

PROJET ARIVA

APPUI AU RENFORCEMENT DE L'INDEPENDANCE VACCINALE EN AFRIQUE

UNION EUROPEENNE

ETUDE SUR LA SURVEILLANCE ET LE CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES AUX NIVEAUX NATIONAL ET REGIONAL

Projet n° 8 ACP ROC 039 / TPS 096

Contrat n° 005/2002/MEF/ARIVA

Rapport de mission au Niger

(20-30 septembre 2003)



CREDES – 53, Rue de Turbigo – 75003 PARIS – France
Tel. : (33) 01.42.74.11.10. – Fax. : (33) 01.42.74.11.20.
E-mail : credes@credes.net

Liste des abréviations

ACDI	Agence Canadienne de Développement International
ARIVA	Appui au Renforcement de l'Indépendance Vaccinale en Afrique
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CATR	Cellule d'Appui Technique Régionale
CCISD	Centre de Coopération Internationale en Santé et développement
CDMT	Cadre de Dépense à Moyen Terme
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CNAT	Centre National Anti - Tuberculeux
CNDL	Centre National Dermato - Lèpre
CNSR	Centre National de Santé de la Reproduction
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CSE	Centre de Surveillance Epidémiologique
COGES	Comité de Gestion
DAF	Direction de l'Administration et des Finances
DDSP	Direction Départementale de la Santé Publique
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DF/GP	Direction Générale de la Formation et de la Gestion du Personnel
DGEE	Direction Générale des Endémo - Epidémies
DGPL	Direction Générale de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Pharmacopée Traditionnelle
DLR	Direction des Laboratoires et des Recherches
DPR	Direction de la Planification et de la Recherche
DRH	Direction des Ressources Humaines
DS	District Sanitaire
DTCP	Diphthérie Tétanos Coqueluche Poliomyélite
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EP	Enquête Prioritaire sur les conditions de vie des ménages 1998
ENIR	Equipe Nationale d'Intervention Rapide
IRA	Infection Respiratoire aiguë
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MDO	Maladie à Déclaration Obligatoire
MPE	Maladie à Potentiel Epidémique
MSF	Médecins Sans Frontières
MSP/LCE	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PASEi	Projet d'Appui à la Surveillance Epidémiologique Intégrée
PEVG	Programme d'Eradication du Ver de Guinée
PFA	Paralysie Flasque aiguë
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPTE	Pays Pauvre Très Endetté
PTD	Plan Triennal de développement
RAC	Réseau Aérien de Communication
SE	Surveillance Epidémiologique
SEI	Surveillance Epidémiologique Intégrée
SSE	Service de Surveillance Epidémiologique
SIG	Système d'Information et de Gestion
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SIMR	Surveillance intégrée des Maladies et la Riposte
SSI	Système de Surveillance Intégrée
RGP	Recensement Général de la Population
UE	Union Européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies Pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immuno Déficience Humaine

Remerciements

Nous adressons nos sincères remerciements au Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies du Niger pour la bonne organisation de cette étude.

Nous remercions la Cellule d'Appui Technique Régionale (CATR) du projet ARIVA basée à Ouagadougou au Burkina Faso pour son soutien pendant la préparation et le déroulement de la mission.

Nous remercions aussi le Directeur de la Surveillance et du Contrôle Epidémiologique du Niger et tout son personnel pour leur bonne collaboration.

Nos remerciements s'adressent aux responsables nationaux du Niger impliqués dans la surveillance épidémiologique pour la grande disponibilité pour cette étude.

Nous remercions le point focal de la surveillance épidémiologique du Niger et ses collaborateurs pour leur grande disponibilité tout au long de ce travail

Nous remercions également tous les partenaires de la surveillance épidémiologique du Niger qui ont bien voulu mettre à notre disposition des informations nécessaires à l'élaboration de ce présent rapport.

Nous sommes reconnaissant envers toutes les personnes ressources qui ont directement ou indirectement contribué à la réalisation de ce travail.

1- CARACTERISTIQUES GENERALES DU NIGER

1.1. Description du pays

Le Niger est situé à l'Est de l'Afrique Occidentale en zone Sahélo – Saharienne. Il s'étend entre le 12° et le 23° de latitude Nord, entre 0° et 16° de longitude Est. Sa superficie est de 1 267 000 km². Il est limité au Nord par l'Algérie et la Libye, au Sud par le Bénin et le Nigeria, à l'Est par le Tchad et à l'Ouest par le Mali et le Burkina Faso. C'est un pays enclavé, dont Niamey, la capitale est à 1035 Km de Cotonou (Bénin), le port le plus proche.

