

la lettre de

L'OMS AU NIGER

Bulletin d'information de la Représentation de l'OMS au Niger n°63 - JUILLET 2009



La CONTRACTUALISATION dans le secteur de la santé au Niger

Un nouveau Ministre de la Santé

Lors du remaniement ministériel du 26 juin 2009, un nouveau Ministre de la Santé Publique a été nommé en la personne du Dr Fatimata Moussa, qui était jusqu'à cette date Secrétaire général dudit Ministère.

Dr Moussa Fatimata est diplômée de Médecine du travail et a eu à occuper aux niveaux régional, national et du Système des Nations unies, entre autres les fonctions suivantes :

- Secrétaire général du MSP.
- Responsable de la coordination stratégique du Ministère de la Santé Publique et de la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire 2005-2010
- Chargé de programme Santé de la Reproduction (SR) au bureau UNFPA Niger
- Conseiller technique en santé de la reproduction à l'Antenne UNFPA Agadez
- Expert National (NPPP) en Santé de la Reproduction (SR) en qualité de conseiller national pour le sous programme santé de la reproduction UNFPA auprès du ministère de la santé publique
- Maître Assistant à la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de l'Université Abdou Moumouni de Niamey, Département de Santé Publique
- Directrice de la Promotion de la santé au Ministère de la Santé Publique du Niger
- Médecin, Inspecteur de Travail
- Directrice -Adjointe des Etablissements de Soins au Ministère de la santé publique du Niger (DES/A/MSP).
- Faisant fonction d'interne de spécialité au Centre Hospitalier régional de Bordeaux (France) (Services de Médecine Interne/Médecine Tropicale, pneumologie, dermato-allergologie-vénérologie et Médecine Préventive Universitaire.
- Médecin-chef du Centre Hospitalier Départemental (CHD) de Dosso cumulativement avec les fonctions du Médecin-chef du Service de Médecine Pédiatrie



Première réunion de prise de contact entre le nouveau Ministre de la Santé publique et les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé

Une volonté commune de consolider le partenariat existant et avenir.

Le nouveau Ministre de la Santé Publique, le Dr Moussa Fatimata, a présidé le 10 juillet 2009, dans la salle de réunion de son ministère, la réunion des Partenaires techniques et financiers (PTF) du secteur de la santé. Cette réunion était d'abord celle de prise de contact du Dr Moussa Fatimata en tant que Ministre de la Santé publique, avec les PTF. Par ailleurs, l'ordre du jour de la réunion que le Secrétaire général adjoint a annoncé après une brève introduction, comportait l'approbation du compte rendu de la réunion des PTF relative à la situation sur la grippe AH1N1 qui s'était tenue (date ?) à l'OMS et les recommandations s'y rapportant ainsi que les préparatifs de la revue conjointe du premier semestre 2009.

Prenant la parole la première à cette occasion, la Ministre a rappelé que cette réunion se voulait comme toujours, un cadre de concertation pour assurer la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010. « Les objectifs que nous nous sommes assignés ici et ensemble étaient d'assurer la mise en œuvre du Plan de Développement à travers les objectifs nobles que sont la réduction de la mortalité maternelle et infantile et le renforcement global du système de santé à travers la consolidation de l'existant », a souligné le Dr Moussa Fatimata.

La Ministre a mis à profit cette occasion pour exprimer toute sa gratitude et ses remerciements à l'ensemble des partenaires techniques et financiers pour leur fructueuse collaboration au moment où elle occupait encore le poste de Secrétaire générale du ministère :



De gauche à droite : le Représentant de l'OMS, le Secrétaire général adjoint du MSP, Mme le ministre de la Santé, le chargé de mission de l'Ambassade de Belgique

« Nous avons travaillé ensemble pour produire des résultats qui sont visibles aujourd'hui et qui ont montré que nous pouvons faire encore des choses extraordinaires pour améliorer les indicateurs de santé et contribuer à la réduction de la pauvreté. Le secteur a besoin de consolider les acquis et de pouvoir poursuivre le développement sectoriel », a ajouté le Dr Moussa Fatimata.

Elle a ensuite rappelé qu'en sa qualité de Secrétaire générale du Ministère de la Santé Publique, elle a eu très souvent, sinon toujours l'appui et le soutien indispensables des PTF dans des moments très difficiles : « Je vous en suis reconnaissante et merci pour tout », a-t-elle dit en substance.

