvre effective avec l'appui technique de l'OMS, avec les indications sur les délais butoirs précis pour chacune des interventions.

Pour assurer une bonne coordination de la préparation et de la réponse à ces différentes urgences sanitaires, l'OMS assure le Chef de file du Cluster Santé dans le cadre de l'approche de responsabilité sectorielle de la réforme humanitaire, avec le devoir de redevabilité vis-à-vis du Coordonnateur humanitaire et du dernier recours en santé.

2.3 Développement du système de santé

2.3.1 Politique de santé:

Le système de santé du Niger s'est inspiré des principes généraux et stratégies internationales tels : la Santé pour Tous, les Soins de Santé Primaires, l'Initiative de Bamako, le concept de « district sanitaire », la politique de médicaments génériques et plus récemment les Objectifs du millénaire pour le développement, la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique. Les éléments de toutes ces initiatives sont contenus dans la Déclaration de Politique sanitaire adoptée par le gouvernement depuis 2002.

Ces dix dernières années, le Ministère de la Santé Publique a entrepris d'importantes réformes visant à améliorer l'efficacité et la performance du système de santé. Parmi les réformes engagées, on notera l'adoption de l'approche sectorielle avec l'élaboration d'une politique sectorielle de santé, la définition des Orientations stratégiques pour le développement sanitaire de la première décennie du 21^{ème} siècle et la mise en œuvre des plans quinquennaux de développement sanitaire dont le premier couvre la période 2005-2009. Plusieurs documents de stratégies liées à des programmes spécifiques (VIH/Sida, Tuberculose, paludisme, vaccination, Maladies non transmissibles, assurance de qualité des soins, plan stratégique national pour la recherche en santé, plan de développement des ressources humaines 2012-2020, plan stratégique pour le développement du Système national d'information sanitaire/SNIS 2013-2022etc.) ont également été élaborés et mis en œuvre dans le cadre de l'atteinte des objectifs fixés dans le PDS 2005-2009.

Tirant les leçons de la mise en œuvre du PDS 2005-2009, le Ministère de la Santé Publique a entrepris l'élaboration d'un nouveau PDS pour la période 2011-2015 et d'un Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme (CDSMT), accompagné par la signature en 2011 d'un COMPACT national avec les partenaires techniques et financiers pour soutenir sa mise en œuvre. Ce nouveau plan, dont l'objectif majeur est « de contribuer à l'amélioration de la santé des populations, en vue de l'atteinte des OMD liés à la santé », s'est fixé comme défis d'une part, de privilégier les actions à gain rapide de par leur impact sur l'état de santé des populations et, d'autre part, de consolider le système national de santé en renforçant le cadre institutionnel, l'approche sectorielle, l'approche contractuelle et le dispositif facilitant la réactivité du secteur et la protection financière des usagers.

2.3.2 Prestation des services de santé

Le système sanitaire comprend trois types d'acteurs (public, privé, médecine traditionnelle) et trois niveaux administratifs et de soins (niveau local de santé/district, niveau intermédiaire/région et niveau central/national).

Les prestations de soins et de services de santé sont assurées en 2013 par un réseau d'établissements structuré en 3 niveaux hiérarchisés :

- Au niveau périphérique, 867 Centres de Santé Intégrés (CSI) dirigés chacun soit par un infirmier soit par un médecin. , auxquels sont rattachées 2510 cases de santé fonctionnelles tenues en général par des agents de santé communautaires. Les structures évoluent dans 71 districts sanitaires dont 33 disposent d'un hôpital de 1^{ère} référence (Hôpital de District). 26 sont équipés d'un bloc opératoire où travaillent des médecins formés en chirurgie de district.
- Au niveau régional, 8 Directions Régionales de la Santé Publique, dont celle de la Communauté Urbaine de Niamey, assurent la coordination des actions conduites dans les districts sanitaires. Y sont rattachés 6 Centres Hôpitaux Régionaux, deux maternités régionales de référence et 7 centres mères-enfants, tous disposants d'un plateau technique de 2^{ème} référence.
- Au niveau National, 3 Hôpitaux Nationaux et une Maternité de référence nationale, dotés chacun du statut d'Établissement Public à caractère Administratif (EPA), sont répartis entre Niamey (où 3 d'entre eux ont une activité hospitalo-universitaire) et Zinder.
- Quant au secteur privé, il est en développement et comprend 283 structures dont 57 cliniques privées, 36 cabinets médicaux et 5 hôpitaux privés) principalement orientés vers les activités curatives et concentrés dans les centres urbains.
- En fonction des spécificités géographiques (zones d'accès difficile) et des modes de vie des populations (nomades), l'offre de soins est assurée à travers les stratégies fixes, foraines , mobiles et avancées y compris la chirurgie foraine.

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

Ce système connaît de nombreuses faiblesses qui entravent sa capacité à relever les défis majeurs que sont la recherche de l'équité, l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services, la durabilité des actions, en particulier pour les couches les plus vulnérables et les plus pauvres de la population. Les principales difficultés concernent : l'insuffisance de la couverture ; le difficile accès des populations vulnérables comme les nomades ; la faible qualité de soins et d'accueil des malades ; une vétusté des formations sanitaires (FS), une insuffisance qualitative et quantitative de la supervision, une faible couverture des formations sanitaires en adduction d'eau potable et assainissement de base.

2.3.3 Ressources humaines pour la santé

La mise en œuvre du PDS 2005 – 2010 a permis d'obtenir des acquis importants en matière de Gestion des Ressources Humaines (GRH), notamment le recrutement de 1 212 agents entre 2005 et 2008, une meilleure maîtrise des effectifs suite au recensement et à la mise en place d'outils de suivi, la déconcentration de la fonction « Gestion des Ressources Humaines », la révision des curricula de formation, l'élaboration d'un plan de formation initiale et continue, le financement de près de 400 spécialisations médicales et paramédicales depuis 2005 et la mise en place d'un dispositif de primes de motivation pour les personnels médicaux et paramédicaux. (Source : Base de données de la DRH / MSP)

Ainsi, le total des ressources humaines en santé a progressé de 16% entre 2005 et 2010 tous statuts confondus et notamment de 84% pour la catégorie des contractuels du MSP.

En 2012 les ressources humaines du secteur de la santé comprennent 12 177 agents. Elles sont essentiellement constituées de 958 médecins, 3 782 infirmiers et 943 sages-femmes.

En 2013, les ressources humaines du secteur de la santé comprennent 12783 agents dont 7359 agents en activité, 16 contractuels, 3412 agents de santé communautaire, 597 appelés du service civique national, 264 agents mis en position de stage et 20 VNU. Elles sont essentiellement constituées de 958 médecins (1/17880 habitants), 3782 infirmiers (1/4 529 Habitants), 943 sages-femmes (1/3996 FAP). Cependant, on note une mauvaise répartition des ressources humaines à tous les niveaux du système de santé. En effet, sur l'ensemble des effectifs 76% se trouvent en milieu urbain et 24% en zone rurale avec les disparités régionales persistantes.

Toutefois, la GRH continue de souffrir des difficultés récurrentes suivantes :

- Insuffisance quantitative des Ressources Humaines en Santé (RHS) due aux contraintes budgétaires, à leur répartition déséquilibrée et à la complexité des redéploiements notamment des sages-femmes).
- Insuffisance qualitative du personnel liée d'une part à une faiblesse de la formation et de la compétence d'autre part par une faible motivation des agents. Aussi, les évaluations ont fait ressortir une insuffisance d'accueil des patients et une faible satisfaction des communautés.

2.3.4 Système d'information sanitaire

Le Niger dispose d'un système d'information sanitaire dont les performances sont en deçà des attentes des différents acteurs dès lors qu'il se limite aux seuls domaines de la surveillance épidémiologique et au suivi des activités de santé, ne prenant pas en compte suffisamment les données du secteur privé. La qualité des données et leur disponibilité permanente aux différents niveaux restent à améliorer notamment la mise à échelle nationale du tableau de bord du CSI introduit depuis 2008. La désagrégation de ces données pour prendre en compte les besoins des différents programmes et les aspects du genre reste à renforcer. Par ailleurs, les données recueillies ne permettent pas d'obtenir des informations sur l'équité et la gouvernance (gestion transparente des ressources).

L'articulation au plan institutionnel avec l'Institut National de la Statistique (INS) ainsi que les relations fonctionnelles avec les autres structures du MSP aux différents niveaux du système demandent à être revues.

La même question se pose pour l'organisation et la décentralisation des services à travers la mise à disposition d'infrastructures, d'équipements adéquats et surtout de ressources humaines compétentes et motivées.

La mise en place d'outils de collecte des données adaptées aux besoins des différents acteurs, le processus de collecte des données ainsi que leur analyse systématique à chaque niveau pour une prise de décisions éclairées restent à améliorer. Il en est de même pour l'archivage, la diffusion voire la publication des informations sanitaires en faisant davantage appel aux nouvelles technologies de la communication.

Par ailleurs, le Niger ne dispose pas d'un observatoire destiné à approfondir la recherche et la qualité de l'information sanitaire dans les domaines prioritaires de santé publique.

2.3.5 Financement de la santé

Au Niger comme dans bon nombre de pays à faible revenu, les dépenses sont encore trop faibles pour garantir un accès équitable aux services et aux interventions essentielles de santé. Malgré les efforts consentis par le gouvernement et ses partenaires au développement, le financement de la santé reste encore faible, face aux besoins de plus en plus croissants en matière de développement sanitaire. Or, il est démontré que le mode de financement d'un système de santé est un facteur crucial qui détermine l'état de santé et le bien-être de la population.

Selon les estimations des Comptes nationaux de la Santé, la dépense globale de santé est de 201,067 milliards de FCFA en 2011, soit environ 402 millions de dollars US. Elle a représenté 6,7% du PIB en 2011 contre 6,4% en 2009. Par habitant, elle est estimée à 12 782 francs CFA soit environ 26 \$ US, loin des 44 dollars US requis pour couvrir les besoins essentiels de santé de chaque individu tel que recommandé par la Commission Macro-économie et Santé mise en place par l'OMS en 2001.

Concernant plus particulièrement les dépenses publiques de santé, les crédits alloués au secteur restent insuffisants face aux besoins de plus en plus croissants. Entre 2005 et 2011, les ressources de l'Etat allouées à la santé ont évolué en dents de scie. De 5,96% du budget total en 2005, la part du budget de l'Etat alloué à la santé a atteint 9,79% en 2008 pour descendre à 6,54% en 2011. Cette situation montre que le pays est loin de l'objectif d'Abuja qui recommande aux Etats africains de consacrer au moins 15% de leur budget aux dépenses de santé.

