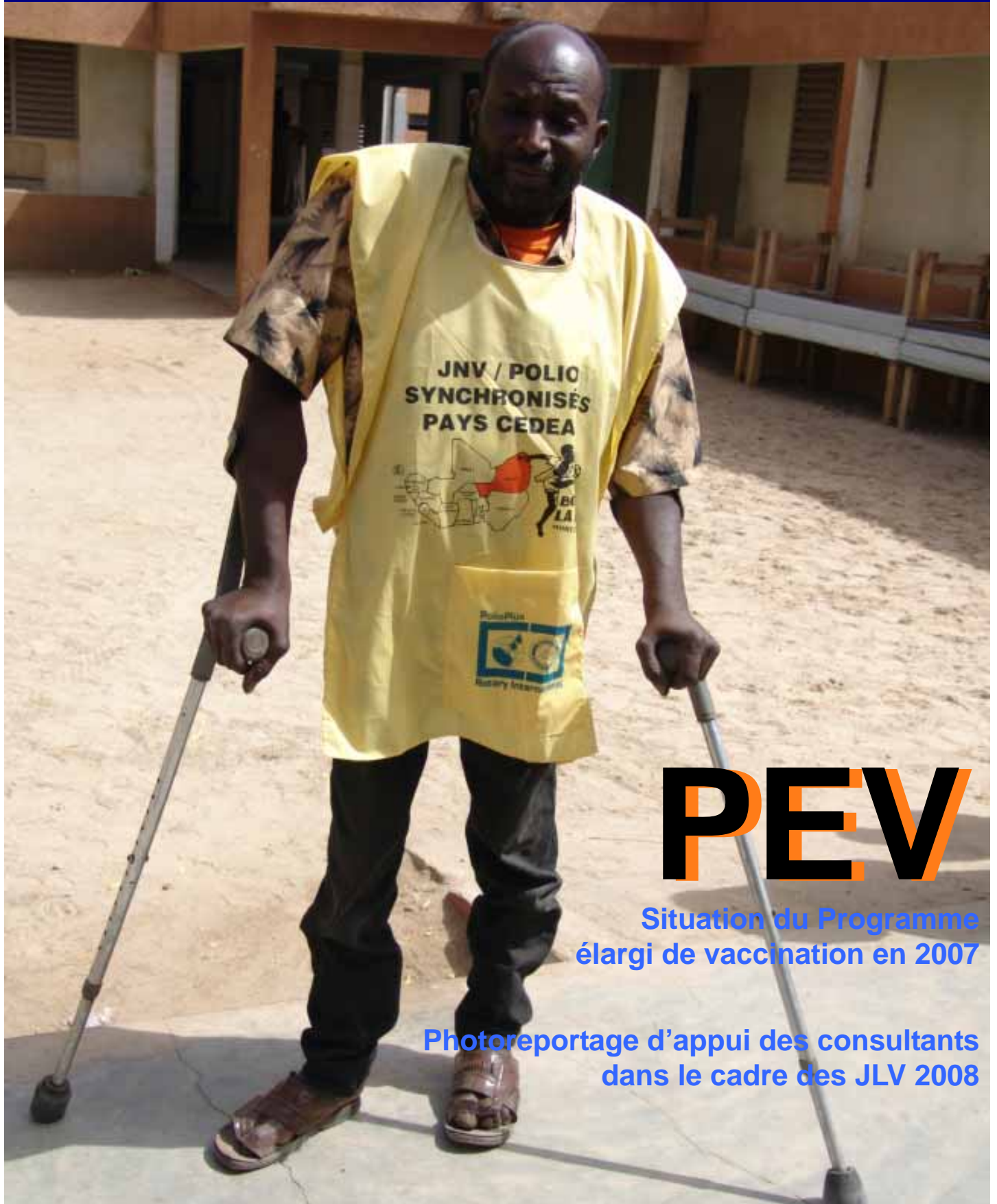


la lettre de

# L'OMS AU NIGER

Bulletin d'information de la Représentation de l'OMS au Niger

n°58 - 1er semestre 2008



# PEV

Situation du Programme  
élargi de vaccination en 2007

Photoreportage d'appui des consultants  
dans le cadre des JLV 2008

# Situation du Programme élargi de vaccination

*Afin de faire face aux maladies évitables par la vaccination, le Niger a mis en place un Programme Elargi de Vaccination ainsi qu'un système de surveillance.*

## 1. Contexte

Afin de faire face aux maladies évitables par la vaccination, le Niger a mis en place un Programme Elargi de Vaccination ainsi qu'un système de surveillance.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle vision et stratégie mondiale de la vaccination, le Niger a élaboré un plan pluriannuel complet du PEV pour la période 2007-2010, qui sert de référence pour toutes les actions et interventions des partenaires. Le plan d'action 2007 du PEV s'inscrit dans la mise en œuvre de ce plan stratégique et couvre les volets suivants :

- Vaccination systématique des enfants de moins d'un an contre 7 maladies (tuberculose, diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole et fièvre jaune) et des femmes enceintes contre le tétanos
- Organisation d'Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS) pour lutter contre la Rougeole, le Tétanos Maternel et Néonatal (TMN) et la Poliomyélite
- Surveillance des maladies cibles du PEV

## 2. Situation en fin 2007

Fin 2007, la situation pour les différentes composantes du PEV se présente comme suit :

## 2.1. Vaccination systématique

La vaccination systématique en début d'année 2007 a été confrontée à deux problèmes majeurs. Le premier problème était celui de la sous estimation de la population cible des enfants de moins d'un an, comme l'ont montré deux enquêtes de couverture vaccinale : la couverture vaccinale administrative s'avérait surestimée de 23% par rapport à la réalité. Une concertation avec le Ministère de la Santé et l'Institut National de la Statistique a permis de corriger à la hausse la population cible en se basant sur le nombre moyen d'enfants de moins d'un an vaccinés en porte à porte lors des AVS Polio de mars et avril 2006 (cette cible est en cohérence avec les résultats des 2 enquêtes) : la cible du PEV systématique est ainsi passée de 551 724 en 2006 à 750 041 en 2007.