La population Nigérienne est estimée à 10 790 352 habitants en 2001(dernier Recensement Général de la Population et de l'habitat en 2001), avec un taux d'accroissement annuel de 3,3%. Cette population est relativement jeune, avec 79,36% de moins de 35 ans, les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes avec 50,50% de la population générale.

La population est surtout mal répartie et se trouve concentrée dans la bande sud du pays, avec des densités atteignant 65 habitants au km² (Maradi) contre une moyenne nationale de 9 habitants/km².

La proportion des enfants de 0 à 11 mois est de 4,7%, celle de 1 à 4 ans est de 16,6%; et celle de 5 à 14 ans est d'environ 50%. La classe d'âge des 15 ans et plus représente 50% de la population avec une proportion de 22,18% pour les femmes en âge de procréer, les naissances attendues sont estimées à 5,2% (source : RGP 1998).

Sur le plan administratif, le pays est divisé en 7 grandes régions : Agadez, Diffa, Dosso, Maradi, Tahoua, Tillabéri et Zinder, plus la communauté urbaine de Niamey, qui a rang de région.

Les départements sont subdivisés en 36 arrondissements ; le pays compte 19 communes urbaines, 3 communes rurales et 27 postes administratifs. La récente réorganisation administrative relative à la décentralisation prévoit de communes urbaines et rurales, et transforme les départements en régions, les arrondissements en départements.

Le système de santé est organisé en 3 niveaux. Il est constitué de structures de prestations de soins de santé et des services administratifs chargés de la conduite de la mise en œuvre de la politique nationale de santé. Les trois niveaux sont les suivants :

- Le niveau central ou niveau stratégique constitué par le cabinet du ministre, le Secrétariat d'Etat, le secrétariat général, les directions générales et les directions centrales ;
- Le niveau intermédiaire ou niveau d'appui technique que sont les directions régionales ;
- Le niveau périphérique ou niveau opérationnel, composé de districts sanitaires.

1.2. Indicateurs généraux

Taux d'accroissement naturel : 3,3% ;
Taux brut de natalité : 52 pour mille ;
Taux brut de mortalité générale : 26 pour mille ;
Espérance de vie à la naissance : 48 ans

1.3. Indicateurs de la Santé (Source : DDS/DPS/ES/MSP/1999)

Taux de mortalité infantile : 123 pour mille ;
Taux de mortalité infanto-juvénile : 274 pour mille ;
Taux de mortalité maternelle : 7 pour mille ;
Taux de couverture sanitaire : 47,06%
Indice synthétique de fécondité : 7,4 enfants par femme.

1.4. Politique sanitaire

La déclaration politique adoptée en conseil des ministres le 07 mai 2002, a pour objet d'exposer la politique de santé du Niger qui sert de cadre au développement du secteur santé.

Au lendemain des indépendances, la politique sanitaire du Niger était axée essentiellement sur la médecine curative individuelle. Les éléments essentiels de cette politique reposaient sur la gratuité des soins, la faible participation des communautés à la gestion et au financement des actions qui intéressent leur santé.

Entre 1974 et 1976, l'accent a été mis sur une médecine de masse, préventive et mobile intégrant de façon beaucoup plus claire l'aspect curatif des soins.

De 1980 à 1987, la stratégie des Soins de santé Primaires s'est vue davantage structurée par la mise en œuvre de l'auto – encadrement sanitaire sur l'ensemble du pays. Cette stratégie privilégiait la prise en charge des problèmes de santé en milieu rural par des équipes de santé villageoises sous la supervision des agents des dispensaires ruraux.

En 1993, s'est affichée une volonté certes timide d'aller vers la mise en application effective de l'initiative de Bamako, avec pour préalable les résultats des tests de sa faisabilité et acceptabilité à travers des tests pilotes sur le recouvrement des coûts conduits entre 1993 et 1994.

La Déclaration de Politique Sectorielle de santé de 1995 avait comme objectif l'amélioration de l'état sanitaire et nutritionnel des individus, des familles et des communautés. Elle implique le développement des activités prioritaires préventives et promotionnelles intégrées aux soins curatifs et aux actions intersectorielles coordonnées dans le cadre d'un processus gestionnaire.

L'un des atouts majeurs de cette Déclaration de Politique Sectorielle est qu'elle a été un cadre adéquat et organisé d'orientation des activités de santé.

1.5. Différents secteurs de santé (public, privé, autre...)

Le Niger compte quatre catégories d'infrastructures sanitaires.

(i) Les infrastructures sanitaires publiques classiques

Elles répondent à l'organisation administrative mise en place, avec trois niveaux :

1^{er} niveau : Il correspond au District Sanitaire comprenant du bas vers le haut :

- La Case de Santé qui est une structure de participation communautaire créée par l'arrêté n° 0069/MSP/SG du 03 juin 1996 ;
- Le Centre de Santé Intégré (CSI) : Il existe deux sortes : CSI de type 1 et de type 2. Un CSI de type 1 couvre une population de 5000 habitants. Les CSI de type 2 ont une capacité de mise en observation de 5 à 10 lits qui ne sont pas considérés comme des lits d'hospitalisation car les CSI n'ont pas vocation d'hospitalier.
- L'hôpital de District : C'est le niveau de référence des CSI.