De façon générale, le secteur de la santé est sous financé et le volume actuel de ressources octroyées ne permet pas d'atteindre la plupart des objectifs fixés dans le PDS 2011-2015 et au-delà, les OMD liés à la santé. Des efforts importants doivent être faits aussi bien par l'Etat que par ses partenaires au développement si l'on veut progresser vers la couverture universelle en santé qui demeure un engagement pris par les Etats Membres de l'OMS depuis 2005. C'est dans cette perspective que le Ministère de la Santé Publique a adoptée 2012 une Stratégie nationale de financement de la santé pour soutenir la couverture maladie universelle.

2.3.6 Technologies et produits médicaux

En matière d'approvisionnement et de distribution de médicaments, le Niger dispose d'une unité de production, de seize (16) centrales d'achats et d'un réseau de pharmacies publiques et privées (150) complété par des dépôts communautaires et villageois(89).

Le circuit d'approvisionnement repose sur ces structures à la fois publiques et privées (le système public étant assuré par l'ONPPC). L'accroissement très rapide des besoins en substances prophylactiques, thérapeutiques et de diagnostic (dû à l'augmentation de la démographie et à l'extension de la couverture sanitaire), l'insuffisance des ressources financières de l'ONPPC et la faible maîtrise de l'approvisionnement ont mis en exergue les

difficultés du système d'approvisionnement national. La fragilité de la situation financière de l'ONPPC due principalement aux insuffisances de gestion, a obligé les différents partenaires à utiliser leur propre circuit d'approvisionnement. Cette défaillance de l'ONPPC rend aléatoire l'efficacité de la Politique de Médicaments Essentiels Génériques.

Cette situation ainsi décrite ne permet pas de disposer des informations nécessaires sur le marché, d'un système d'assurance de la qualité, d'un personnel qualifié et de réaliser des économies substantielles.

La production locale qui vise dans un premier temps, la fourniture à grande échelle des médicaments vitaux et essentiels des services de soins de santé de base particulièrement les liquides pour perfusion et l'eau pour les injections a buté contre des défis majeurs que sont la faiblesse financière, l'obsolescence des équipements et l'adaptation aux nouvelles technologies.

Le Niger a accumulé des expériences sur l'usage de remèdes d'origine naturelle disponibles sur place dont certains ont été utilisés avec succès sur la foi d'une longue expérience. Il y a lieu cependant d'évaluer l'utilisation de ces médicaments et de renforcer simultanément la recherche fondamentale et appliquée dans le domaine de la pharmacopée traditionnelle lors de l'introduction de ces remèdes dans les structures de soins.

D'autres faiblesses relatives au secteur sont également à relever :

- Un manque de technologies biologiques et scientifiques adaptées aux missions des formations sanitaires ;
- Une sécurité transfusionnelle mal assurée du fait de difficultés d'approvisionnement en intrants ainsi que de la non-disponibilité adéquate en sang et dérivés aggravée par leur prescription irrationnelle ;
- Une insuffisance d'infrastructures adéquates et d'équipements pour le stockage et la conservation au niveau des formations sanitaires ;
- Une insuffisance des ressources humaines ;
- Une insuffisance de la régulation du secteur ;
- Une faiblesse du système d'assurance qualité des médicaments ;
- l'insuffisance du système d'homologation,
- l'insuffisance du système de pharmacovigilance et la faible gestion des erreurs médicamenteuses.

Ces faiblesses dans la chaîne d'approvisionnement en médicaments et consommables de qualité se traduisent par des ruptures fréquentes à tous les niveaux et par une insuffisance de matériels biomédicaux et réactifs de laboratoire.

2.3.7 Gouvernance et leadership pour la Santé

Le Ministère de la Santé Publique est à sa troisième génération de plan de développement sanitaire, cadre unique des interventions en santé pour l'ensemble des acteurs du secteur. Pour la mise en œuvre de ces plans il a été instauré un cadre de partenariat regroupant le gouvernement, les partenaires techniques et financiers, le privé et les organisations de la société civile.

Les insuffisances de gouvernance constatées se traduisent par une faible capacité de gestion à tous les niveaux du système de santé, par un « cloisonnement » des Directions centrales ne permettant pas une communication entre d'une part les Directions centrales d'autre part

entre le MSP et les autres niveaux de la pyramide et une décentralisation insuffisante du point de vue des ressources humaines.

Les évaluations du secteur ont aussi fait ressortir une interférence importante de facteurs politiques, socioéconomiques et culturels qui aggravent la gestion, la disponibilité et l'utilisation de services de santé. La collaboration intersectorielle est encore faible pour influencer sur les principaux déterminants de la santé. Il en est de même pour la participation communautaire à la gestion de l'ensemble du système de santé. La gestion des programmes prioritaires de santé reste encore un défi malgré un processus de suivi et d'évaluation instauré à tous les niveaux du système.

2.4. Défis majeurs du secteur de la santé :

La faiblesse des ressources humaines et financières, dans un contexte de pauvreté généralisée, a eu des effets négatifs considérables sur les services avec pour conséquence une baisse de la performance du système de santé, en particulier au niveau des districts. Les statistiques sanitaires indiquent une sous utilisation des principaux services offerts dans les structures sanitaires. Certaines des raisons de cette désaffection des services de soins qui peuvent être avancées incluent : le problème d'accessibilité financière des populations, l'état précaire des bâtiments et des équipements, mais surtout la non attractivité des centres liées à l'absence des cofacteurs de qualité des services tels l'accueil, la disponibilité du personnel, la disponibilité des médicaments et matériels.

2.4.1 Bilan de la mise en œuvre de la Stratégie de coopération 2009-2013

Dans le cadre de son programme de réforme, l'OMS s'efforce de répondre aux besoins propres aux pays en matière de développement sanitaire – travailler dans les pays – et de promouvoir une synergie entre les communautés de pays afin d'aborder les questions d'importance mondiale et régionale – travailler avec les pays. Le bilan de la SCP devrait être perçu à travers ces deux aspects.

2.4.1.1 Contribution de l'OMS au développement sanitaire du pays :

Ce bilan de la mise en œuvre de la SCP vise à déterminer la contribution de l'OMS dans les résultats obtenus par le pays en termes d'amélioration de l'état de santé de la population. Cette contribution sera évaluée à travers notamment la fourniture d'intrants, la facilitation de certaines activités ou la fourniture de certains produits et services, ensemble d'actions qui relèvent de la responsabilité directe du Secrétariat, les niveaux amélioration de l'accès aux services et amélioration de la santé des populations de la chaîne des résultats relevant de la responsabilité conjointe du Secrétariat avec les Etats membres et les autres partenaires.

La Stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger pour la période 2009-2013 était développée autour de quatre axes stratégiques : i) Amélioration de la performance du système de santé; ii) Lutte contre la maladie et gestion des urgences et catastrophes ; iii) Amélioration de la santé de la mère et de l'enfant ; iv) Promotion d'un environnement favorable à la santé.

Bilan programmatique :

Les principaux résultats de la contribution de l'OMS au cours de la période 2009-2013 sont résumés ci-dessous.

Au titre de l'amélioration de la performance du système de santé : les appuis de l'OMS ont concerné essentiellement : la gouvernance du système de santé, le système d'information sanitaire, les ressources humaines pour la santé, le financement de la santé, les médicaments et technologies, le partenariat pour la santé et l'amélioration de la qualité soins. Les réalisations les plus significatives ont concerné : le développement des politiques, stratégies et plans (carte sanitaire, plan de développement sanitaire 2011-2015, plan stratégique assurance qualité des soins, stratégie nationale de lutte contre les infections nosocomiales, stratégie nationale d'approvisionnement en médicaments, plan de développement des ressources humaines 2012-2020, plan stratégique SNIS 2013-2022, plan stratégique de la recherche en santé 2013-2020, stratégie nationale de financement de la santé), les revues et évaluations des plans et programmes prioritaires (évaluation de la SDRP 2008-2012, évaluation du PDS 2005-2009, évaluation du SNIS) l'élaboration des comptes nationaux de la santé et du Cadre des dépenses à moyen terme 2011-2015, l'appui à la mobilisation de ressources notamment à travers le Fonds Mondial et GAVI, le renforcement du partenariat pour la santé y compris à travers l'élaboration d'un COMPACT, l'appui à la coordination du secteur santé notamment dans le cadre de la gestion des urgences. L'OMS a également apporté son appui technique à l'élaboration de plusieurs textes réglementaires et législatifs, notamment le Code de la santé publique, la loi hospitalière, la stratégie nationale de promotion de la santé, la réglementation de l'exercice privé des professions de santé. Elle a soutenu la production et la diffusion de bases factuelles (enquêtes démographique et de santé, recensement général de la population, répertoire national des chercheurs, vulgarisation du PDES 20012-2015), le développement de divers outils et guides techniques et la fourniture de plusieurs missions d'appui technique.

Au titre de la lutte contre les maladies et la gestion des urgences et catastrophes : les appuis de l'OMS ont porté essentiellement sur : la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (MTN), la lutte contre les maladies évitables par la vaccination, la lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme, la lutte contre les maladies non transmissibles et la réponse aux crises humanitaires et urgences sanitaires. Les réalisations les plus significatives ont concerné : le développement et évaluations des politiques, stratégies et plans (consultation nationale sur la Stratégie mondiale de lutte contre le VIH-Sida pour la période 2011-2015, Plan d'élimination de la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant pour la période 2013-2015, Plan stratégique 2011-2015 de lutte contre le paludisme, Plan de mise en œuvre de la PTME 2011-2015, Plan stratégique de lutte contre la tuberculose pour la période 2012-2015, évaluation de la stratégie DOTS, surveillance de deuxième génération et suivi de la coinfection HIV-TB, plan stratégique de lutte contre les maladies non transmissibles pour la période 2012-2016). L'OMS a également contribué à l'élaboration de divers outils pour la surveillance, la prévention et la prise en charge des maladies en vue de la certification de leur éradication/élimination/contrôle (polio, tétanos néonatal, ver de guinée, onchocercose, lèpre, rougeole, méningite à méningocoque). Elle a contribué au renforcement du système national de surveillance épidémiologique de qualité, en vue d'une application effective du Règlement Sanitaire International RSI(2005). Elle a ainsi joué un rôle moteur dans l'élaboration de stratégies et plans du secteur santé: plan de contingence de réponse aux gripes pandémiques, plan de contingence et de réponse aux épidémies de choléra, plan d'assistance humanitaire pour la gestion des réfugiés et personnes déplacées, cartographie de la vulnérabilité et des risques, plans de contingence multirisques. Elle a soutenu la gestion de plusieurs épidémies (choléra, paludisme, diphtérie, grippe A(H1N1) et les conséquences sanitaires de diverses situations d'urgence survenues dans le pays (inondations, crises alimentaires et nutritionnelles, crises sociopolitiques en Libye en 2011, au Mali en 2012 et au Nigeria en 2013. L'OMS a soutenu le pays dans l'élaboration des propositions et la recherche de

financements, notamment auprès du Fonds mondial, de GAVI , du CERF, CIDA, du Japon, du Luxembourg etc...