Poursuivant son intervention la Ministre, Dr Moussa Fatimata a indiqué :

« Nous avons pu maintenir le cap des objectifs assignés au secteur, et nous pouvons encore montrer aussi bien à l'échelon national qu'international, que l'approche sectorielle peut produire des résultats qui rentrent dans le cadre des Objectifs du Millénaire pour le Développement ».

La Ministre de la Santé Publique, le Dr Moussa Fatimata a enfin assuré les PTF de sa disponibilité à conduire ce partenariat avec l'ensemble des agents, des partenaires de la coopération bilatérale et multilatérale.

Quant au Chef de file des PTF, M. Jacques Gourdin, il a souligné que si les avancées enregistrées dans le secteur de la santé sont à porter à l'actif du système tout entier, il est bien évident que la coordination qu'a assurée le Dr Moussa Fatimata en tant que Secrétaire générale a pleinement joué. Aussi, a-t-il rassuré la ministre, au nom de l'ensemble des Partenaires Techniques et Financiers, de leur entier dévouement et de leur collaboration la plus sincère.

Il est important de le souligner qu'avant de venir présider cette importante rencontre, la Ministre Dr Moussa Fatimata a eu un tête-à-tête avec le Dr Tarande Constant Manzila, Représentant de l'OMS au Niger.

Boubacar ZIBO
HIP
OMS Niger

Lancement de la semaine mondiale de l'allaitement maternel

Une pratique simple et naturelle, qui sauve les vies

Le samedi 1^{er} août 2009, la ministre de la Santé Publique, Dr Moussa Fatimata, a procédé, au lancement de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel, édition 2009. La cérémonie a eu lieu dans la salle de réunion de l'hôtel Gawèye de Niamey, sous le haut patronage de la Première Dame, Hadjia Fati Tandja, Marraine de l'allaitement maternel, en présence de membres du gouvernement, du gouverneur de la communauté urbaine de Niamey, des représentants des organisations internationales et de plusieurs personnalités. Le thème retenu cette année est : « *l'allaitement maternel: une réponse vitale en situation d'urgence. Etes-vous prêts?* ».

En prenant la parole à cette occasion, le Gouverneur de la région de Niamey, M. Tahirou Amadou, a souligné, dans son mot de bienvenue, toute l'importance de l'allaitement maternel.

Il a rappelé que l'allaitement maternel est un geste naturel qui perdure depuis les temps anciens. L'urbanisation, la modernisation et les publicités tapageuses sont en train de reléguer au second plan ce geste noble pour la survie de l'enfant.

En prenant à son tour la parole, Mme Djanabou Mahondé, qui s'exprimait au nom du Représentant résident de l'UNICEF au Niger, a indiqué que l'allaitement maternel revêt une importance capitale. "En effet, de par ses propriétés particulièrement, le lait maternel évite les carences nutritionnelles et limite l'apparition de la diarrhée et d'autres maladies". Par son intensité, a ajouté Mme Djanabou Mahondé, l'al-



laitement maternel prolonge l'infécondité post-partum et affecte par conséquent l'intervalle inter génésique, ce qui influe sur le niveau de la fécondité et donc sur l'état de santé des enfants et des mères.

Le Représentant de l'OMS au Niger, M. Tarandé Constant Manzila, a déclaré que l'OMS est heureuse de se joindre à l'Alliance mondiale pour l'allaitement maternel pour la célébration de la Semaine mondiale de l'allaitement du 1^{er} au 7 août 2009.

Le thème retenu cette année, souligne l'importance de l'allaitement comme une intervention de sauvetage en particulier en cas d'urgence. Il a déclaré que l'allaitement maternel est la meilleure façon qui soit de combler les besoins nutritionnels immunologiques et affectifs reliés à la croissance et au développement du nourrisson. Il a aussi souligné que l'allaitement au sein présente

des avantages pour la mère. "Lorsqu'il est exclusif, il atténue le risque de cancer du sein et de l'ovaire à un âge plus avancé, aide les femmes à retrouver plus vite leur poids d'avant la grossesse et permet de lutter contre l'obésité". Dr. Tarandé Constant Manzila a rassuré que l'OMS s'engage à accompagner le Ministère de la Santé Publique dans cet effort qui sauvera des vies et garantira l'avenir des enfants nigériens, gage d'une société prospère.