Le second problème rencontré a été la rupture itérative du stock de vaccins, d'abord de janvier à mars, puis d'avril à juillet 2007. Afin de rattraper les enfants non vaccinés durant ce premier semestre, des actions de renforcement ont été organisées à partir du mois d'août jusqu'en décembre 2007. Ce renforcement a été fait à partir du calcul du nombre d'enfants à vacciner pour rattraper le retard et en multipliant le nombre de sorties en stratégie avancée et mobile par les CSI. Cela a été soutenu par des activités de supervision et de monitoring pour faire des ajustements stratégiques. La figure 1 montre la progression de la couverture par DTC3. En fin 2007, la couverture vaccinale DTC3 était de 78% (102% en fin 2006), 24 districts sanitaires sur les 42, soit 57% ont franchi le cap de 80%, un seul est en dessous de 50% (Maradi). La régression apparente de couverture vaccinale DTC3 s'explique essentiellement par un ajustement à la hausse de la population cible des enfants 0-11 mois (dénominateur), alors que le nombre d'enfants vaccinés a été plus élevé en 2007 qu'en 2006 pour tous les antigènes sauf le Vaccin anti rougeoleux (VAR).

Figure 1.

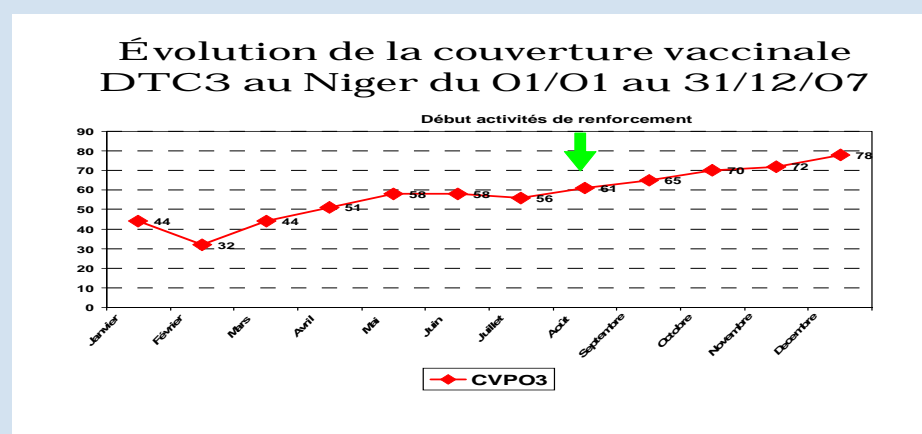
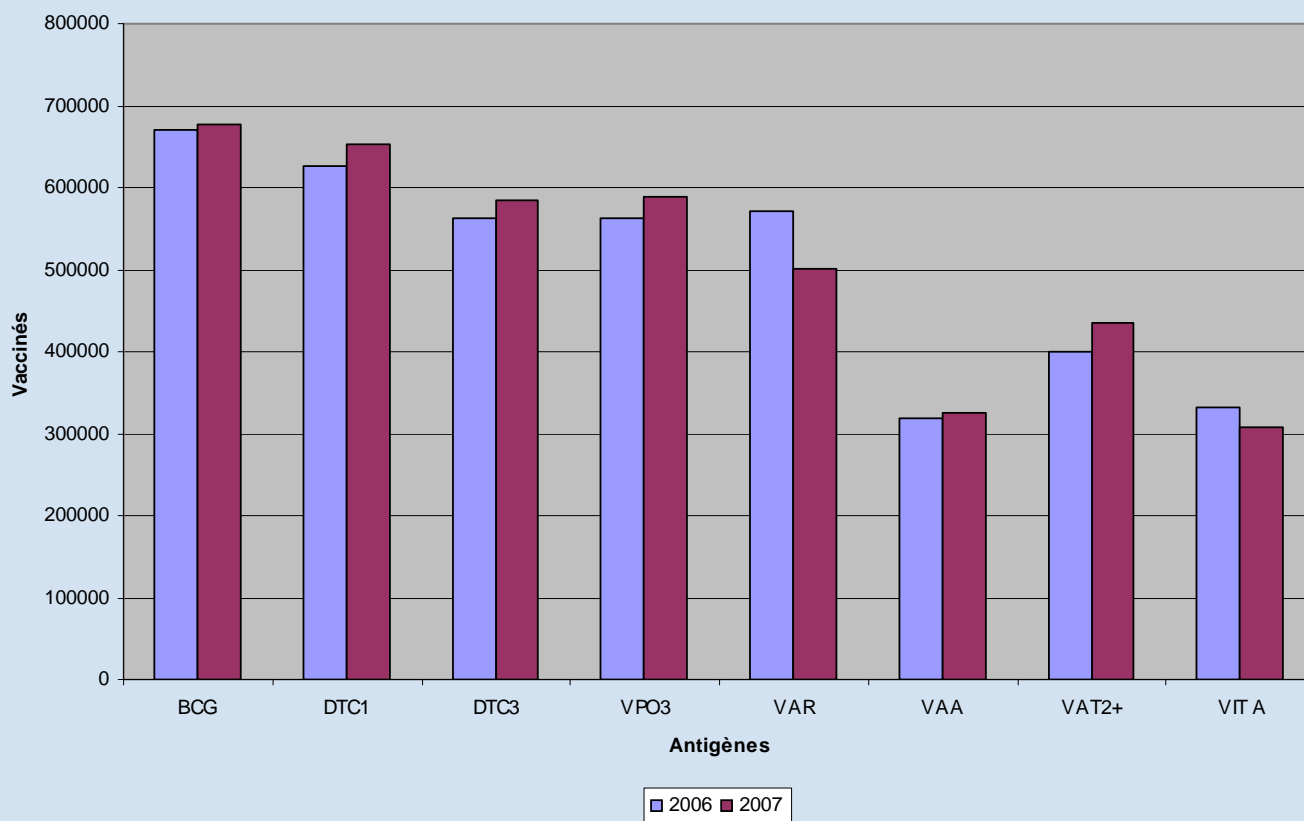


Figure 2 Nombre d'enfants de 0-11 mois et des femmes enceintes vaccinés en 2006 et 2007 au Niger



## 2.2. Surveillance des maladies cibles du PEV

Dans le cadre du suivi des différents programmes d'éradication, d'élimination et de contrôle des maladies, le Niger a intensifié les actions de surveillance basée sur les cas : chaque cas suspect de Poliomyélite, Rougeole et Fièvre Jaune fait l'objet d'un prélèvement sanguin pour confirmation biologique. Un atelier national organisé à Niamey en début d'année a permis d'évaluer les activités de 2006 et de convenir avec l'ensemble des responsables de la surveillance des priorités de 2007. Suite à cet atelier, des activités de surveillance active, de supervision et de monitoring ont été menées aux différents niveaux. En outre, la retro-information aux régions et districts a été faite à travers le bulletin hebdomadaire de la surveillance épidémiologique.