Au titre de l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant : les contributions de l'OMS ont porté sur trois domaines particuliers : l'amélioration de la disponibilité des services de maternité à moindre risque, le renforcement des programmes rentrant dans le cadre de la survie de l'enfant, le renforcement des programmes liés à la santé des jeunes et des adolescents. Les réalisations les plus significatives de l'OMS ont concerné : les appuis aux processus de planification, revue et évaluation de la mise en œuvre de la Feuille de Route nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ; le renforcement des capacités opérationnelles des structures de soins dans divers domaines (consultation prénatale recentrée, soins obstétricaux et néonataux essentiels, soins obstétricaux et néonataux d'urgence, prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH, planification familiale, prise en charge de la mère et du nouveau-né au niveau communautaire, approches genre, équité, droits humains) ; l'appui au passage à l'échelle du système de référence contre référence dans cinq (5) districts ; la contribution à l'évaluation des progrès dans la lutte pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile à travers la réalisation d'études et enquêtes (enquêtes survie-mortalité, études sur les causes et facteurs des décès maternels et néonataux, enquêtes d'évaluation des SONU et cartographie de l'offre de service en SR, évaluation à mi-parcours de la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle , le suivi des OMD). Elle a soutenu l'élaboration et la mise en œuvre du plan stratégique de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant PCIME 2008-2012 et l'introduction de cette approche dans les curricula des écoles de formation en santé. L'OMS a également soutenu la mise en place de mutuelles de santé dans 5 districts (Say, Filingué dans la région de Tillabéri, Dakoro, Mayahi et Guidan Roundji dans la région de Maradi) et l'organisation d'un plaidoyer de haut niveau en direction des parlementaires, du gouvernement et des organisations de la société civile en vue de mobiliser des ressources en faveur du repositionnement de la planification familiale et la promotion des pratiques favorables à la santé de la mère et de l'enfant. Elle a apporté son appui technique et financier à la réalisation d'une analyse situationnelle de la santé des adolescents et des jeunes en décembre 2009 en vue de disposer de bases factuelles pour l'élaboration du plan stratégique national de la santé des jeunes et des adolescents 2011-2015.

Au titre de la promotion d'un environnement favorable à la santé: les appuis de l'OMS ont porté essentiellement sur : la promotion de comportements favorables à la santé, le développement d'un cadre favorable à la santé, le renforcement de la surveillance sanitaire des aliments et la santé scolaire. Les réalisations les plus significatives ont concerné : l'élaboration de politique, stratégies et plans (stratégie nationale de promotion de la santé, 2013-2035 , stratégie nationale en matière de santé scolaire pour la période 2014-2018, plans de communication pour faciliter la mise en œuvre de programmes spécifiques, notamment la convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac. Elle a soutenu l'organisation des Journées nationales de sensibilisation et de mobilisation des populations sur les problèmes de santé prédominants, la diffusion des concepts ville santé, marché santé, école santé la vulgarisation des méthodes participatives en matière d'hygiène et assainissement dans trois districts. Elle a contribué au renforcement de la police sanitaire et à la formation des agents de contrôle en matière d'inspection et contrôle des aliments. Elle a contribué au renforcement des capacités des agents de santé sur les nouveaux standards OMS de surveillance de la croissance des enfants et sur le suivi des activités de surveillance des indicateurs nutritionnels.

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

- La faiblesse des capacités humaines et institutionnelles du Ministère qui limitent fortement l'action sanitaire,
- La nécessité de renforcer les partenariats pour la Santé et la mobilisation des ressources ;
- L'impérieuse nécessité pour le secteur de la santé de se préparer à tirer profit du fort engagement manifesté par les pouvoirs publics et les partenaires lors de la Table ronde de Paris sur le financement du PDES 2012-2015, ainsi que des opportunités offertes par les partenariats mondiaux, notamment le Fonds Mondial, GAVI, l'Union Européenne.

2.4.1.2 Contribution du Niger aux questions sanitaires d'importance mondiale et régionale :

Au cours de la période 2009-2013, le Niger a participé régulièrement à tous les travaux d'importance régionale et mondiale organisés par l'OMS ou avec sa collaboration : Assemblées mondiales de la Santé, Comités régionaux, réunions de la Commission de l'Union africaine ou de ses démembrements en Afrique de l'Ouest, conférences techniques et réunions d'experts. Le pays a souscrit et s'est appliqué à mettre en œuvre tous les engagements régionaux et internationaux ayant une importance pour la santé publique, notamment : les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et l'Agenda d'Accra, le Partenariat International pour la santé et les Initiatives connexes (IHP+), la Feuille de route de l'Union africaine pour la réduction de la mortalité maternelle à l'horizon 2015, la couverture sanitaire universelle, la Déclaration d'Abuja sur le financement du secteur de la santé, la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique, la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique et l'Engagement de Luanda sur sa mise en œuvre, la Déclaration d'Alger sur la Recherche pour la Santé en Afrique. Le Niger a contribué à la résolution des problèmes de santé dans la sous région de l'Afrique de l'Ouest à travers des missions d'experts nationaux (lutte contre les épidémies et catastrophes, élaboration des comptes nationaux de la santé, logistique PEV) , les services fournis aux autres pays par certaines institutions à vocation régionale ou sous régionale, notamment la Faculté des Sciences de la Santé, le Laboratoire national d'analyse et d'expertise (LANSPEX), le Centre de recherche médicales et sanitaires (CERMES).

2.4.2 Défis actuels du secteur de la Santé :

Les défis de santé auxquels le Niger est confronté n'ont pas fondamentalement varié au cours des dernières années. Ce sont :

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

III AIDE AU DEVELOPPEMENT ET PARTENARIATS

3.1. Tendances générales de l'aide

Le Niger dépend de l'assistance étrangère pour le financement d'une bonne partie de son programme d'investissement public. Sur la période 1990-2010, le solde global des finances publiques a été constamment déficitaire. Le financement des déficits a été principalement assuré par les ressources extérieures. L'analyse des principales sources de financement du secteur de la santé, entre 2005 et 2009, montre que jusqu'en 2007, l'aide extérieure assurait plus des deux tiers du budget de la santé, le tiers restant étant financé par l'Etat, les ONG et les collectivités. Cette situation s'est inversée à partir de 2008, l'Etat assurant les deux tiers du budget de la santé.

Tableau n°2 : Dépense publique de santé par source de financement en millions de F CFA.

Sources de financement	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Etat	16 507	30,32	2 434	38,99	27 206	24,50	43 204	62,93	43 596	61,58
PTF	36 942	67,87	37 779	60,55	83 490	75,19	25 296	36,85	26 735	37,76
ONG nationales	85	0,16	256	0,41	172	0,16	50	0,07	235	0,33
Collectivités locales	76	0,14	32	0,05	173	0,16	102	0,15	234	0,33

Total	53 610	100,00	62 391	100,00	111 041	100,0	68 653	100,0	70 800	100,0
--------------	--------	--------	--------	--------	---------	-------	--------	-------	--------	-------

Source : (MSP Revues dépense publique 2006, 2007, 2008 et 2009)

3.2. Principaux partenaires et domaines d'intervention :

Au plan bilatéral, les principaux bailleurs de fonds sont la Belgique, la France, l'Espagne, le Luxembourg, les Etats-Unis d'Amérique, le Canada, la Chine et le Japon. Les principales agences multilatérales présentes dans le secteur de la santé sont : le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, l'Alliance GAVI, l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le PNUD, OCHA, ONUSIDA, HCR, PAM, la Banque Mondiale, l'Union Européenne, la Banque africaine de développement, la Banque islamique de développement. Les principales ONG internationales sont : Agence des Musulmans d'Afrique (AMA), HKI, Plan International, Catholic Relief Services, Rotary, Global 2000, ITI, World Vision, la SIM. Il faut par ailleurs mentionner la présence de plusieurs ONG et associations locales travaillant dans le domaine de la santé. Les interventions des partenaires couvrent essentiellement la lutte contre les maladies transmissibles, la santé de la mère et de l'enfant, le VIH/SIDA et le système de santé. L'hygiène du milieu et l'assainissement, les maladies non transmissibles ne bénéficient pas de l'appui requis.

Selon le rapport des Comptes nationaux de la Santé (CNS) 2009, le montant global du financement de la santé par la coopération internationale s'est élevé à 26 734 661 951 FCFA soit 53 469 324 \$ US ou encore 3,49 \$ US per capita (1 \$ US = 500 FCFA). Ce montant se distribue comme suit :

- Coopération multilatérale : 55,88%
- Coopération bilatérale : 29,49%
- ONG et Firmes internationales : 14,62%

3.3. Mécanismes et instruments de coordination

Au niveau de l'Etat, jusqu'en 2010, la coordination globale de l'aide était assurée par le ministère des Finances et de l'Economie. Les mécanismes de coordination et de suivi de l'aide sont essentiellement les évaluations et les programmations annuelles des investissements de l'Etat et les revues conjointes avec certains partenaires. Dans le cadre de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris et de la mise en œuvre de la SDRP, de nouveaux mécanismes et instruments de coordinations ont été mis en place par le gouvernement. C'est ainsi qu'avec la création d'un Ministère du Plan, de l'Aménagement du Territoire et du Développement Communautaire en 2011, la coordination de l'aide est assurée par ce département ministériel. Un Plan de développement économique et social (PDES) 2012-2015 a été élaboré et la coordination des activités liées à sa mise en œuvre est assurée par le même département ministériel qui a mis en place un mécanisme regroupant l'Etat et les partenaires techniques et financiers.

Dans le secteur de la Santé, la volonté et l'engagement de certains PTF d'inscrire leurs interventions techniques et financières dans une approche sectorielle concertée, dont le MSP assure le leadership, est formalisée dans un cadre partenarial conclu en vue de la coordination, de la mise en œuvre et du suivi du PDS 2005-2009. Ce dispositif a été amélioré à l'occasion de l'élaboration du PDS 2011-2015, qui a été accompagné par la

signature d'un COMPACT et la mise en place d'un Fonds Commun auquel participent certains PTF (UNICEF, AFD, Espagne, GAVI).

Il existe plusieurs mécanismes de coordination des interventions : le Comité national de santé, le Comité technique national de santé, le Comité de coordination inter agences du PEV (CCIA-PEV), le Core group, le Country coordination mechanism (CCM), le Comité de gestion des épidémies etc. Au niveau décentralisé, la coordination locale se fait à travers les organes de gestion mis en place à cet effet. Il s'agit notamment des Equipes cadres de région (ECR), des Equipes cadres de district (ECD), des comités de santé, des Conseils d'administration (CA) pour les établissements publics autonomes de santé.