Discours du Représentant de l'OMS, Dr Tarandé Constant MANZILA

Quant à la ministre de la Santé Publique, Dr Moussa Fatouma, elle a rappelé que le Niger a adhéré à toutes les déclarations et conventions en faveur de l'enfant. Il s'agit notamment de la Déclaration d'Innocenti (en Italie) pour l'encouragement et le soutien de l'allaitement exclusif.

Concernant la situation au Niger, selon l'enquête nationale de nutrition et survie de l'enfant de juin 2008, il a été notifié que l'allaitement maternel est pratiqué par 99% des mères, mais seulement 4,4% des bébés reçoivent exclusivement le lait maternel, jusqu'à l'âge de six mois. Cependant, comme l'a expliqué la ministre de la Santé Publique, le soutien à l'allaitement en hors crise renforce la capacité des mères à gérer une situation d'urgence.

C'est dans ce cadre qu'elle a lancé un vibrant appel à l'endroit de toutes les couches sociales, les autorités politiques, administratives, les ONG et associations qui oeuvrent pour l'amélioration de la santé des populations en général et pour la survie de l'enfant en particulier, pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel exclusif avant et pendant une situation d'urgence. Elle a aussi exprimé sa gratitude aux partenaires financiers et techniques pour la promotion de la santé de nos populations.

Peu après le lancement officiel, la ministre Moussa Fatimata a remis un trophée et un tableau d'honneur à la Première Dame Fati Tandja pour ses actions humanitaires en faveur des enfants et des femmes. Ensuite, la Première Dame et la délégation qui l'accompagne se sont rendues au Centre de Santé Intégré du quartier Madina de Niamey où elle a effectué une visite des locaux avant de remettre un important don composé de lots de savons, de pagnes et de moustiquaires imprégnées d'insecticides à dix femmes qui se sont distinguées dans la pratique de l'allaitement maternel exclusif et à 40 femmes qui ont accouché.



La ministre de la Santé (à droite) remettant le trophée à la Première dame, Mme Fati Tandja

Au CSI de Madina, deux femmes ont témoigné de l'importance de l'allaitement maternel avant de remercier la Marraine, Hadjia Fati Tandja pour toutes ses actions louables à l'endroit des couches sociales vulnérables du pays.

Dr Diawara Aichatou
NUT/OMS Niger



Remise de dons à des femmes qui se sont distinguées dans la pratique



.... de l'allaitement maternel



Témoignage d'une femme

La contractualisation dans le secteur de la santé au Niger

I. CONTEXTE

Jusqu'à la fin des années 70, les systèmes de santé de nombreux pays en développement se caractérisaient par la prédominance de deux acteurs à savoir le système public organisé par l'Etat et le système privé à but ou non lucratif, sans une collaboration étroite entre eux¹. Toutefois, on assiste depuis une dizaine d'années, à une évolution dans l'organisation de ces systèmes de santé dans le sens d'une plus large ouverture à d'autres acteurs (société civile par exemple) en vue d'une plus grande synergie dans les interventions. C'est dans cet esprit que la contractualisation a commencé à se développer dans le secteur de la Santé. Aujourd'hui, près d'une dizaine de pays africains disposent d'une politique nationale de contractualisation dans le secteur de la santé.

La Contractualisation peut être définie comme étant un « processus d'entente, sur un objet donné, entre différents acteurs et basée sur un contrat »².

Le Niger, pays francophone enclavé de l'Afrique de l'Ouest avec une population estimée à 14 millions d'habitants en 2008, apparaît aujourd'hui comme un des pays de la sous-région les plus engagés dans le processus de démocratisation et de réformes administratives et politiques durant ces dix dernières années. Dans ce nouveau contexte démocratique qui constitue son cadre logique, la décentralisation s'opère à travers une approche tridimensionnelle qui inclut :



- une dimension administrative et politique à travers la réorganisation de la carte administrative et le transfert de certaines compétences de l'Etat aux entités décentralisées ;

- une dimension sociale notamment par la dévolution de certaines responsabilités à des acteurs non étatiques (notamment ceux de la société civile) ;

- une dimension économique avec l'émergence d'un secteur privé par la libéralisation et le désengagement de l'Etat des secteurs concurrentiels.