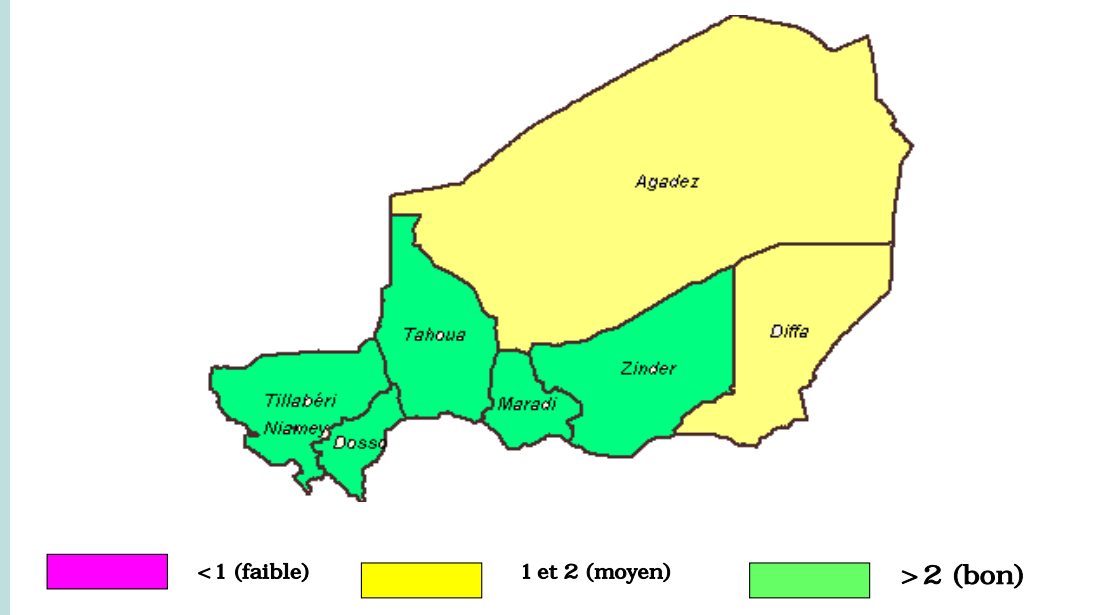
La surveillance de la poliomyélite est basée sur la recherche des cas de Paralyse Flasque Aiguë (PFA). Le taux de PFA non Polio de 3,2 pour 100 000 en-

fants de moins de 15 ans a été obtenu au niveau national et seules les régions de Diffa et Agadez n'ont pas atteint le taux requis de plus 2 pour 100 000. Le pourcentage de PFA avec deux échantillons de cas de selles recueillis dans les 14 jours, (délai requis pour optimiser la probabilité d'y trouver le poliovirus s'il existe) a été de 92%, donc supérieur aux 80% minimum requis. Toutes les régions du pays ont pu atteindre ce minimum de 80%.



Figure 3

## Taux PFA non Polio 2007



Au total, 11 cas de poliovirus sauvages ont été détectés dans les districts de Gouré (1 cas), Zinder (5 cas), Tessaoua (1 cas), Aguié (3 cas) et Abalak (1 cas), dont 10 de type 1 et 1 de type 3. Ce même nombre a été enregistré en 2006. Cependant les cas ont tendance à se concentrer dans les régions de Zinder (6 cas) et Maradi (4 cas), et l'on a assisté au rétablissement d'une transmission interne dans ces deux régions, avec le risque de perte de statut de pays ayant interrompu la transmission autochtone pour le Niger.

La surveillance de la rougeole a été performante, car au moins 80% des districts ont notifié au moins un cas suspect de rougeole avec prélèvement de sang. Cependant, le fait que 66 % des cas suspects prélevés soient positifs indique probablement l'éclosion de quelques foyers d'épidémies (ce taux ne devrait pas dépasser 10%). L'impact de la vaccination anti rougeoleuse (campagne 2004-2005 et vaccination de routine) a cependant été spectaculaire, puisqu'on a assisté à une réduction de la morbidité et de la mortalité liées à cette maladie de 99 % entre 2004 et 2007.

### Evolution des Cas de Rougeole au Niger de 2000 à 2007



La surveillance basée sur les cas de la fièvre jaune a eu une performance moyenne avec 64% de districts ayant notifié au moins un cas suspect avec prélèvement de sang contre 80% requis. Cependant, sur les 52 échantillons analysés par le laboratoire de l'Institut Pasteur de Dakar, aucun cas positif n'a été enregistré.

La surveillance basée sur les cas du Tétanos Néonatal a enregistré 22 cas en 2007 contre 21 en 2006. 50% des 22 cas ont été investigués dont 72% ont été suivis de riposte vaccinale.

La surveillance sentinelle des méningites bactériennes pédiatriques au niveau du site de l'Hôpital National de Niamey a été performante et a atteint tous les standards requis.

### 2.3. Activités de vaccination supplémentaire (AVS)

Ces activités en 2007 ont concerné la vaccination contre la poliomyélite et le tétanos. La campagne nationale de vaccination contre la rougeole, initialement planifiée du 10 au 16 décembre 2007 a été reportée à janvier 2008 pour des raisons de calendrier.

#### *Activités de vaccination supplémentaire contre la poliomyélite*

Durant cette année le pays a organisé 4 passages de Journées Nationales de Vaccination (JNV) Polio et un passage de Journées Locales de Vaccination (JLV) Polio. Bien que l'on ait constaté une augmentation progressive du nombre d'enfants vaccinés de passage en passage, les résultats des enquêtes rapides montrent toujours des zones faiblement couvertes, aussi bien en zone rurale (notamment hameaux et campements nomades non touchés) qu'en zone urbaine ; cela témoigne d'une maîtrise insuffisante des territoires à couvrir. C'est ainsi qu'aux passages d'octobre et novembre 2007, les districts de Gouré et de Mirriah ont enregistré selon les enquêtes post campagne 20% d'enfants non vaccinés malgré plus de 95% de couverture administrative.