IV. CADRE STRATEGIQUE DE L'OMS : ORIENTATIONS GLOBALES ET REGIONALES

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

4.1. Mission de l'OMS

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

4.2. Nouvelles méthodes de travail

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

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

4.3. Orientations stratégiques

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

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

4.4. Fonctions essentielles

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

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

4.5. Priorités mondiales et régionales

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

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

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

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

Priorités de l'OMS pour la période 2014-2019 :

L'environnement mondial est caractérisé ces dernières années par la survenue de nombreuses crises, notamment la crise financière dont les répercussions sur le développement du secteur de la santé ont été importantes. Cette crise a en effet entraîné une baisse substantielle des ressources destinées à la santé. En outre, la multiplicité des acteurs et intervenants en matière de santé demeure un défi majeur de coordination des actions sanitaires mondiales. C'est dans ce contexte que l'OMS s'est engagée dans un processus de réformes afin de mieux faire face aux défis de plus en plus complexes que représente la santé des populations au XXI^e siècle. En effet, qu'il s'agisse de problèmes de santé persistants ou de nouvelles menaces émergentes pour la santé publique, l'OMS doit être suffisamment flexible pour répondre à un environnement en pleine mutation. Les principaux objectifs visés par cette réforme sont les suivants:

- De meilleurs résultats sanitaires: l'OMS répondant aux attentes de ses États Membres et de ses partenaires, agissant selon des priorités de santé fixées d'un commun accord, avant tout dans les domaines où elle exerce une fonction unique ou possède un avantage comparé, et avec un financement qui l'aide à privilégier cette démarche.
- Une plus grande cohérence de l'action sanitaire mondiale, l'OMS jouant un rôle de chef de file pour permettre aux nombreux acteurs de participer activement et de contribuer à améliorer l'état de santé de tous les peuples.
- Une Organisation qui aspire à l'excellence: une organisation efficace, efficiente, réactive, objective, transparente et responsable.

La réforme en cours s'appuie essentiellement sur trois axes qui sont :

- Programmes et définition des priorités : il s'agit pour l'OMS de s'appuyer sur les Etats Membres en vue de définir les priorités de ses travaux afin de cibler ses activités et d'obtenir plus efficacement des résultats ;
- Réforme de la gouvernance de l'OMS : la réforme de la gouvernance de l'OMS vise à renforcer à la fois la gouvernance interne de l'OMS par les États Membres, et le rôle de l'OMS dans la gouvernance de la santé mondiale afin de tenir compte de l'évolution des activités de l'OMS et les changements dans la façon dont l'OMS est gouvernée prenant mieux en compte les engagements avec les parties prenantes extérieures.

- Réformes gestionnaires visant à améliorer l'efficacité, l'alignement et l'efficience de l'Organisation.

Le 12^{ème} Programme général de travail 2014-2019 est la traduction à moyen terme de la vision de l'OMS en termes programmatique avec la définition de six priorités de leadership pour l'OMS:

1. **Faire progresser la couverture sanitaire universelle** : permettre aux pays de maintenir ou d'élargir l'accès aux services de santé essentiels et à la protection financière, et promouvoir la couverture sanitaire universelle en tant que concept unificateur de l'action sanitaire mondiale.
2. **Objectifs du Millénaire pour le développement** : s'attaquer au travail inachevé et aux défis à venir, accélérer la réalisation des OMD actuels liés à la santé d'ici 2015. Dans cette priorité est inclus l'achèvement l'éradication de la poliomyélite et de certaines maladies tropicales négligées.
3. **Relever le défi des maladies non transmissibles**, de la santé mentale, de la violence et des traumatismes et des handicaps.
4. Appliquer les dispositions du **Règlement sanitaire International** : veiller à ce que tous les pays puissent satisfaire aux prescriptions en matière de capacités prévues par le RSI 2005.
5. Améliorer l'accès à des **produits médicaux** essentiels, de grande qualité et abordables (médicaments, vaccins, produits diagnostiques et autres technologies sanitaires).
6. Agir sur les **déterminants sociaux, économiques et environnementaux** de la santé en tant que moyens de réduire les inégalités en matière de santé

Partant de ces six domaines, les Etats Membres ont convenu d'organiser les activités de l'OMS autour d'un nombre limité de catégories. Les cinq premières sont programmatiques et correspondent aux activités techniques de l'Organisation, tandis que la sixième recouvre l'ensemble des services institutionnels. Elles s'articulent comme suit :

- Maladies transmissibles
- Maladies non transmissibles
- Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie
- Systèmes de santé
- Préparation, surveillance et intervention
- Services institutionnels/fonctions d'appuis

Le budget-programme 2014-2015 fait partie intégrante du 12^{ème} PGT dont il est la traduction opérationnelle pour la période biennale indiquée. Il est bâti sur les six catégories retenues dans le cadre du PGT et a comme principe de base, la gestion axée sur les résultats fondée sur une chaîne de résultats clairement définie. Cette chaîne relie les activités du Secrétariat (produits) aux changements (réalisations et impact) auxquels elles contribuent en matière de santé et de

développement dans les pays et à l'échelle mondiale. Les produits correspondent à ce que le Secrétariat entend produire et dont il devra rendre compte à chaque niveau de l'Organisation. Au niveau suivant de la chaîne de résultats, les produits se combinent en une réalisation, qui correspond au changement auquel l'action du Secrétariat est censée contribuer dans les pays. Au niveau le plus élevé de la chaîne de résultats, les réalisations contribuent à l'impact global de l'Organisation, à savoir les changements durables dans la santé des populations auxquels le Secrétariat et les pays contribuent.

4.6. Rendre l'OMS plus efficace au niveau des pays

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

V. COOPERATION ACTUELLE DE L'OMS

5.1. Bureau de pays

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

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

5.1.1 Evolution des ressources humaines

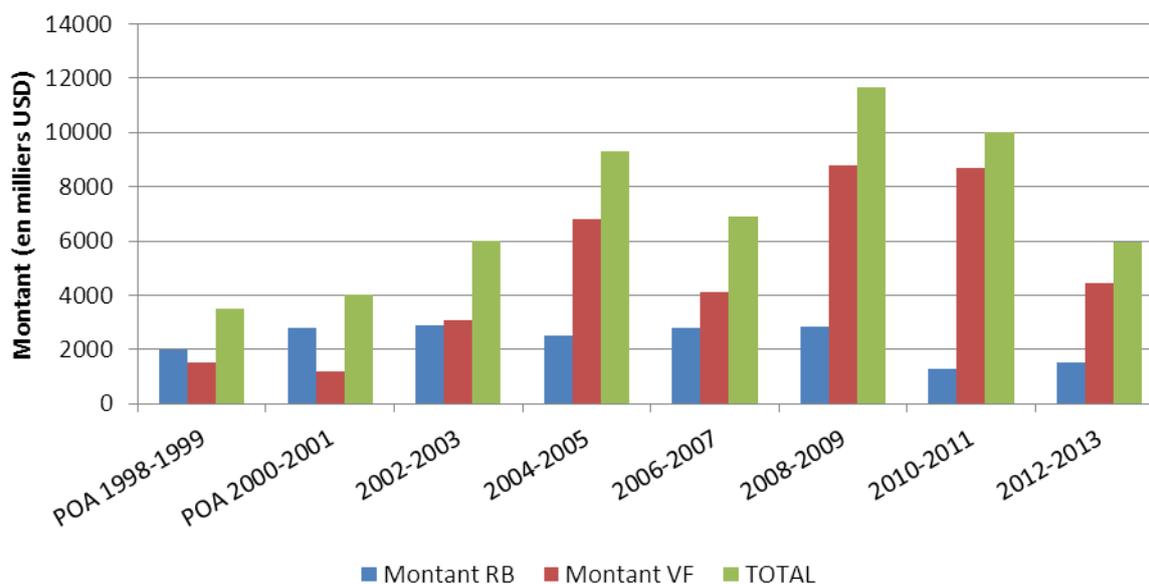
L'effectif du bureau était en 1990, de 6 personnes (2 professionnels et 4 agents des services généraux). En 2008, le personnel de l'OMS compte 57 membres dont 19 professionnels (10 internationaux et 9 nationaux) et 38 pour les services généraux. Parmi le personnel international, 6 viennent en appui au Programme d'éradication de la poliomyélite et du Programme élargi de vaccination (PEV) systématique. En raison des contraintes budgétaires rencontrées ces dernières années, les effectifs ont diminué progressivement. En 2012, l'effectif était de 36 personnes dont 14 professionnels (5 internationaux et 9 nationaux) et 22

personnels des services généraux. Le bureau pays ne dispose pas de professionnels suffisants pour adresser tous les axes de la SCP.

5.1.2 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 graphique ci-dessous :

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



Source : POA 1998-1999 ; 2000-2001 ; 2002-2003 ; 2004-2005 ; 2006-2007 ; 2008-2009 ; 2010-2011 ; 2012-2013

De 1998 à 2007, les ressources provenant du budget régulier et consacrées au renforcement des activités du bureau de pays, sont passées de 33%, en 1998-1999, à 39%, en 2006-2007. A partir de 2008, ces fonds ont connu une baisse relative jusqu'en 2013. En ce qui concerne les fonds extrabudgétaires, ils représentent respectivement, 43% du budget total, en 1998-1999 et 57%, en 2006-2007. Depuis 2007, le volume de ces fonds connaît une augmentation significative constituant plus des 2/3 du budget global. Les domaines comme la lutte contre la maladie, la nutrition, la santé de la mère et de l'enfant et la gestion des urgences et des catastrophes occupent ces dernières années, une place importante.

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

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

5.2. Appui du Siège, du Bureau régional de l’OMS et de l’Equipe inter pays

Le bureau de pays reçoit plusieurs missions d’appui technique, à sa demande, ou sur requête des autorités sanitaires nationales. Ces missions provenaient soit des équipes inter-pays, soit du Bureau régional ou du Siège. Des missions mixtes ont également été effectuées. A titre illustratif, en 2013 le bureau a reçu 23 missions dont 2 des autres bureaux pays, 16 de IST/WA, 2 conjointes IST/WA/HQ, 1 de HQ, IST/CDC Atlanta, 1 d’AFRO.

Les appuis ont concerné l’administration, le système de santé, la lutte contre les maladies transmissibles

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

5.3. Forces, faiblesses, opportunités et menaces de la coopération OMS au niveau du pays

L’exercice de la revue de la SCP II, après cinq années de mise en œuvre de la Stratégie de coopération avec le pays, a permis de ressortir les forces et les faiblesses en lien avec la mise en œuvre de cette stratégie résumées dans le tableau 2 ci-dessous. Il y a aussi des opportunités à saisir et des menaces à prendre en compte.