En matière de promotion de développement économique et social, le Niger a élaboré une Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP) 2008-2012 dans laquelle la satisfaction des besoins essentiels des populations constitue une des priorités. La promotion du partenariat public-privé, la gestion basée sur des résultats et la promotion de la décentralisation sont

des principes fortement soutenus dans la Stratégie de réduction de la pauvreté.

Par ailleurs, le Ministère de la Santé publique (MSP) a reformulé en 2002 une Politique nationale de santé, laquelle a servi de base à l'élaboration du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010. Ces documents s'inscrivent dans le cadre global des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Ainsi, ces principaux documents mettent l'accent sur :

- La priorité donnée aux soins de santé primaires. Cette priorité a été confirmée par la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique en 2008 ;

- L'institutionnalisation de la politique de motivation du personnel en mettant en place de nouveaux critères d'évaluation des performances des agents ; des mesures d'incitation aux plus méritants et en révisant la grille

La contractualisation dans le secteur de la santé au Niger (suite)

indemnitaire des agents en tenant compte des spécificités du secteur de la santé ;

- Une orientation du MSP sur la mise en adéquation des moyens par une gestion axée sur les résultats et basée sur les exigences de la performance ;

- L'insuffisance quantitative et qualitative des personnels de santé pourra être palliée en mettant en place un certain nombre de mesures relatives notamment au recrutement, au redéploiement, à la rétention et la motivation des agents et la production des ressources humaines de qualité ;

- La déconcentration au sein du MSP, engagée depuis plusieurs années, permet une prise de décision plus rapide pour les activités régulières. Elle responsabilise les niveaux intermédiaires et périphériques de l'administration sanitaire;

- La décentralisation doit encore davantage rapprocher les populations des centres de décision. Les Communes, mais également les Régions et les Départements, seront directement impliqués dans la mise en œuvre des services de santé tant au niveau de la définition et la planification que de la gestion des activités sanitaires ;

- Le secteur privé de santé se développe de plus en plus. Sa place était extrêmement modeste il y a encore peu d'années. Aujourd'hui il est un acteur qui se développe et se diversifie. Toutefois, son intégration dans le système de santé doit encore être améliorée.

L'organisation du système de santé évolue donc progressivement au Niger. Celui-ci ne peut plus continuer à être assimilé à une organisation

administrative classique régie par des procédures et des règles appliquées au travers d'une hiérarchie pyramidale. Il se recompose en réseaux d'acteurs interdépendants et consentants. Les relations entre les acteurs, tant publics que privés, se développent. Largement informelles au départ, elles se formalisent progressivement avec un recours plus grand à la contractualisation. Toutefois, le MSP, mais aussi tous les autres acteurs, éprouvent encore de grandes difficultés de s'adapter au changement qui induit de nouvelles règles d'organisation et de comportement. La logique de partenariat qui est prônée dans tous les documents officiels s'exprime encore timidement.

II. PROCESSUS D'ÉLABORATION DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE CONTRACTUALISATION

Depuis de nombreuses années, le Niger a développé plusieurs expériences ayant recours à la contractualisation. Mais les acteurs entraient en relations contractuelles sans un vrai cadre de référence. Avec le développement du secteur privé et de la société civile dans le domaine de la santé, les autorités nationales ont progressivement ressenti le besoin d'améliorer et d'harmoniser les pratiques. C'est pourquoi, depuis ces deux dernières années, des ateliers de sensibilisation ont été tenus; des formations à la contractualisation ont été organisées et des échanges d'expériences ont eu lieu avec les pays de la région disposant déjà d'une certaine expérience en matière de contractualisation.

Toutefois, ce processus n'était pas circonscrit dans un cadre cohérent et une vision de long terme. Pour formaliser ce processus et lui donner

toute sa dimension, le ministère de la santé publique a, par arrêté N°000192/MSP/DEP en date du 31 juillet 2007, installé le comité chargé de l'élaboration de la stratégie nationale de contractualisation. Ce comité était composé de représentants du MSP, d'un représentant du Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité Publique et de la Décentralisation, d'un représentant du Ministère de l'Economie et des Finances, d'un représentant du Ministère du Développement communautaire et de l'Aménagement du Territoire et d'un représentant de la société civile.