Campagne de vaccination contre le tétanos dans les districts à haut risque

En 2007, le Niger a organisé deux passages de vaccination contre le tétanos maternel et néonatal dans 8 districts à haut risque : Gouré, Boboye, Guidan Roumdji, Aguié, Doutchi, Kollo, Ouallam et Mirriah. Les couvertures des 2 premiers passages sont satisfaisantes, car supérieures ou égales à 80%. Pour

3 des 8 districts (Gouré, Boboye, Guidan Roumdji), il s'agissait de réaliser un troisième et dernier passage, avec des résultats moins satisfaisants (de 51 à 68%). Il s'agira d'analyser de manière approfondie les causes de ces chutes pour éviter leur répétition en 2008 lors du 3ème passage pour les 5 districts qui ont effectué leurs 2 premiers passages en 2007.

### 3. Défis pour 2008

\* Interrompre la transmission du poliovirus de type 1, comme recommandé pour la région Afrique. Pour relever ce défi, il faudra

- améliorer la couverture vaccinale par le PEV systématique avec l'objectif d'atteindre les 95% de couverture vaccinale escomptés dans le plan pluriannuel complet 2007-2010 du PEV

- organiser au moins 3 passages d'activités supplémentaires de vaccination contre la poliomyélite dans les régions à risque de transmission du poliovirus sauvage en utilisant le vaccin monovalent de type 1 et en améliorant la qualité de ces JNV

\* Assurer le bon fonctionnement du PEV systématique en garantissant la disponibilité permanente des vaccins et le financement régulier des activités

\* Introduire le vaccin pentavalent (DTC-Hep-Hib) dans le PEV systématique

\* Renforcer les capacités du personnel en matière de gestion du PEV

\* Améliorer la qualité des données du PEV en utilisant dans tous les districts sanitaires l'outil d'autoévaluation de la qualité des données

\* Poursuivre les activités de vaccination contre le TMN dans les districts à haut risque conformément au plan d'élimination en atteignant au moins 80% de couverture vaccinale pour les 3 passages

\* Renforcer les activités de la surveillance active afin d'atteindre les normes exigées pour les PFA, la rougeole, la fièvre jaune et le tétanos néonatal dans les 42 districts du pays.

### Conclusion

Malgré les contraintes subies en 2007, les performances du PEV du Niger sont satisfaisantes, puisque la vaccination systématique a atteint un peu plus d'enfants de 0 à 1 an qu'en 2006 ; cependant, des efforts importants restent à accomplir pour atteindre les 95% de couverture souhaités. Cinq passages d'AVS polio ont permis de toucher plus de 95% des enfants de 0 à 5 ans, cependant, la persistance de 11 cas de poliovirus sauvage avec transmission interne à Zinder et Maradi impose une vigilance accrue et une poursuite d'AVS Polio de qualité en 2008.

Il conviendra également de mener une campagne de vaccination de suivi contre la Rougeole, 3 ans après la campagne de rattrapage de 2004-2005 et de poursuivre les campagnes de vaccination antitétanique des femmes enceintes dans les zones à risque. Ces actions, couplées à un renforcement de la surveillance basée sur les cas permettront d'avancer vers l'atteinte des objectifs d'éradication de la poliomyélite, d'élimination du tétanos maternel et néonatal et de contrôle de la rougeole et de la fièvre jaune. L'introduction des antigènes contre l'hépatite B et l'hémophilus influenzae type B à partir du 2ème semestre de 2008 élargira la gamme de la protection des enfants de moins d'un an contre deux maladies supplémentaires.

**Dr Coulibaly Tiekoura**  
Team Leader  
Equipe PEV

# photo reportage sur l'appui aux JLV de 3 consultants



*Le Niger est un vaste pays continental de 1 270 000 km<sup>2</sup> situé au cœur de l'Afrique occidentale. A l'instar des autres pays de l'Afrique de l'Ouest, il est confronté aux principales maladies transmissibles dont celle évitable par la vaccination. Ce pays a été longtemps sur la liste des pays endémiques, de laquelle il est sorti en février 2006. Cependant les cas de poliovirus sauvages ont continués à être enregistrés en 2006 (11), 2007 (11) et 2008 (9 pour les cinq premiers mois).*

*Cette persistance de la transmission du poliovirus sauvage de type 1 est liée notamment à la faiblesse de la qualité des AVS Polio. En effet une importation de cas de poliovirus sauvage du Nigeria dans la région de Zinder n'a pas pu être interrompue malgré plusieurs passages, entraînant le rétablissement de la transmission du poliovirus sauvage.*

*C'est dans ce contexte que le 11 avril 2008, un cas de poliovirus sauvage de type 1 fut confirmé dans le district de Tillabéri, resté silencieux depuis plus de 6 mois en matière de notification de cas de PFA. Ce cas constitue le premier de la région de Tillabéri depuis trois (3) ans, faisant craindre la répétition du douloureux souvenir de l'embrasement de toute l'Afrique de l'Ouest en 2003-2004 suite à un cas de polio de cette même région.*

*Afin d'aider le Niger, l'OMS a dépêché une équipe de 8 consultants internationaux pour le passage du mois de mai 2008, qui vont appuyer les activités des passages des JLV. Ce photo reportage présente une journée de 3 consultants, Dr Papa Malick Sylla, Dr Robert Yameogo et Dr Frédérique Dorleans.*

## *Dr Papa Malick SYLLA - Maradi commune - district de 17 portes*



*Région de Maradi : Dans la matinée, Dr Papa Malick Sylla, assiste dans la matinée à la réunion de formation de vaccinateurs au Centre de santé intégré (CSI) du quartier 17 portes de Maradi. Cette formation est animée par Mme Michel Hadiza, chef CSI.*



*Dans l'après midi Dr Sylla assiste à une réunion de mobilisation sociale*

*De gauche à droite : Mr Sani Touraki, représentant du Chef de Province de Maradi, Mme Laouali Hadjara, organisation des femmes, Ousseini Abdoulaye, chargé de communication, Dr Sylla et Elhaj Ilili Dan Badaou, représentant le chef du quartier 17 portes*

*Dr Robert YAMEOGO - District de Guidan Roundji*

Au district sanitaire de Guidan Roundji, Dr Robert Yaméogo, commence sa journée par une séance de briefing avec l'équipe du district, sous la direction du Dr Toga MAIDAGI, médecin chef du district (au centre photo droite). Des zones de supervision sont distribuées



Village de Tsohon Birni, il est déjà 13h et 42°C à l'ombre. Sous le regard du Dr Yaméogo, le vaccinateur Issaka Maman administre le VPO à un enfant



S'assurer que les fiches sont bien et correctement remplies



Il est déjà 16 h, à Soura Saraki, un village réputé pour ses cas de refus. Mais depuis qu'un cas de polio y a été découvert, le chef du village Elhadj Mahaman Aboubacar et tous les villageois accueillent à bras ouvert, les équipes de vaccination, afin que tous leurs enfants rayonnent de santé.