Tableau N°3: Perceptions des membres de l’équipe de revue sur les forces, faiblesses, opportunités, menaces et défis de la coopération de l’OMS :

Forces	<ul style="list-style-type: none"> • Compétence de l’OMS reconnue par les autorités sanitaires et les partenaires au développement : disponibilité d’une expertise nationale et internationale polyvalente. • Bonne collaboration avec les autorités sanitaires nationales, le SNU et les autres partenaires. • Existence d’un service de documentation et d’information mis à la disposition des services techniques, des étudiants et du public • Capacité à soutenir le pays dans la mobilisation des ressources
Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> • Surcharge de travail pour certains membres du personnel • Manque d’expertises pour couvrir certains domaines prioritaires tels que: Environnement et Promotion santé • Faible connaissance des procédures et du processus gestionnaire de l’OMS par les cadres du MSP • Personnels du bureau maîtrisent difficilement des procédures administratives et gestionnaires en évolution constante • Majorité des documents disponibles uniquement en anglais • Insuffisance de visibilité du rôle de l’OMS dans la coordination du partenariat notamment au niveau des programmes
Opportunités	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement des autorités et des partenaires vis-à-vis des questions de santé • Existence de documents d’orientations politiques et stratégiques : PDES, Politique nationale de santé, orientations stratégiques, PDS, Feuille de route

	<p>nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de plusieurs Initiatives en faveur de la santé : GAVI, Fonds mondial, Fonds MAP, Fonds PPTE, Initiative 3N etc. • Existence de cadres de concertation et de partenariat : OMD, UNDAF, IHP+, COMPACT, HHA, H4+
Menaces	<ul style="list-style-type: none"> • Changements fréquents des responsables de l'administration sanitaire au niveau du Ministère de la Santé publique • Extrême pauvreté de la population • Fréquence des situations d'urgence : épidémies, crises humanitaire, alimentaire et nutritionnelle, inondations, afflux de réfugiés, insécurité etc.
Défis pour le bureau de pays	<ul style="list-style-type: none"> • Couvrir les besoins en personnel en vue de combler le déficit de spécialistes dans certains domaines (santé environnementale, promotion de la santé etc.). • Jouer un rôle plus visible dans la coordination des partenaires du secteur santé

VI. PROGRAMME STRATEGIQUE : PRIORITES RETENUES POUR LA COOPERATION DE L'OMS AVEC LE PAYS

6.1. Réorientation de l'appui de l'OMS

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

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

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

Pour la poursuite de la mise en œuvre de la SCP II, l'OMS continuera de privilégier les fonctions de conseiller, de catalyseur, de facilitation des échanges, de renforcement des capacités nationales et de plaidoyer pour la mobilisation de ressources.

6.2. Objectif

Le but visé par la SCP II 2009-2013, est de créer un environnement propice au renforcement de la capacité du Bureau de l'OMS dans son appui technique aux autorités nationales, afin de mieux répondre aux objectifs de développement sanitaire du Niger et de contribuer efficacement à l'amélioration de l'état de santé de la population, dans l'optique de l'atteinte des OMD.

6.3. Composantes de l'agenda stratégique

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

6.3.1.1. Gouvernance/Leadership :

L'OMS apportera un appui technique et aidera à développer un plaidoyer pour placer la santé au centre du développement. Elle visera, à travers la formation, la mise à disposition d'outils adéquats et d'experts, à renforcer les capacités nationales en matière : de formulation des politiques, stratégies et plan, de mise en œuvre, suivi et évaluation des programmes et systèmes de santé, de négociation et de mobilisation de ressources en faveur de la santé. En outre, un appui sera fourni pour l'élaboration et la mise en œuvre d'une Stratégie nationale de communication en vue de mieux informer les populations et les partenaires de l'action du ministère. Elle apportera un appui technique et financier pour le renforcement institutionnel du ministère de la santé publique et de la participation communautaire dans la gestion de la santé.

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

6.3.1.2. Information sanitaire et recherche

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

6.3.1.3. Amélioration de la qualité des prestations de services

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

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

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

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

6.3.1.4. Développement des ressources humaines

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

6.3.1.5. Développement de mécanismes pour un financement équitable de la Santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

hebdomadaire de morbidité, mortalité et de surveillance nutritionnelle, au Niger. Un appui sera donné également aux centres de récupération nutritionnelle.

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

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

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

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

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

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

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

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

L'OMS appuiera l'amélioration des plateaux techniques en dotations les districts sanitaires en banque de sang, les centres de santé en kit de la femme enceinte et kit d'accouchement et les centres de référence en équipement et consommables, pour la prise en charge des SONU. Les pratiques favorables à la santé de la reproduction, seront promues, la lutte contre les pratiques

traditionnelles néfastes à la santé de la femme, sera encouragée et le recours et l'accès à des services de planification familiale de qualité, seront développés.

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

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

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

Les activités de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant seront développées, par un appui à la coordination nationale, à la formation des agents de santé, en PCIME et en améliorant la qualité des centres de référence. Les acquis en matière de nutrition du nourrisson et du jeune enfant, seront consolidés. L'OMS aidera le ministère dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de survie de l'enfant qui intègre la lutte contre la sous nutrition. Par ailleurs, en collaboration avec d'autres partenaires l'OMS, apportera son appui technique et financier à l'extension et au renforcement de la stratégie de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), à travers tout le pays. Pour ce faire, l'OMS apportera son appui en matière de suivi et d'évaluation des programmes de prise en charge des maladies de l'enfant avec le passage à l'échelle de la PCIME clinique et de la PCIME communautaire, l'introduction de la PCIME dans les écoles de formation en santé et de la prise en charge du nouveau né et VIH dans la PCIME.

6.3.3.3. Renforcement des programmes liés à la santé des jeunes et adolescents

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

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

6.3.4.1. La promotion de comportements favorables à la santé

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

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

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme national IEC/santé élaboré par le MSP, l'OMS renforcera son appui à la promotion des comportements ayant une incidence favorable sur la santé telle que l'activité physique, l'élaboration de plan de communication sur les problèmes prioritaires de santé identifiés dans le PDS, la production et la diffusion des messages prioritaires de santé ainsi que l'évaluation de leur impact, la coordination des activités d'IEC/santé. De même, l'appui à l'organisation des journées de promotion de la santé sera poursuivi.

6.3.4.2. Développement d'un cadre favorable à la Santé

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

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

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

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

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

6.3.4.3. Renforcement de la surveillance en matière de sécurité sanitaire des aliments

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

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

Le renforcement des responsabilités de la communauté dans l'amélioration de son état de santé, reste encore très insuffisant malgré la mise en place des structures de participation communautaire dans de nombreuses collectivités. En effet, l'implication des populations à travers les comités de santé (COSAN), n'a pas donné les effets escomptés. Comme dans toute action de volontariat, l'enthousiasme des membres de ces comités s'est vite éteint. Contrariée par le manque de motivation (surtout pécuniaire) et l'absence d'un système de prise en charge des plus démunis, cette approche a atteint aujourd'hui ses limites.

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

6.3.4.5. Amélioration de la sécurité, de la santé au travail et de la santé scolaire

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

6.3.4.6. Adaptation aux changements climatiques sur la santé

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

6.4 Priorités de l'Agenda stratégique pour la période 2014-2015

La période d'ici 2015 sera cruciale pour les pays et pour leurs partenaires, pour tenir leurs engagements relatifs à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Elle requiert de tous les acteurs d'accélérer leurs efforts dans la mise en œuvre d'interventions efficaces et ciblées.

6.4.1 Rappel des priorités nationales :

Au Niger, cette période sera marquée par la mise en œuvre du Plan de Développement Economique et Social (PDES 2012-2015) incluant l'Initiative 3N (« Les Nigériens Nourrissent les Nigériens ») et du Plan de Développement Sanitaire (PDS 2011-2015).

Principaux instruments d'opérationnalisation du programme politique des nouvelles autorités du pays (Le Programme de la Renaissance du Niger), et très alignés sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), ces documents réaffirment la volonté des autorités du pays d'« améliorer la santé des populations, en vue de l'atteinte des OMD liés à la santé ».

Les questions liées à la sécurité alimentaire et nutritionnelle, à l'approvisionnement en eau potable des populations rurales, à l'éducation des filles et des garçons, à l'hygiène et l'assainissement, à la gestion de l'environnement, au renforcement de l'état de droit, à la décentralisation et au renforcement du rôle des collectivités en vue de plus de justice et d'équité dans la fourniture des services sociaux de base, sont également des composantes essentielles du programme politique des nouvelles autorités du pays.

L'objectif déclaré du PDS 2011-2015 « d'offrir des soins et services de qualité à la population, en particulier aux groupes vulnérables » est recherché à travers la réalisation des 8 axes stratégiques suivants : 1) extension de la couverture sanitaire ; 2) développement des services de la santé de la reproduction de qualité ; 3) dotation des structures sanitaires en ressources humaines compétentes et motivées selon les besoins ; 4) disponibilité permanente des médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et dérivée; 5) intensification de la lutte contre les maladies faisant l'objet de surveillance intégrée ; 6) renforcement de la gouvernance et du leadership à tous les niveaux du système de santé ; 7) développement des mécanismes de financement du secteur de la santé ; 8) promotion de la recherche en santé.

La chaîne des résultats du PDS 2011-2015 comprend un (1) impact, quatre (4) effets et neuf (8) produits qui sont :

Impact : Mortalité réduite en particulier pour les enfants et les femmes

Effets:

1. Morbidité liée aux maladies transmissibles en particulier le paludisme, le VIH et la Tuberculose réduite, surtout chez la mère et l'enfant ;
2. Satisfaction des utilisateurs des services de santé accrue ;
3. Performance de la gestion du système à tous les niveaux améliorée ;
4. Protection des mères et enfants accrue.

Produits :

1. Accès aux services et soins de qualité accru ;
2. Structures sanitaires approvisionnées en médicaments, consommables et réactifs ;
3. Formations sanitaires dotées en Ressources Humaines qualifiées ;
4. Prestations de services Santé de la Reproduction offertes ;
5. Lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles, émergentes et re-émergentes intensifiée ;
6. Mécanismes de financement développés ;
7. Gouvernance et leadership renforcés ;
8. Recherche en santé promue.