Le processus d'élaboration du document de Stratégie nationale de contractualisation a été largement participatif et a bénéficié de l'appui technique et/ou financier de l'OMS, du Fonds commun, de la Banque mondiale et de la Coopération belge.

L'appui de l'OMS a consisté en la mise à disposition de deux (2) experts en la personne de Monsieur Jean Perrot du Département du financement des Systèmes de Santé au Siège de l'OMS, du Dr Laurent Musango, point focal pour le financement de la santé à l'Equipe inter-pays basée au Gabon et de M. Bizo Moussa, Economiste du bureau pays de l'OMS au Niger. En outre, l'OMS a apporté un appui financier important tout au long du processus.

En octobre 2007 à Rabat (Maroc), une large partie des membres de ce comité a participé à un atelier de formation à l'élaboration des politiques nationales de contractualisation organisé par l'OMS.

A la suite de cette formation, le comité a mis en place des modalités de travail et une première mission d'appui

La contractualisation dans le secteur de la santé au Niger (suite)

technique de l'OMS a marqué le lancement officiel du processus d'élaboration de la stratégie: mai 2008. A cette date, le comité a élaboré un plan détaillé du document de stratégie y compris les orientations stratégiques et un calendrier de réalisation. Une note technique rassemblant tous ces points a été transmise aux autorités décisionnelles du MSP.

En juin 2008, le comité a organisé trois ateliers régionaux de sensibilisation et de lancement, regroupant les huit régions sanitaires du pays. Ces ateliers ont également permis de rassembler des informations sur les expériences de contractualisation. Ils ont aussi permis des échanges de point de vue sur la contractualisation avec les différents responsables. Par ailleurs, une information sur ce processus a été donnée lors des réunions régulières de coordination avec les partenaires techniques et financiers (PTF).

Le comité a ensuite progressivement élaboré une première version du document de Stratégie Nationale de Contractualisation qui a été finalisée lors d'une retraite à Namaro du 6 au 10 octobre 2008, avec l'appui de l'OMS.

Le 18 novembre 2008 a été tenu un atelier national de validation technique sur cette version préliminaire du document. Cet atelier a rassemblé largement les acteurs concernés par la contractualisation dans le secteur de la santé.

Le document de stratégie a été révisé pour tenir compte des remarques faites lors de l'atelier de validation technique.

La version finale a ensuite été transmise aux autorités du MSP au mois de décembre 2008 pour adoption.

III. AXES MAJEURS DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE CONTRACTUALISATION

L'analyse de situation a montré que la contractualisation était depuis longtemps et assez largement utilisée au Niger. Les expériences sont multiples ; certaines sont anciennes et, au fur et à mesure du temps, les champs d'application se sont diversifiés. Toutefois, certaines opportunités sont sans doute encore insuffisamment exploitées. En se basant sur l'état de la situation, la présente Stratégie nationale de contractualisation vise à définir les évolutions souhaitables et les orientations stratégiques du recours à la contractualisation dans le secteur de la santé.

Ainsi, la Stratégie nationale de contractualisation repose sur les huit (8) axes majeurs suivants :

1. Assurer le meilleur exercice possible de la mission de service public par les prestataires de services de santé
2. Assurer la réalisation des activités de santé par l'implication de tous les acteurs
3. Améliorer la productivité des acteurs
4. Améliorer la performance des acteurs
5. Améliorer les relations entre les institutions de financement (mutuelles, assurances) et les prestataires de services
6. Faciliter la coopération inter-institutions
7. Permettre le recours à une haute technicité
8. Mieux définir le rôle des institutions en appui technique et financier

IV. CONCLUSION :

Le Niger vient ainsi de se doter d'une Stratégie nationale de contractualisation dans le secteur de la santé. La mise en œuvre efficace de cette stratégie permettrait sans aucun doute au secteur de la santé de mieux accroître sa performance grâce à une plus grande participation des autres acteurs, notamment la société civile et le privé au développement sanitaire du pays.