*Dr Frédérique DORLEANS - District de Matamèye - région de Zinder*



Dr Dorléans, commence sa journée par une activité transfrontalière avec l'équipe du district de Kongolom au Nigéria et celle de Matamèye au Niger. Après une journée de vaccination s'en est suivie une séance en plein air de restitution de la demié journée.



La consultante de l'OMS, analyse les données avec la vaccinatrice du Nigéria Mme Fatouma Abdoul Salam, et celle du Niger Mme Habsatou Ado.



De gauche à droite : Adamou Maman chef CSI Dan Barto (Niger), Dr Dorléans (OMS) et Mr Sadé Salisu (Nigéria)



Retour au Niger, à Matamèye. A 15 h cap sur le CSI de Doungou pour une session de monitoring dans les hameaux environnants



Il est 17h. Toutes les équipes se retrouvent au District de Matamèye pour la restitution de cette journée. Les guerriers du virus polio peuvent se reposer, et se donnent rendez pour le lendemain



Les médias ont joué un grand rôle à travers les activités de mobilisation sociale. Le Représentant du Chef de province de Maradi, Mr Sani Touraki dans un studio de radio pour un débat de sensibilisation. Le monitoring a montré que 80 % de la population a appris le passage de ces JLV par la radio



**Texte et photos : M. Bachir CHAIBOU / OMS Niger**

# Dracunculose

## L'arrêt de la transmission de la dracunculose pourrait se faire en 2008

Au début de la campagne d'éradication de la dracunculose, le Niger comptait 33 000 cas de ver de Guinée répartis dans 1700 localités de 5 régions endémiques. Depuis fin décembre 2007, seule une région reste endémique avec 14 cas notifiés dont 3 importés situés dans trois (3) districts sanitaires dans une région.

Les autorités sanitaires du pays ont fait de l'arrêt de la transmission de la maladie une de leurs priorités conformément à l'engagement de mai 2004 qui fait de l'année 2009 le moment où tous les pays d'endémie devaient avoir éliminé cette filariose handicapante.

Les actions entreprises en ce début d'année laisse présager que " la dernière ligne droite " est véritablement prise au Niger pour mettre fin à la transmission du ver de Guinée.

En effet du 29 au 31 janvier, le Ministre de la Santé publique a ouvert à Tillabéry la réunion annuelle de bilan et de planification des activités du Programme national d'éradication du ver de Guinée (PNEVG) pour 2008, en présence de Madame le Représentant de l'OMS, des partenaires et des cadres nationaux. A cette occasion, il le Ministre a exhorté les cadres de son département afin que les efforts se poursuivent dans le but mettre fin à la transmission de la maladie cette année 2008. Dr Khadidiatou Mbaye, Représentant de l'OMS a dans son message salué le Gouvernement nigérien pour les résultats atteints et encouragé les cadres du ministère de la santé à maintenir le cap afin que le pays soit au rendez de 2009. L'Organisation mondiale de la Santé dira-elle accompagnera les efforts du Niger avec l'appui des autres partenaires ( Unicef , Centre Carter , coopération japonaise ,HDI ,etc.)

Le 14 février 2008, a été une nouvelle occasion de plus pour signifier l'attachement du Niger à l'achèvement de cette mission par la mise en place de la Commission nationale de certification de l'éradication de la dracunculose au cours d'une cérémonie présidée par Monsieur le Ministre de la Santé Publique . A cette importante cérémonie, Madame le Représentant de l'OMS

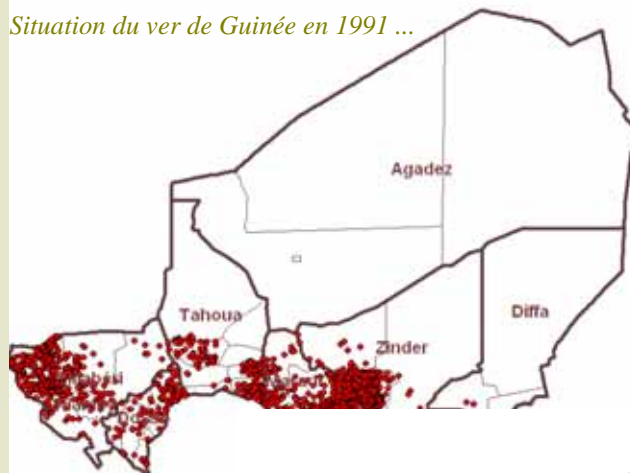


prenant la parole après le Ministre de la Santé a souligné la lourde tâche qui attend les membres de cette commission. En effet, c'est à elle qu'il revient de préparer un rapport technique qui sera examiné par des experts internationaux pour certifier l'arrêt de la transmission du ver de Guinée dans le pays. Elle a, une fois de plus souligné la disponibilité de l'OMS à parachever cette importante mission en apportant son appui au pays.

**Dr Habi Gado / OMS Niger**

**Mr Harou Oumarou / Coord. PNEVG**

*Situation du ver de Guinée en 1991 ...*



*... et 2007*



# Urgences obstétricales et néo-natales

## *L'OMS renforce les capacités du plateau technique du district sanitaire de Guidan-Roundji*

Dans le cadre du protocole de partenariat tripartite entre la Commission européenne, l'Organisation mondiale de la Santé et le Ministère de la Santé publique du Niger, dans le contexte de l'accord de financement sur les Objectifs du millénaire pour le développement, le bureau de la représentation de l'OMS au Niger a procédé, le 02 juillet dernier à la mise à disposition d'un important don de différents lots composés de kits de césarienne, d'accouchement, des équipements médicaux et de produits anesthésiques au district sanitaire du département de Guidan-Roundji dans la région de Maradi.

La cérémonie qui était présidée par le médecin-chef du district a réuni les personnels de toutes les salles, du bureau du médecin-chef au bureau des entrées en passant par la salle de tri, de pansement et le bloc chirurgical dont le responsable en voyant les files de suture a lancé un cri de joie. Il était comblé. Des files de suture enfin ! Qu'est-ce qui a pu imaginer que nous sommes dans le besoin de cet élément ? Que c'est magnifique. C'est vous dire combien les plateaux techniques des centres de Santé sont dépourvus du minimum vital malgré les efforts des autorités politiques et des partenaires pour satisfaire les besoins élémentaires de Santé des laborieuses populations du Niger profond.