6.4.2 Priorités du programme de coopération de l'OMS

La revue à mi-parcours de la SCP II, réalisée entre septembre et novembre 2013, a permis d'apprécier les résultats obtenus dans la mise en œuvre de l'agenda stratégique initial de la SCP II et d'identifier les priorités stratégiques pour la période d'extension de la stratégie. C'est ainsi que sur la base des priorités du PDS 2011-2015, de l'UNDAF 2014-2018 et du

PGT 2014-2019 de l’OMS, et en consultation étroite avec le MSP et les partenaires, les priorités stratégiques, domaines et approches d’intervention présentés ci-dessous sont retenus pour une action intensifiée de l’Organisation d’ici fin 2015 :

Tableau 4: Priorités stratégiques pour la période 2014-2015

Priorité stratégique 1 : Améliorer la performance du système de santé, en mettant l’accent sur les soins de santé primaires	
Domaine 1: Renforcement de la gouvernance du Ministère de la santé :	
<i>Approche stratégique 1:</i> Plaidoyer et appui technique pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer des politiques, stratégies et plans nationaux de santé complets, fondés sur les soins de santé primaires.	<i>Approche stratégique 2 :</i> Appui technique et financier pour développer, mettre en œuvre et évaluer des stratégies et mécanismes pour un financement équitable de la santé (compte nationaux de santé et leur institutionnalisation, cadres de dépenses à moyens termes, mise en place de la couverture universelle en santé, évaluation politique gratuité soins)
<i>Approche stratégique 3:</i> Plaidoyer et appui technique au pays pour renforcer le cadre partenarial et améliorer la mobilisation de ressources en vue de renforcer le système national de santé.	
Domaine 2: Amélioration de la qualité des prestations de soins	
<i>Approche stratégique 1 :</i> Appui technique à la mise en œuvre du plan stratégique « Assurance Qualité » des soins (généralisation de l’approche qualité de soins expérimentée dans la Région de Tahoua, renforcement de l’approche soins communautaires autour de la case de santé, mise en œuvre et suivi de la politique de gratuité des soins, lutte contre les infections nosocomiales)	<i>Approche stratégique 2:</i> Appui technique, financier et logistique pour le développement de politiques, stratégies et plans, en vue d’assurer la disponibilité de ressources humaines de qualité, équitablement réparties (mise en œuvre et suivi de la politique de développement des ressources humaines et du Plan de Développement des Ressources Humaines 2011-2020, création d’un Observatoire national des RH, appui aux institutions de formation)
Domaine 3: Amélioration de la disponibilité et de l’accessibilité des médicaments et matériels :	
<i>Approche stratégique 1 :</i> Appui technique et plaidoyer pour la mise en place de systèmes d’approvisionnement, de distribution et de contrôle de qualité des médicaments et matériels adaptés.	<i>Approche stratégique 2 :</i> Appui technique et financier pour le renforcement des capacités de l’Autorité nationale de réglementation
<i>Approche stratégique 3 :</i> Appui technique et logistique au laboratoire national de santé publique et d’expertise (LANSPEX)	
Domaine 4 : Information sanitaire et recherche	
<i>Approche stratégique 1 :</i> Appui technique et financier en vue de la mise en œuvre du plan	<i>Approche stratégique 2:</i> Appui technique et plaidoyer en vue de la mise en œuvre du plan

stratégique de développement du système national d'information sanitaire 2013-2022 (renforcement des capacités en matière de production, de contrôle de qualité et d'utilisation des données nationales, appui à la production de l'annuaire statistique, mise en place de l'Observatoire national de santé, suivi et évaluation des OMD liés à la santé)	stratégique national pour la recherche en santé
Priorité stratégique 2 : Intensifier la lutte contre la maladie et mieux gérer les crises associées aux urgences:	
Domaine 1 : Soutenir les efforts du pays en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées au Paludisme, à la Tuberculose et au VIH/sida	
<i>Approche stratégique 1:</i> Appui technique et politique en vue de renforcer les services de diagnostic, de traitement et de soins aux PVVIH et de prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH.	<i>Approche stratégique 2:</i> Appui technique et politique en vue d'améliorer le dépistage de la tuberculose, l'extension du traitement DOTS et la gestion de la multi-résistance du BK aux tuberculo-statiques
<i>Approche stratégique 3:</i> Appui technique et politique en vue de renforcer les activités de lutte contre le paludisme (mesures de prévention, diagnostic rapide et traitement des cas, surveillance des cas de résistances, contrôle du vecteur)	
Domaine 2 : Soutenir l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions vaccinales efficaces en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies cibles de la vaccination	
<i>Approche stratégique 1 :</i> Plaidoyer, appui technique et financier pour améliorer les couvertures vaccinales, y compris pour les populations difficiles d'accès, physiquement, économiquement ou culturellement	<i>Approche stratégique 2:</i> Plaidoyer, appui technique et logistique en vue de l'éradication de la poliomyélite
Domaine 3 : Soutenir la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de contrôle et d'éradication des Maladies Tropicales Négligées (MTN).	
<i>Approche stratégique 1 :</i> Appui technique au pays pour renforcer les capacités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du Plan Directeur national de lutte contre les MTN 2012-2016 (renforcement des capacités des agents de santé en matière de chimiothérapie préventive, directives techniques, enquêtes épidémiologiques, supervision, suivi et évaluation)	<i>Approche stratégique 2 :</i> Plaidoyer, appui technique et logistique au pays en vue d'assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments pour la prévention et lutte contre les MTN (approvisionnement en médicaments, contrôle de qualité des médicaments)
Domaine 4 : Soutenir le pays dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies et plans de surveillance et de contrôle des Maladies Non Transmissibles (MNT).	
<i>Approche stratégique 1:</i> Plaidoyer et appui technique pour la surveillance des MNT à travers les enquêtes STEPS.	<i>Approche stratégique 2 :</i> Appui technique et financier au pays pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du Plan Stratégique

	National de Lutte contre les MNT 2012-2016.
Domaine 5: Soutenir le pays dans l'élaboration et la mise en œuvre du Plan de Surveillance intégrée de la Maladie et Réponses (SIMR) 2014-2018, en vue de l'application effective du RSI(2005)	
<i>Approche stratégique 1</i> : Soutien technique et financier au pays pour le renforcement de la surveillance intégrée (SMIR) au niveau du district.	<i>Approche stratégique 2</i> : Plaidoyer et appui technique au pays pour la mise en œuvre effective des dispositions du RSI (vulgarisation et supervision des normes et standards, renforcement des capacités des acteurs et structures de soutien, surveillance des événements et évaluation des risques, collecte, analyse et gestion de l'information sanitaire, coordination).
Domaine 6 : Soutenir le pays dans la prévention, la préparation et riposte aux épidémies et la gestion des catastrophes, conformément aux orientations de la Stratégie africaine de gestion de risques liés aux catastrophes	
<i>Approche stratégique 1</i> : Appui technique au pays pour la mise à jour et l'opérationnalisation des plans de préparation et ripostes aux épidémies et autres catastrophes	<i>Approche stratégique 2</i> : Appui technique au pays pour le renforcement des capacités des acteurs à tous les niveaux, à travers notamment la formation en épidémiologie des agents de santé et le renforcement des laboratoires périphériques
<i>Approche stratégique 3</i> : Appui technique au pays pour élaborer des politiques et une législation, et pour se doter des capacités nécessaires en vue d'institutionnaliser la gestion des crises et des risques associés aux urgences dans le secteur de la santé	<i>Approche stratégique 4</i> : Appui technique au pays pour la coordination des interventions sanitaires associées aux urgences et catastrophes.
<u>Priorité stratégique 3</u> : Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant	
Domaine 1 : Soutenir le pays dans la mise en œuvre d'interventions à haut impact en vue de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.	
<i>Approche stratégique 1</i> : Appui technique au pays pour renforcer les capacités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du Plan d'accélération de la Feuille de Route Nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2012-2015 et la Feuille de route de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant 2012-2015	<i>Approche stratégique 2</i> : Appui technique et plaidoyer pour la mobilisation de ressources en vue de la mise en œuvre des plans de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale des districts et communes
Domaine 2 : Soutenir la mise en œuvre d'initiatives visant à améliorer la survie de l'enfant et la santé des jeunes et adolescents	
<i>Approche stratégique 1</i> : Appui technique et financier pour renforcer les capacités du pays en vue de l'extension de la PCIME y	<i>Approche stratégique 2</i> : Appui technique et financier pour améliorer la couverture vaccinale, y compris à travers l'introduction

compris au niveau communautaire.	de nouveaux vaccins et les vaccinations supplémentaires.
<i>Approche stratégique 3</i> : Appui technique pour renforcer les capacités du pays en vue de la mise en œuvre effective de la Stratégie nationale de santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents.	
<u>Priorité stratégique 4</u> : Promouvoir un environnement favorable à la santé	
Domaine 1: Agir sur les déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé y compris les changements climatiques	
<i>Approche stratégique 1</i> : Appuyer la mise en œuvre effective de la Stratégie nationale de promotion de la santé, en vue de la promotion de comportements favorables à la santé (activités physiques, régime alimentaire, lutte contre le tabac, alcool et drogues)	<i>Approche stratégique 2</i> : Plaidoyer pour une approche multisectorielle dans la promotion de l'hygiène et l'assainissement du milieu (mise en œuvre de la Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement)
Domaine 2: Renforcer la surveillance en matière de sécurité sanitaire des aliments	
<i>Approche stratégique 1</i> : Appui technique au pays pour l'élaboration de politiques, stratégies et plans en matière de sécurité sanitaire des aliments	<i>Approche stratégique 2</i> : Appui technique en vue de renforcer les capacités techniques des services de police sanitaire des communes

64.3 Liens entre les priorités stratégiques de la SCP 2009-2015 et les documents nationaux :

Lien avec le Plan National de Développement Sanitaire PDS 2011-2015

Le tableau 4 ci-dessous montre une parfaite cohérence entre les interventions prioritaires de la SCP II pour la période 2014-2015 et celles du plan national de développement sanitaire 2011-2015. Il n'y a aucun domaine d'intervention retenu qui ne soit inclus dans le plan de travail du Ministère.