2^{ème} niveau : Il est constitué des Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) et de l'hôpital communal de Niamey.

3^{ème} niveau : Il comprend les Centres de références autres que les EPA et les EPIC. Il s'agit du (CNAT), Centre National Anti-Tuberculose, le Centre National Dermato-Lèpre (CNDL), et du Centre de Santé de la Reproduction (CNSR).

(ii) Les EPA – EPIC

Le secteur de la santé dispose aussi bien d'Etablissements Publics à Caractère Administratif que ceux à Caractère Industriel et Commercial.

(iii) Les infrastructures sanitaires publiques relevant d'autres secteurs

Il s'agit des :

- Centres socio-sanitaires de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) ;
- Services de Santé des Armées dont un hôpital militaire à Niamey ;
- Infirmières scolaires.

(iv) Les infrastructures sanitaires privées

Au Niger, les formations sanitaires privées ont vu leur éclosion avec la mise en œuvre du Programme d'Appui à l'Initiative Privée et à la Création d'Emploi (PAIPCE) dans les années 1980. Malgré cet effort, la couverture sanitaire du pays reste insuffisante.

Le développement du secteur privé sanitaire a commencé en 1988, au lendemain de la mise en œuvre du PAIPCE. Depuis lors, plusieurs établissements sanitaires privés ont vu le jour, en grande majorité en milieu urbain.

1.6. Ressources humaines existantes

L'étude faite dans ce domaine lors de l'élaboration du Plan Stratégique de Développement des ressources humaines pour la santé 2000 – 2010 donne les résultats ci-après :

Avec plus de 6000 employés, le Ministère de la Santé Publique, possède après l'Education Nationale, l'effectif le plus élevé de la fonction publique du Niger ; au plan budgétaire, il absorbe plus de 70% de la dotation budgétaire du Ministère de la Santé Publique.

Au sein du Ministère de la Santé, la structure de gestion est appelée Direction de la Formation et de la Gestion du Personnel.

A l'heure actuelle et à tous les niveaux, il s'agit d'une simple administration du personnel ; c'est-à-dire que le passage à une véritable gestion, un système de management, nécessite une transformation considérable des mentalités et la mise en place de moyens appropriés.

En bref, insuffisamment structurée, avec des moyens humains, matériels et financiers insuffisants mais surtout dépourvue d'un véritable système de gestion des ressources humaines, la DF/GP est encore loin de jouer le rôle qui est le sien en matière de planification et de gestion des ressources humaines.

1.7. Financement du système de santé

Dans le cadre de la politique de financement au Niger, l'objectif visé est la recherche d'un partenariat entre l'état, les collectivités territoriales, les populations et les partenaires au développement afin d'accroître les ressources de la santé. En effet, pour la mobilisation des ressources financières, le mécanisme en place devrait permettre la coordination et l'intégration des interventions de tous les partenaires.

Au Niger, comme dans la plupart des pays en développement, la question du financement du secteur de la santé reste d'actualité. Les principaux acteurs intervenants dans le financement du secteur de la santé sont :

(i) L'Etat et les collectivités territoriales : le rôle de l'état serait d'agir sur les déséquilibres régionaux afin de garantir l'équité et la justice sociale. Par ailleurs les collectivités territoriales doivent fournir des ressources financières pour la santé.

(ii) Les populations : afin d'assurer une meilleure prise en charge et de compléter l'action de l'état, la participation financière des populations sera recherchée à travers la politique du recouvrement des coûts des soins de santé. Ce recouvrement des coûts sera réalisé conformément

aux dispositions de la loi y afférente. Par ailleurs la qualité des services de santé offerte reste de moins en moins satisfaisante.

2- ASPECT ORGANISATION NELS AU NIVEAU DU MSP

2.1. Inventaire de la situation actuelle :

2.1.1 Organigramme

Le décret N° 2001 – 245 /PRN/MSP/LCE du 26 novembre 2001 organise le ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies au Niger.

2.1.2 Mécanismes institutionnels

Nom des services / programmes / projets (*)	Routine	Alerte précoce	Riposte
DSCE	X	X	X
DPM		X	X
DLR		X	X
DNI		X	X
DPR	X	X	X

Il existe un comité de gestion des épidémies fonctionnel et une équipe d'intervention rapide à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cependant il n'existe pas de structure de coordination des intervenants dans le cadre de la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte.