Après avoir examiné les différents lots, le médecin-chef du district n'a pas tari d'éloges pour exprimer toute sa satisfaction et la gratitude de toute la population du département de Guidan-Roundji à l'OMS pour le don précieux mis à sa disposition.



Le médecin chef du district de Guidan Roundji



# Célébration de la Journée mondiale de la Santé édition 2008 au Niger

Le Niger a célébré, le 7 avril 2008 le 60<sup>ème</sup> anniversaire de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dont le thème est cette année " Protéger la Santé face au changement climatique ".

C'est à travers une conférence-débat sur les questions relatives aux changements climatiques et ses effets néfastes et dévastateurs sur la Santé que le Niger s'est associé à la Communauté internationale pour célébrer cette journée 2008. Cette conférence qui était organisée dans la salle polyvalente de l'Ecole africaine de la météorologie et de l'aviation civile (EAMAC) de Niamey, sous la présidence du Ministre de la Santé publique. Parmi les participants invités à prendre part à cette importante manifestation, on comptait plusieurs membres du gouvernement ainsi que plusieurs cadres de la Santé publique, des acteurs de la société civile, des spécialistes des questions liées à l'environnement et du Représentant de l'OMS au Niger. A cet effet, plusieurs communications ont été présentées par des hommes et des femmes avertis de la question afin de permettre au nombreux public participant d'avoir une large vision sur les effets du changement climatique sur la Santé en même temps que leurs impacts.

1) Le Dr Rabi Maïtournam de la Direction des statistiques sanitaires et riposte aux épidémies a indiqué que, le climat a toujours eu un impact puissant sur la Santé et le bien-être des humains. Et pour preuve, le rôle des facteurs climatiques dans l'indice de contagion et l'émergence d'épidémies n'est plus à démontrer.

2) Le Dr Jean Bernard Duchemin du Centre des recherches médicales sanitaires (CERMES) a, dans un bref exposé, essayé de mieux faire connaître les relations Santé-climat ; paludisme et climat ; méningite et climat, avant de démontrer la variabilité de ces relations - Temps/Espace/Taille.



*Une vue des conférenciers*

3) Le Dr Kamaye Maazou, coordonnateur national du projet "seconde communication nationale du Niger sur les changements climatiques" (SE/CNDD/CAB/PM) a lui focalisé son intervention sur les faits. Les faits a-t-il précisé sont les suivants :

a) les observations effectuées dans tous les continents et la plupart des océans prouvent que de nombreux systèmes naturels sont affectés par les changements climatiques régionaux, en particulier les augmentations de température.

b) le changement climatique entraîne des impacts sanitaires significatifs et des coûts sur l'utilisation des services de Santé.

c) selon les scénarii sur le changement climatique, ces impacts sont susceptibles d'augmenter significativement dans le futur ce qui constitue une menace réelle sur les être vivants. Il importe donc, a-t-il conclu d'implanter des mesures d'adaptation pour réduire ses effets en Santé publique.

4) MM. Katiellou Gaptia Lawan, Daouda Mamadou de la Direction de la météorologie nationale dans leurs interventions ont démontré que dans le monde entier, les communautés humaines et les écosystèmes souffrent déjà des effets du changement climatique causés par les Gaz à effet de serre (GES) provenant des activités humaines. Le con-

sensus scientifique indique, selon eux, que ces effets deviendront catastrophiques si on ne réduit pas de façon importante les GES. Par conséquent, la menace d'un changement climatique dangereux exige des mesures urgentes de la communauté internationale. Le défi fondamental auquel chaque société est confrontée est de créer des systèmes politiques, économiques et sociaux susceptibles d'atténuer les changements climatiques, les émissions de dioxyde de carbone (CO<sub>2</sub>) dans l'atmosphère, et de promouvoir la durabilité de l'environnement dont dépend la vie. Ils ont enfin abouti à la conclusion de la nécessité de mettre en œuvre les quelques mesures d'adaptation préconisées à l'échelon mondial pour atténuer les impacts négatifs du climat sur l'homme. Ils ont aussi donné les conséquences de quelques répercussions de la variabilité et des changements climatiques constatées au Niger. Il s'agit entre autres :

La diminution de la fréquence et de l'intensité des systèmes pluvio-orageux organisés donnant plus de 80% du volume pluviométrique annuel

L'accroissement de la température minimale  
L'augmentation de la fréquence des vents de sable et de poussière occasionnant l'érosion éolienne

La récurrence des vagues de chaleur/froid ayant des effets nuisibles, notamment sur la Santé et diverses conséquences socio-économiques néfastes

La variation des dates normales de démarrage et de fin de la saison des pluies, qui se caractérise alors par des retards dans l'installation de la saison ainsi que des arrêts prématurés des pluies

Mais aussi et surtout la dégradation des régimes des cours d'eau et particulièrement des étiages de plus en plus sévères du fleuve Niger.

Par M. Zibo Boubacar,  
HIP/OMS-Niger



*De gauche à droite, Mme le Représentant de l'OMS, le Ministre de la santé, la ministre de l'aménagement du territoire et le ministre chargé des relations avec les institutions de la République*

## Célébration de la première Journée mondiale de lutte contre le paludisme au Niger

Les autorités administratives et coutumières de la région de Tillabéry, celles de Say et de la Communauté rurale de Tamou, des représentants des organisations internationales, des ONG et associations ont massivement pris part à la cérémonie de lancement officiel des activités commémoratives de la première Journée mondiale de lutte contre le paludisme le 25 avril 2008 à Tamou, dont le thème est cette année "le paludisme, une maladie sans frontière" avec comme slogan : "Tous unis contre le paludisme".

Pour la circonstance, Tamou, cette commune rurale qualifiée de "gîte de moustique", était en fête : chants, danses et sketches ont émerveillé plus d'un participant. Après cette manifestation culturelle, plusieurs allocutions ont été prononcées dans une chronologie proposée par le comité d'organisation.