Tableau 5: Liens entre les priorités de la SCP 2009-2015 et le PDS 2011-2015

Priorités stratégiques de la SCP 2009-2015	Priorités du PDS 2011-2015
<u>Priorité stratégique 1</u> : Améliorer la performance du système de santé	Effet 1 : Performance de la gestion du système à tous les niveaux améliorée ;
Domaine 1 : Renforcement de la gouvernance du MSP	Produit 7 : Gouvernance et leadership renforcés
Domaine 2 : Amélioration de la qualité des services et des soins	Produit 1 : Accès aux services et soins de qualité accrus
Domaine 3 : Amélioration disponibilité et accessibilité médicaments et matériels	Produit 2 : Structures sanitaires approvisionnées en médicaments,

	consommables et réactifs
Domaine 4 : Information sanitaire et recherche	Produit 8 : Recherche en santé promue
Priorité stratégique 2 : Intensifier la lutte contre la maladie et mieux gérer les crises associées aux urgences:	Effet 1 : Morbidité liée aux maladies transmissibles en particulier le paludisme, le VIH et la Tuberculose réduite, surtout chez la mère et l'enfant
Domaine 1 : Soutenir le pays en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées au Paludisme, au VIH/sida et à la Tuberculose	Produit 5 : Lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles, émergentes et ré-émergentes intensifiée
Domaine 2 : Soutenir l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions vaccinales efficaces en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies cibles de la vaccination.	Produit 5 : Lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles, émergentes et ré-émergentes intensifiée
Domaine 3 : Soutenir la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de contrôle et d'éradication des Maladies Tropicales Négligées (MTN)	Produit 5 : Lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles, émergentes et ré-émergentes intensifiée
Domaine 4 : Soutenir le pays dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies et plans de surveillance et de contrôle des Maladies Non Transmissibles (MNT).	Produit 5 : Lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles, émergentes et ré-émergentes intensifiée
Domaine 5: Soutenir le pays dans l'élaboration et la mise en œuvre du Plan de surveillance intégrée de la Maladie et Réponses (SIMR) 2014-2018, en vue de l'application effective du RSI(2005)	Produit 5 : Lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles, émergentes et ré-émergentes intensifiée
Domaine 6 : Soutenir la prévention, la préparation et riposte aux épidémies et la gestion des catastrophes	Produit 5 : Lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles, émergentes et ré-émergentes intensifiée
<u>Priorité stratégique 3</u> : Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant	Effet 4 : Protection des mères et enfants accrue.
Domaine 1 : Soutenir le pays dans la mise en œuvre d'interventions à haut impact en vue de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.	Produit 4 : Prestations des services de santé de la reproduction offertes
Domaine 2 : Soutenir la mise en œuvre d'initiatives visant à améliorer la survie de l'enfant et la santé des jeunes et adolescents	Produit 4 : Prestations des services de santé de la reproduction offertes
<u>Priorité stratégique 4</u> : Promouvoir un environnement favorable à la santé	Effet 1 : Morbidité liée aux maladies transmissibles en particulier le paludisme, le VIH et la tuberculose réduite, surtout chez la mère et l'enfant
Domaine 1: Agir sur les déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé y	Produit 5 : Lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles,

compris les changements climatiques	émergentes et ré-émergentes intensifiée
Domaine 2: Renforcer la surveillance en matière de sécurité sanitaire des aliments	Produit 5 : Lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles, émergentes et ré-émergentes intensifiée

Avec le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement UNDAF 2014-2018

A travers les trois domaines de coopération retenus, déclinés en cinq effets UNDAF ci-dessous, l'équipe des Nations Unies a choisi de concentrer ses interventions en matière de santé en vue de la réalisation de trois objectifs majeurs : réduire la mortalité maternelle et infantile, assurer la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Elle s'engage également à soutenir le pays pour prévenir et mieux gérer les urgences, améliorer la gouvernance des services et institutions en vue de plus d'équité dans la répartition des ressources pour la santé.

Tableau 5 : Domaines de coopération de l'UNDAF 2014-2018

Domaine de coopération	Domaine de coopération	Domaine de coopération
Résilience : Sécurité alimentaire et nutritionnelle, Gestion environnementale, Prévention et gestion des risques et catastrophes	Développement social et Capital humain	Gouvernance, Paix et Sécurité
Effets UNDAF	Effet UNDAF	Effets UNDAF
i) D'ici à 2018, les ménages vulnérables et les communautés ciblées augmentent leur résilience en améliorant durablement leurs moyens de subsistance et leur sécurité alimentaire et nutritionnelle, en gérant mieux leur environnement et en ayant accès aux filets sociaux	iii) D'ici à 2018, les populations vulnérables dans les zones d'intervention utilisent de manière accrue les services sociaux de base incluant les systèmes de protection sociale et de maîtrise de la croissance démographique	iv) D'ici à 2018, les institutions nationales et locales, les communautés et les groupes ciblées sont dotés de capacités pour assurer la bonne gouvernance et l'Etat de droit
ii) D'ici à 2018, les institutions nationales, régionales et locales appuyées utilisent des systèmes et mécanismes adaptés pour la prévention/gestion des risques/catastrophes, la gestion durable de l'environnement et de la sécurité alimentaire		v) D'ici à 2018, les institutions nationales et locales appuyées et les communautés ciblées assurent la sécurité des biens et des personnes et le fonctionnement des mécanismes de consolidation de la paix

Le tableau d'analyse ci-dessous montre une parfaite harmonie entre les priorités de la SCP 2009-2015 et celles de l'UNDAF 2014-2018. L'OMS joue son rôle de conseiller en matière de santé au sein du Système des Nations Unies (SNU) et prend une part active dans la mise en œuvre des interventions de l'UNDAF, notamment dans les domaines de la nutrition, de la lutte contre la maladie, de la santé de la mère et de l'enfant, de la prévention et gestion des urgences et catastrophes.

Tableau 6: Liens entre les priorités stratégiques de la SCP 2009-2015 et l'UNDAF 2014-2018

Priorités stratégiques de la SCP 2009-2015	Priorités UNDAF 2014-2018
	<p>Domaine de coopération 2: Développement social et Capital humain Effet3 : D'ici à 2018, les populations vulnérables dans les zones d'intervention utilisent de manière accrue les services sociaux de base incluant les systèmes de protection sociale et de maîtrise de la croissance démographique</p>
<p><u>Priorité stratégique 1</u> : Améliorer la performance du système de santé, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires</p> <p>Domaine 1 : Renforcement de la gouvernance du MSP</p> <p>Domaine 2 : Amélioration de la qualité des services et des soins</p> <p>Domaine 3 : Amélioration disponibilité et accessibilité médicaments et matériels</p> <p>Domaine 4 : Information sanitaire et recherche</p>	<p>Produit 3.1 : les populations vulnérables ont accès à des services de santé de qualité</p> <p>Produit 3.4. : Les jeunes/adolescents et les femmes en âge de procréer bénéficient d'informations et de services de prévention et de prise en charge des maladies</p> <p>Produit 5.3 : Le système national de statistique dispose de capacités adéquates pour produire à temps, et de manière désagrégée des données pour la planification et le suivi de la mise en œuvre du PDES et des politiques de développement</p> <p>Produit 5.4 : Le dispositif de partenariat et de coordination de la mise en œuvre du PDES est fonctionnel et permet une bonne mobilisation des ressources.</p>

<p>Priorité stratégique 2 : Intensifier les interventions de santé orientées vers les pathologies dominantes</p> <p>Domaine 1 : Soutenir le pays en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées au Paludisme, au VIH/sida et à la Tuberculose</p> <p>Domaine 2 : Soutenir l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions vaccinales efficaces en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies cibles de la vaccination</p> <p>Domaine 3 : Soutenir la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de contrôle et d'éradication des Maladies Tropicales Négligées (MTN)</p> <p>Domaine 4 : Soutenir le pays dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies et plans de surveillance et de contrôle des Maladies Non Transmissibles (MNT).</p> <p>Domaine 5: Soutenir le pays dans l'élaboration et la mise en œuvre du Plan de surveillance intégrée de la Maladie et Réponses (SIMR) 2014-2018, en vue de l'application effective du RSI(2005)</p> <p>Domaine 6 : Soutenir la prévention, la préparation et riposte aux épidémies et la gestion des catastrophes</p>	<p>Produit 3.1 : les populations vulnérables ont accès à des services de santé de qualité.</p> <p>Produit 2-2 : Les institutions nationales, régionales et locales notamment le dispositif national (DNP-GCA) disposent de capacités appropriées de prévention et de gestion des crises alimentaires et autres catastrophes naturelles</p>
<p>Priorité stratégique 3 : Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant</p> <p>Domaine 1 : Soutenir le pays dans la mise en œuvre d'interventions à haut impact en vue de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.</p> <p>Domaine 2 : Soutenir la mise en œuvre d'initiatives visant à améliorer la survie de l'enfant et la santé des jeunes et adolescents</p>	<p>Produit 1-2 : Les ménages vulnérables ciblés utilisent les services de prévention et de soins et les bonnes pratiques en vue d'améliorer leur nutrition</p> <p>Produit 3.1 : les populations vulnérables ont accès à des services de santé de qualité.</p> <p>Produit 3.4 : les jeunes/adolescents et les femmes en âge de procréer bénéficient d'information et de services de prévention et de prises en charge des maladies</p>
<p>Priorité stratégique 4 : Promouvoir un environnement favorable à la santé</p> <p>Domaine 1: Agir sur les déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé y compris les changements climatiques</p> <p>Domaine 2: Renforcer la surveillance en matière de sécurité sanitaire des aliments</p>	<p>Produit 1-2 : Les ménages vulnérables ciblés utilisent les services de prévention et de soins et les bonnes pratiques en vue d'améliorer leur nutrition</p> <p>Produit 1-4 : Les ménages vulnérables dans les zones d'intervention ont accès aux ressources et connaissances</p>

	<p>nécessaires pour prévenir et gérer les risques et catastrophes ainsi que leurs ressources environnementales.</p> <p>Produit 3.3. : Les populations vulnérables disposent de points d'eau modernes et d'infrastructures d'assainissement de base</p>
--	--

6.4.4 Liens entre les priorités stratégiques de la SCP 2009-2015 et le 12^{ème} Programme Général de l'OMS (PGT) 2014-2019 :

Le tableau 7 ci-dessous montre une parfaite cohérence entre les interventions prioritaires de la SCP II pour la période 2014-2015 et les catégories et priorités du 12^{ème} PGT de l'OMS. Il n'y a aucun domaine d'intervention retenu qui ne soit inclus dans le plan de travail global de l'Organisation.