M. Moussa BIZO
Economiste
OMS/Niger

notes

¹ Jean Perrot et Eric de Roodenbeke : la contractualisation dans le secteur de la santé, éd. Karthala

² Jean Perrot et Eric de Roodenbeke : la contractualisation dans le secteur de la santé, éd. Karthala

La lettre de L'OMS AU NIGER

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

Directeur de publication
Dr. Tarande Constant MANZILA (WR)

Comité de lecture et corrections
Dr Garba SOGA (DPC)
M. Boubacar ZIBO (HIP)
M. Moussa BIZO (HEC)
M. Kaoua Wassiri (Asst/Repr.)

Maquette, mise en page, routage
M. Bachir CHAIBOU
(Public Information Assistant)

Niger

Bilan des JNV polio / Vitamine A, passage de mai 2009

1. Contexte et justification

Le Niger, à l'instar des autres pays, a souscrit à la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé de 1988 relative à l'éradication de la poliomyélite. Le pays a dans ce cadre mis en œuvre les différentes stratégies préconisées dont celle de l'organisation des activités de vaccination supplémentaires contre la poliomyélite (AVSP) depuis 1997 avec comme résultats sa sortie de la liste des pays endémiques en février 2006.

Cependant la situation reste fragile et les efforts doivent être maintenus pour éviter que la transmission reprenne. C'est pour cette raison que le Niger, sur recommandation du TFI 2008, a organisé après ceux de février et mars 2009, son 41^{ème} passage des JNV Polio en mai 2009 avec les autres pays du bloc de l'Afrique de l'Ouest, du 29 mai au 1^{er} juin 2009 dans ses 42 districts. Eu égard à la recrudescence du Poliovirus de type 3 depuis le début de l'année (13 cas), le vaccin polio oral monovalent 3 a été utilisé dans les régions de Diffa, Maradi et Zinder qui ont notifiés ces cas de Poliovirus sauvage, et le vaccin polio oral trivalent dans les 5 autres régions. Durant ce passage la vitamine A a été aussi administrée aux enfants de 6 à 59 mois et aux femmes en post partum.

2. Objectifs

L'objectif général de ce passage était de contribuer à l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage.

Plus spécifiquement il s'agissait de :

- Vacciner 100 % des enfants de 0 à 59 mois du pays avec le VPO trivalent ou le VPO monovalent de type 3 ;
- Administrer la vitamine A à 100 % des enfants de 6 à 59 mois et 80 % des femmes post-partum



- Amener 100% des parents à faire vacciner leurs enfants ;
- Réduire à moins de 5% le pourcentage d'enfants non vaccinés par district.

3. Bilan du passage

3.1. Préparation de la campagne

Pour la phase préparatoire le Comité technique national a élaboré et diffusé un chronogramme aux régions et districts. Le Ministre de la Santé a transmis une correspondance aux Directeurs régionaux et au Ministre de l'Intérieur, à l'attention des Gouverneurs des huit régions du pays sur les enjeux de cette campagne.

L'analyse du risque de polio par district et région a été révisée et utilisée pour le déploiement des superviseurs

nationaux, des staffs des partenaires en vue de donner la priorité aux districts à haut risque.

Les 4 720 000 doses (2 540 000 de trivalent et 2 180 000 de monovalent 3), 21 513 marqueurs indélébiles, et 965 boîtes de craie ont été aussi distribués au moins une semaine avant le début de la campagne.

Outre le briefing des superviseurs et consultants nationaux (21/05/2009), les autres sessions de formation ont concerné les Superviseurs régionaux et de district (25 au 26/05/2009), les Chefs des CSI (25 au 26/05/2009) et les Superviseurs de proximité et des Vaccinateurs (27 au 28/05/2009). Certaines sessions au niveau des CSI ont été supervisées pour s'assurer de leur qualité.

Bilan des JNV polio / Vitamine A, passage de mai 2009

– Renforcement de l'évaluation rapide dans 26 districts à risque élevé ;

– Mobilisation locale des ressources financières et matérielles par la communauté et les partenaires financiers.

4.2. Points faibles majeurs

– Existence d'enfants non vaccinés pour cause de maisons non visitées, de la mobilité de la population, des zones insuffisamment couvertes et de l'insécurité ;

– Recrudescence des cas de refus à cause de la non obtention des moustiquaires imprégnées d'insecticide lors de la campagne de distribution d'avril 2009.