2.1.3 Rôles et attributions des intervenants

Les rôles et les attributions des différents intervenants ne sont pas définis dans le cadre de la Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Riposte. Il n'existe pas de document officiel précisant le rôle et les attributions de chacun des intervenants.

La Direction de la Surveillance et du Contrôle des Endémies coordonne les aspects de surveillance de routine et d'alerte précoce et la Riposte.

2.1.4 Support officiel des mécanismes décisionnels

Le support officiel des mécanismes décisionnels sont : les lois, les décrets, les arrêtés, les décisions, les lettres circulaires, les notes de services etc.

2.2. Analyse

2.2.1 Forces et Faiblesses

- Expérience en gestion des épidémies des différentes structures (Direction de la Surveillance et du Contrôle des Endémies, Service de Programmation et d'Information Sanitaire, Centre de Surveillance Epidémiologique)

- Existence d'un Comité de Gestion des Epidémies et d'une équipe d'intervention rapide à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- Difficultés de communication dues à l'insuffisance des moyens de communication.
- Absence de formation d'un grand nombre d'infirmiers en Surveillance et Gestion des Epidémies.
- Difficulté de mobilisation des ressources financières destinées à la gestion des épidémies.

2.2.2 Besoins et suggestions

- Mettre en place des organes d'orientation de décisions et de mobilisation des ressources plutôt que des organes consultatifs.
- Former le personnel en quantité suffisante pour la surveillance et la gestion des épidémies.
- Faciliter les procédures de déblocage des fonds destinés à la gestion des épidémies.

3- SYSTEME DE PLANIFICATION

3.1. Inventaire de la situation actuelle :

3.1.1 Stade de mise en œuvre de la Stratégie de Surveillance

Au Niger, l'évaluation du système de surveillance des maladies transmissibles a été faite, le plan stratégique de la SIMR 2003-2007 élaboré, mais faute de ressources financières, la mise en œuvre de ce plan n'a pas encore débuté.

3.1.2 Documents de planification du MSP

- Orientations Stratégiques pour le Développement Sanitaire de la première décennie du 21^{ème} siècle 2002-2011 présente la vision globale du développement sanitaire au Niger et sert de référence à la planification détaillée pour chaque niveau de la pyramide sanitaire. Le document a fait l'objet d'un consensus national et acquis l'adhésion des partenaires au développement ;
- Rapport d'évaluation du système de surveillance des maladies transmissibles au Niger;
- Plan Stratégique de la Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte 2003 – 2007;
- Plan national de Préparation et de Réponse aux épidémies de méningite 2002 – 2003;
- Plan d'Action Annuel de la DSCE 2003,

3.1.3 Rôles et attributions des intervenants

Le projet de plan est élaboré au niveau de la Direction Nationale de la Surveillance et du Contrôle Epidémiologique, puis envoyé à la Direction générale des Endémo Epidémies, ensuite à la Direction Générale des Etudes et de la programmation qui saisit les partenaires.

3.1.4 Processus de planification

Le projet de plan est d'abord élaboré au niveau des Directions Nationales, puis envoyé au niveau des Directions Générales pour examen, ensuite au niveau du Cabinet du Ministre de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies.

Le document de projet de plan est ensuite examiné au cours d'un atelier en présence de tous les partenaires et intervenants de la Surveillance Epidémiologique pour adoption.

3.2 Analyse

3.2.1 Forces et Faiblesses

Il y a une large concertation de tous les acteurs de la surveillance Epidémiologique pour l'adoption du plan. Mais aussi quelques fois, il arrive que dans la précipitation suite à la demande des partenaires,

qu'on élabore des plans en l'absence de toutes les informations nécessaires à une bonne planification.

3.2.2 Besoins et suggestions

On doit responsabiliser les Directions Nationales et Générales pour élaborer les plans à un rythme régulier avec toutes les informations nécessaires à une planification en vue d'obtenir des ressources conséquentes pour la mise en œuvre des plans.