Tableau 7: Liens entre les priorités de la SCP 2009-2015 et les catégories et priorités du 12^{ème} PGT de l'OMS

Priorités stratégiques de la SCP II	Catégories et priorités du 12^{ème} PGT 2014-2019
<u>Priorité stratégique 1</u> : Améliorer la performance du système de santé	
<i>Renforcement de la gouvernance du MSP</i>	<p>Catégorie 6 : Services institutionnels et fonctions d'appui</p> <p>Produit 6.1.2 : Une plus grande cohérence de l'action sanitaire mondiale, l'OMS jouant un rôle de chef de file permettant aux nombreux acteurs différents de contribuer activement et efficacement à la santé de tous les peuples</p> <p>Produit 6.4.2 : Alignement du financement et de l'allocation des ressources sur les priorités et les besoins sanitaires des Etats Membres dans un cadre de gestion axé sur les résultats</p>
<i>Amélioration de la qualité des services et des soins</i>	<p>Catégorie 4 : Système de santé</p> <p>Produit 4.1.1 : Tous les pays disposent de politiques, stratégies et plans nationaux complets qui ont été actualisés au cours des cinq dernières années</p> <p>Produit 4.1.2 : Les politiques, les financements et les ressources humaines nécessaires sont disponibles pour améliorer l'accès à des services de santé intégrés centrés sur la personne</p>

	Produit 4.3.1 :l'accès à des médicaments et des technologies sanitaires sûres, efficaces et de qualité est amélioré et ceux-ci sont utilisés de façon plus rationnelle
<i>Amélioration disponibilité et accessibilité médicaments et matériels</i>	Catégorie 4 : Système de santé Produit 4.3.1 : l'accès à des médicaments et des technologies sanitaires sûres, efficaces et de qualité est amélioré et ceux-ci sont utilisés de façon plus rationnelle
<i>Information sanitaire et recherche</i>	Catégorie 4 : Système de santé Produit 4.4.1 : Tous les pays sont dotés de systèmes d'enregistrement des actes d'état civil et de statistiques d'état civil qui fonctionnent correctement
Priorité stratégique 2 : Intensifier les interventions de santé orientées vers les pathologies dominantes	Catégorie 1 : Maladies transmissibles
Domaine 1 : Soutenir le pays en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées au Paludisme, au VIH/sida et à la Tuberculose	Catégorie 1. : Maladies transmissibles Produit 1.1.1 : Elargissement de l'accès aux interventions essentielles pour les personnes vivant avec le VIH Produit 1.2.1 : Elargissement de l'accès au traitement anti paludique de première intention pour les cas confirmés de paludisme Produit 1.3.1 : Augmentation du nombre de patients tuberculeux traités avec succès
Domaine 2 : Soutenir l'élaboration et la mise en œuvre d'interventions vaccinales efficaces en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies cibles de la vaccination.	Produit 1.5.1 Extension de la couverture vaccinale pour les populations difficiles à atteindre
Domaine 3 Soutenir la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de contrôle et d'éradication des Maladies Tropicales Négligées (MTN)	Produit 1.4.1 Elargissement et maintien de l'accès aux médicaments essentiels contre les maladies tropicales négligées
Domaine 4 : Soutenir le pays dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies et plans de surveillance et de contrôle des Maladies Non Transmissibles (MNT).	Catégorie 2. Maladies non transmissibles: Produit 2.1.1 : Accès amélioré aux interventions visant à prévenir et à prendre en charge les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque Produit 2.3.1 : Accès amélioré aux services portant sur les troubles mentaux et sur les troubles liés à la consommation de substances psychoactives Produit 2.4.1 : Réduction des facteurs de risque de violence et de traumatismes,

	<p>l'accent étant mis sur la sécurité routière, les traumatismes chez l'enfant et la violence à l'encontre des enfants, des femmes et des jeunes</p> <p>Produit 2.5.1 : Améliorer l'accès des personnes handicapées aux services</p> <p>Produit 2.6.1 : Réduction des facteurs de risque nutritionnels</p>
<p>Domaine 5: Soutenir le pays dans l'élaboration et la mise en œuvre du Plan de surveillance intégrée de la Maladie et Réponses (SIMR) 2014-2018, en vue de l'application effective du RSI(2005)</p>	<p>Catégorie 5 : Préparation, surveillance et réponse</p> <p>Produit 5.1.1 : Tous les pays ont, pour l'ensemble des risques, les capacités d'alerte et d'intervention requises à titre minimum par le RSI (2005)</p>
<p>Domaine 6 : Soutenir la prévention, la préparation et riposte aux épidémies et la gestion des catastrophes</p>	<p>Catégorie 5 : Préparation, surveillance et réponse</p> <p>Produit 5.2.1 : Tous les pays ont amélioré leur capacité de renforcer leur résilience et d'acquérir une préparation appropriée afin d'intervenir de façon rapide, prévisible et efficace en cas d'épidémie ou de pandémie de grande ampleur</p> <p>Produit 5.3.1 : Les pays ont la capacité de gérer les risques de santé publique associés aux urgences</p> <p>Produit 5.4.1 : Tous les pays sont bien préparés pour prévenir et atténuer les risques d'origine alimentaire</p> <p>Produit 5.5.1 : Aucun cas de paralysie dû au poliovirus sauvage ou à un poliovirus apparenté au virus vaccinal de type à l'échelle mondiale</p> <p>Produit 5.6.1 : Tous les pays font face de manière appropriée aux menaces et aux urgences ayant des conséquences pour la santé publique</p>
<p><u>Priorité stratégique 3 : Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant</u></p>	<p>Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie</p>
<p>Domaine 1 : Soutenir le pays dans la mise en œuvre d'interventions à haut impact en vue de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.</p>	<p>Catégorie 3. Promotion de la santé tout au long de la vie</p> <p>Produit 3.1.1 : Elargissement de l'accès aux interventions visant à améliorer la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent</p>
<p>Domaine 2 : Soutenir la mise en œuvre d'initiatives visant à améliorer la survie de</p>	<p>Catégorie 3. Promotion de la santé tout au long de la vie</p>

l'enfant et la santé des jeunes et adolescents	Produit 3.1.1 :Elargissement de l'accès aux interventions visant à améliorer la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
<u>Priorité stratégique 4 : Promouvoir un environnement favorable à la santé</u>	
Domaine 1: Agir sur les ddéterminants socio-économiques et environnementaux de la santé y compris les changements climatiques	Catégorie 3. Promotion de la santé tout au long de la vie Produit 3.4.1 :Réduction des menaces environnementales qui pèsent sur la santé Produit 3.5.1 : Amélioration de la coordination intersectorielle des politiques pour agir sur les déterminants sociaux de la santé
Domaine 2: Renforcer la surveillance en matière de sécurité sanitaire des aliments	catégorie 5 : Préparation, surveillance et réponse Produit 5.4: Tous les pays sont bien préparés pour prévenir et atténuer les risques d'origine alimentaire

VII. MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME STRATEGIQUE

7.1. Bureau OMS Niger

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

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

Par ailleurs, l'OMS appuiera le renforcement du matériel de communication, l'élaboration et la mise en œuvre d'une Stratégie de communication au sein du bureau de pays. Concernant la

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

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

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

7.2. Bureau régional et Siège.

Les domaines d'expertise que sollicite le bureau de pays auprès des Equipes inter-pays, du Bureau régional et du Siège incluent la promotion de la santé, les maladies transmissibles et non transmissibles, l'assurance qualité, la réforme hospitalière, le financement de la santé, y compris, dans les domaines de plaidoyer et de la contractualisation, les ressources humaines, la recherche en santé, la gestion des urgences sanitaires et des catastrophes, la santé et l'environnement. L'appui se fera sous forme de mission d'appui, d'apports financiers supplémentaires, de mobilisation de consultants, de fourniture de directives et de la documentation.

VIII. SUIVI ET EVALUATION

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

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

IX.CONCLUSION

La Stratégie de coopération de deuxième génération de l'OMS avec le Niger, dont le processus d'élaboration a été largement participatif avec l'implication du MSP, des autres structures gouvernementales connexes, et des partenaires au développement, est un outil de travail important mis en place par l'Organisation. L'appropriation de cet instrument par l'équipe de pays et les cadres du ministère de la Santé publique, permettra d'améliorer l'efficacité des interventions de l'OMS dans le pays, au cours de la période considérée.

Déoulant des orientations mondiales, régionales et nationales en matière de développement sanitaire, ainsi que celles contenues dans les autres documents relatifs au développement durable au niveau mondial et africain, tenant compte des résultats de la revue de première SCP, la SCP de deuxième génération, pour sa mise en œuvre, nécessitera le renforcement d'un partenariat dynamique, avec tous les acteurs intervenant dans le secteur, en respectant les principes et les valeurs de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. A terme, elle servira de tremplin pour l'élaboration et la mise en œuvre « d'un compact » aligné et harmonisé sur les plans de développement sanitaires nationaux axés sur HHA et IHP+.

Pour ce faire, l'appui de l'OMS privilégiera particulièrement les fonctions de plaidoyer et d'appui technique pour la mise en œuvre des actions prioritaires identifiées notamment, les soins de santé primaires en vue de l'atteinte des OMD. Le recentrage des interventions de l'Organisation, prenant en compte ses avantages comparatifs et la complémentarité recherchée avec d'autres partenaires du secteur de la santé, constitue un atout important pour le renforcement du rôle et de la présence de l'OMS, au Niger.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INS : le Niger en chiffres, édition 2007
2. MSP : Annuaire des statistiques sanitaires, 2006
3. MSP : Rapport annuel 2007 d'exécution du PDS
4. Cabinet du Premier Ministre : SDRP, 2008-2012
5. MSP : Rapport sur la gestion des ressources humaines, 2007
6. INS : EDSN-MICS III, 2006
7. CDC-Atlanta-OMS-MSP : Enquête de couverture et d'utilisation des MIILD, 2006
8. MSP : Plan de lutte contre la tuberculose 2002-2006, 2002
9. MSP : Enquête sur l'hypertension et le diabète, 2002
10. MSP : Plan stratégique de lutte contre le NOMA
11. MSP : Feuille de route nationale pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Niger, 2006-2015, 2006
12. MSP : Analyse de la situation sanitaire 1994-2000, 2000
13. MSP : Rapport sur la situation des ressources humaines du MSP, en 2007
14. OMS : Enquête sur la médecine traditionnelle au Niger, 1997
15. MSP : Comptes nationaux de la santé, exercice 2004, 2005-2006 et 2011
16. INS : Questionnaire unifié sur les indicateurs du bien être de base, 2005
17. OMS : Onzième programme général de travail 2006-2015
18. MSP : Plan de développement sanitaire (PDS) 2005-2009, novembre 2005
19. OMS : Rapport sur la Santé dans la Région africaine, 2006
20. OMS : Stratégie de Coopération de l'OMS avec les pays, Niger 2004
21. OMS : Revue de la Stratégie de coopération de l'OMS avec le Niger 2004-2007, février 2008
22. Cabinet du Premier Ministre : étude sur l'évaluation de la vulnérabilité et de l'adaptation aux changements climatiques dans le secteur de la santé, mars 2007
23. MSP Niger : Plan de Développement Sanitaire 2011-2015, Janvier 2011
24. MSP/OMS : Rapport d'évaluation des progrès réalisés vers l'atteinte des OMD Santé, Nov. 2013
25. OMS : Revue de la Stratégie de coopération de l'OMS le Niger 2009-2013. Nov 2013
26. OMS : Douzième Programme général de travail 2014-2019
27. SNU : Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement UNDAF 2014-2018
28. OMS : Pour un développement sanitaire durable dans la Région africaine ; Orientations stratégiques pour l'OMS
29. Ministère du Plan: Plan de Développement Economique et Social PDES 2012-2015
30. OMS : Réduction des risques et préparation aux situations d'urgence : Stratégie de l'OMS pour le renforcement des capacités du secteur de la santé et des communautés locales. Période 2008-2013.
31. INS : Enquête Nationale sur la Survie des enfants de 0 à 59 mois et la mortalité au Niger 2010, 2010