5. Recommandations par niveau

5.1. Niveau central et les partenaires techniques et financiers

– Poursuivre l'appui technique et financier dans le cadre des activités de vaccination ;

– Renforcer les ressources humaines au niveau des régions.

5.2. Niveau régional

– Renforcer l'appui technique aux districts dans la mise en œuvre et la supervision ;

– Renforcer le plaidoyer auprès des autorités administratives et des ONG/Associations.

5.3. Niveaux district et centres de santé intégrés (CSI)

– Réactualiser les micros plans des CSI et des districts pour les prochains passages ;

– Veiller au recensement effectif des absences et à l'organisation des visites ;

– Renforcer le monitoring et l'archivage des données des campagnes dans tous les CSI.

6. Conclusions

Le taux de couverture VPO administratif obtenu est de 103% avec 2% d'enfants zéro dose. Cependant cette couverture n'est pas confirmée par les estimations de l'enquête rapide qui donnent 4,3%. Par ailleurs, l'objectif de moins 5% d'enfants non vaccinés n'a pu être atteint par certains districts dont celui de Tchintabaraden, suite probablement aux changements introduits au niveau de l'évaluation rapide et de la supervision.

La campagne a été confrontée à l'augmentation des cas de réticence ou refus à la vaccination, comme d'ailleurs présagée, du fait que certains parents n'ont pas reçu de moustiquaires imprégnées d'insecticides en avril 2009.

*Dr Tiekoura Coulibaly,
Point Focal PEV
OMS/Niger*

UN CAS DE POLIOVIRUS SAUVAGE DANS LE DISTRICT DE MAYAHI

Le district sanitaire vient d'enregistrer son premier cas de poliovirus sauvage depuis l'instauration en 1997 de la surveillance active des paralysies flasques aiguës. Ce cas de Poliovirus sauvage qui est le quatorzième du pays et le neuvième pour la région de Maradi pour l'année en cours survient 5 semaines après le 13^{ème} notifié par le district de Guidan Roudmji. Tous les 14 cas de poliovirus sauvages isolés jusqu'à ce jour sont de type 3. Avec ce nouveau cas, la région de Maradi totalise 60 soit 24 % sur les 254 isolés dans le pays de 1997 à mai 2009.

RESULTATS DE L'INVESTIGATION DU CAS

Il s'agit d'un enfant de sexe masculin âgé de 7 ans, vivant avec ses parents dans le village de Serkin Arewa dans l'aire de santé du CSI de Serkin Arewa distant de près de 90 Km du district sanitaire de Mayahi. Moubarak étudie à l'école primaire de son village située à moins de 100 mètres de sa case. Son père y travaille comme gardien. La maladie de l'enfant avait débuté le 1er mai 2009 par des céphalées, stomatite et adénite associées à une fièvre et une paralysie de la jambe droite. Devant la persistance de ces symptômes, l'infirmier-chef du CSI procédera au premier prélèvement des selles le 8 mai 2009.

L'enfant malade est issu d'un mariage polygamique. Il est le 17^{ème} enfant d'une fratrie de 18 frères et sœurs, tous vivants.

L'enfant ne dispose d'aucune carte de vaccination.

Le village dispose de 2 bornes fontaines approvisionnées par un forage et d'un puits moderne avec margelles mais sans aucune protection. Ceux des habitants qui n'arrivent à acheter l'eau de la borne qui revient à 25 FCFA pour 25 litres recourent au puits où ils se côtoient avec le bétail. La famille ne dispose d'aucune latrine. Les selles sont déposées dans la nature ou dans les champs environnants.

L'enfant n'a jamais quitté son village natal et aucune visite de parents d'autres contrées et accompagnés d'enfants n'a été signalée depuis environ 4 mois.

De l'examen clinique on retiendra les points suivants: enfant incapable de se tenir correctement debout, cyphose de la colonne thoracique, hypotonie musculaire de la jambe droite et signe de Babinski absent au niveau de la jambe droite.

Éliminer la cécité des rivières est réalisable

Les premières données selon lesquelles l'élimination de l'onchocercose est réalisable au moyen du traitement par l'ivermectine ont été publiées le 21 juillet 2009 dans la revue *Neglected Tropical Diseases* de la Public Library of Sciences.