4. SYSTEMES D'INFORMATION , DE SURVEILLANCE ET D'ALERTE

4.1 Niveau central

4.1.1. Ressources Humaines :

4.1.1.1 Inventaires (effectifs, gestion...)

Qualification	Existant				Financement du salaire	Besoins				Ecart			
	DSCE	DNI	DPHL	Ttl		DSC E	DNI	DPHL	Ttl	DSCE	DNI	DPHL	Ttl
Médecin SP	1	1	0	2	Etat	1	2	0	3	0	1	0	1
Médecin Epidémi	2	0	0	2	Etat	2	0	0	2	0	0	0	0
Médecin Généraliste	0	0	0	0	Etat	0	0		0	0	0	0	0
Microbiologiste	1	0	1	2	Etat +P-	2	0	5	7	1	0	4	5
Pharmacien	0	0	4	4	Etat	0	0	10	10	0	0	6	6
Statisticien	3	0	0	3	Etat	5	1	0	6	2	1	0	3
Tech. Labo	3	0	2	5	Etat	5	0	4	9	2	0	2	4
Informaticien	2	0	0	2	Etat	3	1	0	4	1	1	0	2
Opérateurs de saisie	2	3	1	6	Etat	3	3	2	8	1	3	1	5
Gestionnaire	1	1	1	3	Etat	1	1	2	4	0	1	1	2
Maintenancier	1	0	0	1	Etat	1	0	0	1	0	0	0	0
Techn. Epidemio	0	2	0	2	Etat	0	4	0	4	0	2	0	2
Gestionnaire de données	1	1	1	3	Etat	1	1	2	4	1	0	1	2
AT international	1	1	0	2	PASE , OMS	1	1	0	2	0	0	0	0
Secrétaire	1	3	2	6	Etat	1	3	5	9	0	0	3	3
Chauffeur	1	3	1	5	Etat	1	4	4	9	0	1	3	4
Technicien de telecom/radio/VHS	1	0	0	1	Etat	1	0	0	1	0	0	0	0
Gardien	0	0	0	0	Etat	2	1	3	6	2	1	0	3
total	21	15	13	49		30	22	37	89	10	11	21	42

On note une pénurie des cadres nationaux dans le cadre de la Surveillance Epidémiologique et le Contrôle Epidémiologique au Niger.

4.1.1.2 Forces et faiblesses

Les formations reçues au cours des cinq dernières années notamment dans le cadre du PASEi ont permis d'améliorer la gestion des épidémies ;

La gestion du personnel est très centralisée. Les services déconcentrés n'ont pas d'autonomie dans la gestion du personnel.

4.1.1.3 Besoins (nombre, formation...) et suggestions

Qualification	DSCE	DNI	DPHL	Tot	Types de logiciels	Coûts totaux estimatifs En USD
Médecin Santé Publique	1	1	0		EPIINFO, Excel	Nd
Médecin Epidémiologiste	2	0			EPIINFO Access, Excel, logiciel de planification	Nd
Pharmacien	0	0	4		Epidémio, EPIINFO	nd
Microbiologiste	1	0	1		Epidémio, EPIINFO	nd
Technicien de laboratoire	3	0	2		Confirmation des cas, EPIINFO	nd
Gestionnaire	1	1	1		Logiciel de gestion	
Statisticien	3	3	0		EPIINFO	Nd
Informaticien	0	0	0		EPIMAP (cartographie)	Nd
Opérateurs de saisie	2	3	2		EPIINFO	Nd
Gestionnaire de données	1	1	1		EPIINFO,SE	Nd
Main tenancier	1	0	0		EPIINFO, EPIMAP	Nd

Les autres besoins de formation pour le niveau central sont les suivants :

Qualification	DSCE	DNI	DPHL	Total	Nature de la formation	Coûts totaux estimatifs En USD
Médecin SP	1	1	0	2	Logiciel SNIS,EPIINFO	
Médecin Epidémio	2	0	0	2	Planification, Anglais	Nd
Microbiologiste	1	0	1	2	Perfectionnement MPE	Nd
Pharmacien	1	0	4	5	Epidémiologie	Nd
Statisticien	3	0	0	3	Analyse des données	Nd
Informaticien	2	0	0	2	Epidémiologie	Nd
Logisticien	0	1	0	1	Gestion des stocks	Nd
Opérateurs de saisie	2	3	2	7		
Tech. Labo	3	0	2	5	Formation à la confirmation de MAPE	Nd
Maintenancier	0	0	0	0	Epidémiologie	Nd
Gestionnaire des données	1	1	1	3	Epidémiologie	Nd
Techn/Radio/VHS	1	0	0	1	Maintenance RAC	Nd

4.1.2 Ressources Financières

4.1.2.1 Inventaires (Budget, gestion, sources de financement, mobilisation...) :

Source	2001	2002	2003	Description
Etat			1 590 321 000 FCFA	Surveillance épidémiologique et lutte contre les Endémies
OMS			56 100 Dollars US	Surveillance épidémiologique Biennium 2002 - 2003
JICA			140 000 000 FCFA	Pour Achat vaccins Polio
UNICEF			10 000 Dollars US	Formation de 5 agents du SNIS à ACCESS
Rotary International			100 000 Dollars US	Surveillance Epidémiologique
UNFPA			11 000 Dollars US	Formation des privés au remplissage des supports du SNIS
UEMOA			2 400 000 FCFA	Achat d'un ordinateur et d'une imprimante pour le SNIS
PASE			662 589 Dollars Canadien	Pour 4 ans

4.1.2.2 Forces et Faiblesses (impact...)

Dans le cadre de la lutte contre les épidémies, les fonds alloués pour l'achat des vaccins, et des médicaments ont été sécurisés, donc disponibles.