1) D'entrée, le maire de Tamou, le Préfet de Say et le Secrétaire général de la région de Tillabéry ont remercié les autorités sanitaires nationales pour avoir choisi leur commune pour y célébrer la toute première journée mondiale de lutte contre le paludisme. Les populations de Tillabéry et de Say en général et celles de Tamou en particulier s'honorent de cette marque de distinction. Ils ont indiqué que les efforts du Gouvernement pour faciliter l'accessibilité des populations les plus démunies aux moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILD) ont été couronnés de succès dans la commune de Tamou et de ses environs.

2) Pour le représentant du Gouverneur empêché " la 1ère JMP donne l'opportunité à la région de Tillabéry et du département de Say de focaliser l'attention des populations sur les ravages de cette terrible maladie et les mesures à prendre pour l'éviter, c'est-à-dire dormir et faire dormir les enfants et les femmes enceintes sous moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action.

3) A son tour, et intervenant au nom du Représentant de l'OMS au Niger, le Dr Habi Gado a indiqué que "la journée mondiale de paludisme " doit être le point culminant de la mise en œuvre intensifiée des stratégies nationales de lutte antipaludique, no-



*Les officiels assistent à un chant d'animation*



tamment des activités communautaires de prévention et de traitement du paludisme dans les zones d'endémie et l'occasion d'informer le grand public des obstacles rencontrés et des progrès accomplis dans la lutte contre cette maladie".

Selon lui, un partenariat multiple et varié permet au pays d'affronter les nouveaux défis liés à la lutte contre le paludisme dont notamment :

- la disponibilité et l'accessibilité géographique et financière des moyens efficaces de prévention et de traitement ;
- le renforcement des capacités de prise en charge et de diagnostic ainsi que le développement du système de la pharmacovigilance ;
- et la disponibilité des kits d'urgence pour la prise en charge des cas de paludisme graves dans les formations sanitaires de référence.

4) Le Représentant de l'UNICEF dans une brève intervention a assuré le Ministère de la Santé publique de l'engagement de son institution à accompagner le Niger dans sa lutte contre cette terrible maladie.

5) M. Issiaka Mamane, Secrétaire général adjoint du Ministère de la Santé publique a, pour donner le coup d'envoi officiel des manifestations commémorant la 1ère édition de la journée mondiale du paludisme au Niger, indiqué que le paludisme est une maladie grave qui représente près de 25% des motifs de consultations dans les services de Santé, un chiffre qui avoisine les 80% en périodes pluvieuses et qui constitue la 1ère cause de mortalité chez les enfants âgés de moins de 5 ans. Pour ce faire, le Niger a classé le paludisme au rang des maladies prioritaires et s'y est engagé pour intensifier la lutte.

Zibo Boubacar  
HIP/OMS-Niger



*Des moustiquaires ont été distribuées ...*



*... et particulièrement aux femmes qui allaitent*



# Soins de santé primaire

## DÉCLARATION DE OUAGADOUGOU SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET LES SYSTÈMES DE SANTÉ EN AFRIQUE : AMÉLIORER LA SANTÉ EN AFRIQUE AU COURS DU NOUVEAU MILLÉNAIRE

**L**a Conférence internationale sur les Soins de Santé primaires et les Systèmes de Santé en Afrique, réunie du 28 au 30 avril 2008 à Ouagadougou (Burkina Faso), réaffirme les principes de la Déclaration d'Alma-Ata de septembre 1978, en particulier pour ce qui est de la santé en tant que droit humain fondamental et de la responsabilité incombant aux gouvernements de veiller à la santé de leurs populations. Après avoir analysé les expériences des pays africains dans la mise en oeuvre des Soins de Santé primaires au cours des 30 dernières années, la Conférence exprime la nécessité pour les gouvernements, les partenaires et les communautés d'accélérer les mesures visant à améliorer la santé ; la Conférence, réaffirmant également la pertinence de l'implication, de la participation et de l'autonomisation des communautés dans l'optique du développement sanitaire en vue d'améliorer leur bien-être ; et reconnaissant l'importance des partenariats fondés sur la concertation, en particulier avec la société civile, le secteur privé et les partenaires au développement, afin de traduire les engagements en actions ; déclare ce qui suit :

### I

Les solides interrelations existant entre les déterminants de la santé, tels que le développement économique, la gouvernance, l'éducation, le genre, la sécurité alimentaire et la nutrition, l'environnement, la paix et la sécurité, soulignent la nécessité de s'attaquer aux déterminants de la santé en Afrique, en particulier dans les milieux pauvres en ressources où les inégalités en matière de santé et les problèmes d'accès aux soins de santé sont plus graves.

### II

Des progrès ont été accomplis par les pays depuis Alma-Ata, notamment pour ce qui est de l'éradication de la variole et de la lutte contre la rougeole, et des résultats encourageants ont été obtenus dans l'éradication de la poliomyélite et du ver de

Guinée, ainsi que dans l'élimination de la lèpre et de la cécité des rivières, en dépit des nombreux obstacles à la réalisation de l'objectif de la Santé Pour Tous, y compris les catastrophes provoquées par l'homme, les crises économiques et financières et l'émergence du VIH/sida au début des années 80. Toutefois, il est nécessaire d'accélérer les progrès dans un certain nombre de pays africains afin de réaliser les objectifs sanitaires convenus sur le plan international, y compris les Objectifs du Millénaire pour le Développement, d'ici 2015. L'approche des Soins de Santé primaires est de nature à accélérer la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

### III

La Conférence se félicite de l'engagement des Chefs d'Etat et de Gouvernement africains à créer un environnement favorable, notamment par l'augmentation des ressources allouées au secteur de la santé pour en porter progressivement le niveau au moins à 15 % du budget national, ainsi que des engagements pris aux termes de la Déclaration de Paris de 2005 sur l'efficacité de l'aide, l'appropriation, l'harmonisation, l'alignement, les résultats et la responsabilité mutuelle. Toutefois, la Conférence exprime sa préoccupation au sujet de l'écart 10/90, dans la mesure où une proportion de 10 % seulement des ressources consacrées à la recherche-développement en santé à l'échelle mondiale est utilisée pour s'attaquer aux problèmes de santé affectant 90 % de la population mondiale. La Conférence exprime également sa préoccupation au sujet des termes de l'échange peu favorables actuels qui ont un impact négatif sur la santé et le développement en Afrique.