Mais le budget inscrit par l'état n'est jamais mobilisé à temps et celui des partenaires vient souvent en retard à cause des lenteurs administratives.

4.1.2.3 Besoins

Le budget alloué par le niveau central est géré par les régies financières de l'état ; il convient d'alléger les procédures administratives pour le déblocage à temps des fonds alloués à la Surveillance Epidémiologique au Niger.

4.1.3 Ressources Matérielles :

4.1.3.1 Inventaire du matériel logistique

	Existant				F ou NF (***)	Financement		Enveloppes de frais de fonctionnement et maintenance suffisantes (oui/non)	Besoins (nombre + nom pour les logiciels)				Ecart			
	(nombre + nom pour les logiciels)					matériel neuf (Etat ou partenaires)	frais de fonctionnement et de la maintenance (Etat ou partenaires)		DSC	DNI	DPH	Ttl				
	DSCE	DNI	DPH	Ttl												
Laptop	2	7	0	9	F	P	E	Non	5	7	3	15	3	0	3	6
Desktop	3	9	2	14	-	P	E	Non	8	10	5	23	5	1	3	9
Logiciel spécialisés en SIS/SIG, SE et labo	4	3	3	10	F	P	E	Non	6	5	5	16	2	2	2	6
Imprimante	2	6	4	12	F	P	E	Non	6	7	6	19	4	1	2	7
Photocopieuse	2	2	1	5	F	P	E	Non	3	3	4	10	1	1	3	5
Rétroprojecteur	0	1	0	1	-	P	E	Non	1	1	1	3	1	0	1	2
Data show	1	1	0	2	-	P	E	Non	1	2	1	4	0	1	1	2
Véhicule	1	4	2	7	F	P	E	Non	3	4	4	11	2	0	2	4
Moto	2	3	0	5	F	P	E	Non	3	5	2	10	1	2	2	5
Velo	0	0	0	0	-		E	Non	2	2	0	4	2	2	0	4
Tél. intrnal	1	2	1	4	-	E	E	Non	1	2	1	4	1	0	0	1
Fax	0	1	0	1	-	P	E	Non	1	1	1	3	1	0	1	2
Tel Portable	0	0	0	0		P	E	Non	0	0	0	0	0	0	0	0
Radio VHS	1	0	0	1	F	Etat+P	E	Non	2	0	0	2	1	0	0	1
Internet	1	1	1	3	F	P	E	Non	1	1	1	3	1	0	0	1
Total	20	40	14	74				Non	43	50	34	127	25	10	20	55

4.1.3.2 Maintenance du matériel logistique et équipements de laboratoires

Le MSP/LCE dispose théoriquement de tous les services spécialisés (garage de maintenance chaîne de froid, réparations et entretiens de véhicules, réparations du matériel médical). Mais ces structures ne fonctionnent pas faute de moyens conséquents.

4.1.3.3 Gestion des médicaments, réactifs et consommables

Au Niger, la Direction Générale des Pharmacies, Laboratoires et de la Pharmacopée Traditionnelle à travers l'Office National de la Pharmacie et des Produits Chimiques (ONPPC) procède à l'acquisition, au stockage et à la distribution des médicaments, réactifs et consommables.

4.1.3.4 Forces et faiblesses

Il faut noter qu'il y a plusieurs sources d'acquisitions (ONG, Organismes, Privés, etc.). Les problèmes résident dans la mobilisation des ressources, et la non disponibilité de certains médicaments tels que le chloramphénicol huileux et les vaccins sur le marché.

4.1.3.5 Besoins et suggestions

Nous suggérons l'inscription budgétaire d'une ligne facilement mobilisable en allégeant les procédures pour la gestion des épidémies.

4.1.3.6 Cas particuliers du secteur privé (ressources, formation...)

Au Niger, la loi oblige les Formations Sanitaires privées périphériques à envoyer les rapports d'activités sur la Surveillance Epidémiologique au niveau du District.

Mais seuls, les cabinets de soins privés sont réguliers dans la fourniture des rapports sur la SE.

Les cliniques et les polycliniques médicales, les cabinets médicaux n'envoient pas régulièrement pas régulièrement les données.

Les informations sont fournies souvent de façon partielle, car il y a une méfiance. Les Formations Sanitaires privées pensent que c'est une manière détournée de collecter les informations pour les services en charge de la fiscalité.