### IV

La Conférence est encouragée par les importants succès remportés dans le domaine de la santé; l'engagement politique renouvelé, à la faveur de l'adoption de la Stratégie pour la Santé en Afrique 2007-



2015 de l'Union africaine; l'environnement actuel favorable au développement sanitaire, du fait du retour de la paix, de l'amélioration de la sécurité et de la croissance économique dans certains pays; et l'implication accrue des Communautés économiques régionales dans le domaine de la santé. Elle est également encouragée par les nouvelles possibilités offertes en matière de financement international de la santé et par l'initiative du Secrétaire général des Nations Unies concernant les Objectifs du Millénaire pour le Développement en Afrique.

### V

La Conférence demande instamment aux États Membres de :

1. Actualiser leurs politiques et plans nationaux de santé, conformément à l'approche des Soins de Santé primaires, en vue de renforcer leurs systèmes de santé pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, en particulier pour ce qui est des maladies transmissibles, y compris le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme; de la santé infantile; de la santé maternelle; des traumatismes; du fardeau émergent des maladies chroniques;

2. Utiliser les interventions de santé prioritaires comme point d'entrée de la revitalisation des services de santé, sur la base de l'approche des Soins de Santé primaires, y compris les systèmes d'orientation/recours; et accélérer le processus de décentralisation en privilégiant le développement des systèmes de santé au niveau local pour améliorer l'accès, l'équité et la qualité des services de santé, afin de mieux répondre aux besoins sanitaires des populations;

3. Promouvoir la collaboration intersectorielle et le partenariat public-privé, y compris avec la société civile et les communautés, afin d'améliorer l'utilisation des services de santé et d'agir d'une manière appropriée sur les déterminants économiques, sociaux, démographiques, nutritionnels, culturels et environnementaux de la santé, y compris le changement climatique;

4. Mettre en oeuvre des stratégies permettant de répondre aux besoins en ressources humaines pour la santé et visant à améliorer la planification, à renforcer les capacités des institutions de formation à la santé, et à promouvoir la gestion, la motivation et la fidélisation de ces ressources pour accroître la couverture et la qualité des soins de santé;

5. Mettre en place des mécanismes viables pour rendre plus disponibles, plus abordables et plus accessibles les médicaments essentiels, les produits, les fournitures, les technologies appropriées et les infrastructures, par l'allocation de ressources suffisantes, le transfert de technologies, la coopération sud-sud et l'utilisation d'approches sous directives communautaires et de remèdes issus de la médecine traditionnelle africaine;

6. Renforcer les systèmes d'information et de surveillance, et promouvoir la recherche opérationnelle sur les systèmes de santé en vue d'étayer la prise de décisions;

7. Élaborer et mettre en oeuvre des politiques et plans stratégiques de financement de la santé, intégrés dans le cadre général de développement national, qui permettent de protéger les groupes démunis et vulnérables, en particulier les femmes et les enfants, tout en veillant à ce que le système d'allocation des ressources, à chaque niveau des soins de santé, soit équitable et viable, et à maintenir un

équilibre approprié entre soins promotionnels, préventifs, curatifs et réadaptatifs; concevoir et mettre en place des régimes d'assurance maladie pour éviter des dépenses de santé énormes et garantir la solidarité et la sécurité sociale; mettre en oeuvre la Déclaration d'Abuja en portant progressivement à 15 % au moins la part du budget national allouée à la santé; consacrer au moins 2 % du budget du secteur de la santé au renforcement du système national de recherche en santé et créer des centres d'excellence en Afrique;

8. Promouvoir la conscience sanitaire des populations, et notamment des adolescents et des jeunes, et renforcer les capacités des communautés à changer de comportements et à adopter des modes de vie plus sains, à prendre en main leur propre santé et à participer davantage aux activités liées à la santé, et créer un environnement permettant de doter les communautés des moyens pour participer à la gouvernance des services de soins de santé, conformément à l'approche des Soins de Santé primaires.

#### VI

Les communautés, y compris la société civile, doivent chercher à obtenir la reconnaissance de leur rôle dans la gouvernance des services de santé, en particulier pour ce qui est des interventions de santé publique et autres interventions à assise communautaire liées à la santé, et explorer avec les gouvernements la possibilité de conduire des campagnes de sensibilisation auprès de la diaspora africaine, afin de faciliter la participation effective de celle-ci aux activités de développement.

#### VII

La communauté internationale doit :

1. Fournir aux pays un appui technique et financier coordonné et cohérent à long terme dans leurs efforts pour élaborer et mettre en oeuvre des politiques de santé et des plans nationaux de développement sanitaire, en tenant compte des objectifs sanitaires convenus sur le plan international, y compris les Objectifs du Millénaire pour le Développement, et fournir aux États Membres un appui pour leur permettre de traduire en actions concrètes

les recommandations de la présente Conférence;

2. Accroître les investissements dans les systèmes nationaux de santé, avec un accent particulier sur la production des personnels de santé, en veillant à ce que les pays donateurs honorent leur engagement d'allouer 0,7 % de leur produit intérieur brut à l'aide publique au développement; réaffirmer l'engagement à mettre en oeuvre les principes de la Déclaration de Paris de 2005 et appuyer les mécanismes connexes existants tels que le Partenariat mondial pour la Santé et l'Harmonisation pour la Santé en Afrique.

#### VIII

L'Union africaine et les Communautés économiques régionales doivent maintenir le leadership politique ; renforcer le plaidoyer et la mobilisation des ressources et le financement du secteur de la santé ; et continuer à explorer les possibilités de coopération sud-sud au sein de la Région.

#### IX

L'OMS, en consultation avec les États Membres et les autres institutions des Nations Unies, doit mettre sur pied un observatoire régional de la santé ainsi que d'autres mécanismes de suivi de la mise en oeuvre de la présente Déclaration et de partage des meilleures pratiques.

### La lettre de L'OMS AU NIGER

BP 10 739  
Niamey - Niger  
Tél (227) 20 75 20 39  
Fax (227) 20 75 20 41  
wrniger@ne.afro.who.int

**Directeur de publication**  
Dr. Mbaye Khadidiatou (WR)

**Lecture et corrections**  
Dr Garba SOGA (DPC)  
Dr Magagi GAGARA (MPN)  
Dr Jean Jacques KUSS (PEV)  
Dr Gilles Landrison (MPS)  
Dr Balkissa ADAMOU (FHP)  
M. Boubacar ZIBO (HIP)  
M. Moussa BIZO (HEC)

**Photos, maquette, mise en page, routage**  
M. Bachir CHAIBOU  
(Public Information Assistant)