Il y a un sentiment d'exclusion au niveau des Formations Sanitaires privées qui ne se sentent pas impliquées dans la SE. Par exemple quand il y a une formation en surveillance épidémiologique ou dans d'autres domaines de la santé publique, seuls les agents de santé des Formations Sanitaires publiques sont conviés en excluant de facto les agents de santé du secteur privé, créant ainsi un sentiment de frustration.

Une loi de 1998 détermine l'exercice des Formations Sanitaires privées au Niger, mais cette loi est en cours de révision actuellement.

4.2 Niveau intermédiaire et périphérique

4.2.1 Inventaire des ressources (Humaines, financières, matérielles, médicaments ...)

(i) ressources humaines

Qualification	Existant	Financement du salaire (Etat ou partenaires)	Besoins	Ecart
Médecin	9	Etat	16	7
Pharmacien	1	-	11	10
Tech. Labo	16	-	16	0
Microbiologiste	1	-	11	10
Technicien de télécom/radio/VHS	5	-	5	10
Gestionnaire des données	8	Etat	16	8

(ii) ressources matérielles

Matériels	Existant (nombre + nom pour les logiciels)	(F ou NF)	Financement , besoins et suggestion du matériel neuf (Etat ou partenaires)	Financement des frais de fonctionnement et de la maintenance (Etat ou partenaires)	Enveloppes de frais de fonctionnement et maintenance suffisantes (oui/non)	Besoins (nombre + nom pour les logiciels)	Ecart
Laptop	2	F	E et P	E et P	Non	16	14
Logiciel spécialisés en SIS/SIG, SE et labo	Epi 6 ; Epi 2001 ; HMAP ;M APINFO	F	E	E	Non	SPSS ACESS Arcview Visual Basic	6
Imprimante	8	F	P	E	Non	8	0
Photocopieuse	8	F	P	E	Non	8	0
Ecran	8	F	P	E	Non	8	0
Rétroprojecteur	8	F	P	E	Non	8	0
Des kop	8	F	P	E	Non	8	0
Data Show	3	F	P	E	Non	8	5
Véhicule	7	F	E	E	Non	16	9
Moto	8	F	E	E	Non	16	8
Tél.	8	F	E	E	Oui	8	0
Fax	8	F	P	P	Oui	8	0
Radio VHS	5	F	E	E	Oui	9	4
Internet	1	F	E	E	Oui	8	7

4.2.2 Forces et faiblesses

On note une insuffisance de ressources humaines et matérielles. Il y a aussi le manque de formation et de supervision.

Le laboratoire est le maillon faible de la surveillance épidémiologique au Niger.

Il convient de former le personnel de laboratoire en nombre suffisant et équiper les laboratoires pour la confirmation des épidémies. En outre, il faudrait procéder à une supervision régulière.

4.3. NIVEAU SOUS REGIONAL

4.3.1 Inventaire des ressources (Organismes, humaines, financières, matérielles, médicaments...)

Il n'y a pas à proprement parler d'organisme sous régional chargé de coordonner la lutte contre les épidémies. Au niveau du pays même se pose le problème de coordination de l'intervention des partenaires.

4.3.2 Difficultés

Parmi les difficultés, on note :

- Une insuffisance de personnes ressources pour appuyer tous les pays couverts par les différents organismes sous régionaux ;
- Un problème de coordination dans l'intervention des experts pour l'appui aux pays ;

- Le déblocage des ressources financière est souvent difficile (procédures administratives longues) ;
- L'allocation des ressources est insuffisante par rapport aux prévisions ;
- L'appui logistique est insuffisant pour les investigations et la coordination de la riposte transfrontalière ;
- La difficulté de communication pour les échanges d'information.

4.3.3 Besoins et suggestions

Au regard des difficultés nous suggérons de :

- Constituer un pool d'experts en nombre suffisant et facilement mobilisable pour l'appui aux pays ;
- Alléger les procédures de déblocage des ressources financières ;
- Allouer des ressources financières suffisantes pour la Surveillance Epidémiologique ;
- Renforcer la logistique pour pouvoir mener des investigations et la coordination de la riposte transfrontalière ;
- Faire la connexion sur Internet au niveau des Services de Surveillance Epidémiologique des pays et améliorer le système de communication par radio (RAC).

5 - STADE DE MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE DE SURVEILLANCE INTEGREE

5.1. Inventaire de la situation actuelle

5.1.1 Stade

Au Niger, l'évaluation du système de surveillance des maladies transmissibles a été faite en octobre 2002 et le plan stratégique de Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte 2003 – 2007 a été élaboré. Le Niger se trouve actuellement au stade de recherche de financement pour la mise en œuvre de son plan stratégique de SIMR 2003-2007.

5.1.2 Planification de démarrage

Lors de la mise en œuvre du Plan Stratégique Opérationnel les problèmes rencontrés sont les suivants :

- Difficultés de déblocage des ressources financières (Plan 2003 non encore financé) ;
- Problème de coordination de la mise en œuvre ;
- Insuffisance du suivi des activités sur le terrain (épidémies, ressources)

5.1.3 Partenaires

Pour améliorer la mise en œuvre des plans ultérieurs, il serait souhaitable que d'autres partenaires participent au financement du plan.

Il y a une nécessité d'une meilleure coordination de la Surveillance Epidémiologique au niveau central ainsi que de l'intervention des partenaires.

5.1.4 Budget, source de financement

Le coût total du plan stratégique 2003-2007 de la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte du Niger s'élève à : **2 514 000 000 FCFA** financé par l'état et les partenaires.

5.2. Analyse

5.2.1 Forces et Faiblesses

Il est à noter le manque de disponibilité des responsables des programmes nationaux lors de l'atelier de planification de la SIMR ;

On a aussi noté le manque de données pour l'analyse.

5.2.2 Besoins et suggestions

Responsabiliser les directions nationales pour la planification avec une implication effective de tous les intervenants ;

Avoir un rythme cohérent de planification avec des ressources conséquentes et des données nécessaires pour une bonne planification.

6- EXPERIENCES VECUES

6.1. Inventaire de la situation actuelle

6.1.1 Description des capacités nationales d'alerte et réponse précoce

- Il existe des définitions standard de cas des maladies prioritaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Possibilité de confirmer la plupart des maladies prioritaires ;
- Existence de capacité de conservation, de transport et d'envoi des échantillons à un laboratoire de référence pour la plupart des maladies prioritaires ;
- Il existe un décret de création du réseau de laboratoire au Niger ;
- Il existe un comité de gestion des épidémies fonctionnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Il existe une équipe d'intervention rapide à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

6.1.2 Partenariat avec les pays limitrophes

Dans ce cadre, il est à souligner les acquis ci-après :

- La signature et la mise en œuvre de plusieurs protocoles de coopération inter pays (Niger – Burkina Faso, Niger-Togo, Niger-Bénin) pour la lutte contre les épidémies, mettant l'accent sur le renforcement de la surveillance épidémiologique;
- La participation du Niger à la réunion des Ministres de la Santé et de l'intérieur pour la lutte contre les épidémies dans les pays de l'Afrique de l'Ouest, l'Algérie et le Tchad (Ouagadougou 1996).

6.1.3 Appui d'institutions supra nationale, internationale ou régionale

L'Organisation Mondiale de la Santé est une agence spécialisée des Nations Unies en matière de santé qui apporte son soutien au Niger dans la surveillance et le contrôle des maladies transmissibles sous forme d'appui technique, financier, de conseil et de plaidoyer pour le financement des activités.

6.1.4 Budget, source de financement

Pour le biennium 2002-2003, l'appui financier de l'OMS au Niger dans le cadre de la SIMR s'élève à 56 100 Dollars US se répartissant comme suit :

- Mise en place du système de surveillance intégrée des maladies prioritaires : 35 600 Dollars US ;
- Renforcement des capacités de réponse aux épidémies : 6 000 Dollars US ;

- Amélioration des capacités des laboratoires à confirmer les maladies prioritaires : 14 500 dollars US

6.2. Analyse

6.2.1 Acquis

Parmi les acquis, on peut citer :

- L'élaboration des outils de la SIMR ;
- L'élaboration du plan stratégique de Surveillance Intégrée de la Maladie et la riposte ;
- La formation des agents de santé dans le cadre de la SIMR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- La ventilation des supports de collecte des données de la SIMR à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;

6.2.2 Difficultés

Les difficultés rencontrées sont les suivantes :

- Le sous équipement et faible capacité des laboratoires dans la confirmation des cas en période épidémique,
- L'insuffisance de la supervision dans le cadre de la SIMR,
- Le manque de ressources financières pour la formation et le recyclage des agents de santé, la supervision, la production des outils de collecte des données dans le cadre de la SIMR.

6.2.3 Suggestions et remarques diverses

Les suggestions sont les suivantes :

- L'équipement les laboratoires et la formation du personnel des laboratoires dans la confirmation des cas ;
- Le renforcement de la formation, du recyclage et la supervision à tous les niveaux dans le cadre de la mise en œuvre de la SIMR ;
- Faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources dans le cadre de la SIMR.

7- CONCLUSIONS ET PROPOSITIONS

- Les résultats de étude viennent corroborer ceux entrepris par le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies avec l'appui technique et financier de l'OMS ;
- Le Plan Stratégique Intégré de la Maladie et la Riposte du Niger a été élaboré, mais a besoin de ressources financières pour sa mise en œuvre;
- Il serait souhaitable d'organiser dans les meilleurs délais une table ronde des partenaires pour obtenir les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre de la SIMR du Niger;