L'onchocercose est également appelée cécité des rivières car la simule qui transmet la maladie se reproduit dans les rivières; la maladie rend souvent aveugle mais entraîne également une forme cutanée débilitante. Plus de 37 millions de personnes, qui vivent souvent dans des communautés rurales pauvres d'Afrique, sont infectées.

Pour Uche Amazigo, Directeur du Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC), «Ces nouvelles données marquent une étape historique, elles ont des répercussions considérables pour la lutte contre la maladie. Avant cette étude, nous ne savions pas si nous serions un jour capables d'arrêter le traitement.» L'APOC est l'organisation chargée de mettre en oeuvre la lutte contre la maladie dans toute l'Afrique.

Cette étude multipays a montré que le traitement par l'ivermectine a permis de stopper les nouvelles infections et la transmission dans trois zones particulières d'Afrique où la maladie n'avait jamais cessé de sévir (zones d'endémie).

Des traitements annuels pour prévenir toute résurgence

L'ivermectine tue les larves mais pas les vers adultes d'*Onchocerca volvulus*, le parasite responsable de la maladie, ce qui fait que des traitements annuels ou semestriels sont nécessaires pour prévenir toute résurgence. Merck & Co. Inc., la société pharmaceutique qui a découvert et qui fabrique le médicament, a accepté en 1987 de fournir le médicament gratuitement aux pays où l'onchocercose est endémique.

C'est ainsi que toutes les personnes à traiter ont pu faire l'objet de traitements annuels. Plus de 60 millions de personnes ont été traitées dans 26 pays africains en 2008. Mais, bien que ce traitement de masse ait permis de maîtriser l'onchocercose en Afrique, on ne savait pas s'il permettrait aussi d'éliminer l'infection et la transmission au point que le traitement par l'ivermectine pourrait être arrêté en toute sécurité. De nombreux scientifiques doutaient que l'élimination de l'onchocercose par l'ivermectine soit réalisable en Afrique, où sont dénombrés plus de 99% des cas.

Cette nouvelle étude menée dans trois régions du Mali et du Sénégal où l'onchocercose sévit à l'état endémique apporte donc les premières preuves de la faisabilité de l'élimination de l'onchocercose au moyen de l'ivermectine dans certaines régions d'endémie d'Afrique.

On pensait auparavant que l'élimination de l'onchocercose n'était possible que dans des régions limitées, et isolées des Amériques où la maladie est endémique. Toutefois, les études ont montré qu'après 15 à 17 ans de traitement semestriel ou annuel, seules quelques infections subsistaient dans la population humaine. Les niveaux de transmission étaient inférieurs aux seuils prévus pour l'élimination, aussi le traitement a-t-il pu être par la suite arrêté dans les zones d'essai et des évaluations de suivi menées au bout de un an et demi à deux ans ont montré qu'aucune nouvelle infection ou aucune transmission n'était survenue.

Des études complémentaires seront nécessaires

Même si des études complémentaires seront nécessaires pour déterminer dans quelle mesure ces constatations peuvent être extrapolées à d'autres régions d'Afrique, le principe de l'élimination de l'onchocercose grâce au traitement

par l'ivermectine a été établi. Le Dr Robert Ridley, Directeur du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) qui a coordonné l'étude, a déclaré: «Il s'agit d'un excellent exemple de la façon dont ce type de recherche peut non seulement apporter des réponses importantes à des problèmes de santé majeurs, mais également aider avec ce type de partenariat à développer des capacités de recherche dans des pays à revenu faible.»

Grâce à cette étude, le Conseil de l'APOC a déjà adopté comme nouvel objectif de déterminer où et quand le traitement pourrait être arrêté sans danger dans les seize pays africains où le Programme soutient des campagnes de traitement de masse par l'ivermectine.

Les études ont été entreprises par des équipes de recherche des ministères de la Santé du Mali et du Sénégal, en collaboration avec le Centre de surveillance pluripathologique de l'OMS au Burkina Faso. L'étude a été principalement financée par la Fondation Bill & Melinda Gates. Cette étude a été coordonnée par le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) coparrainé par l'UNICEF, le PNUD, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Ce programme a mené une grande partie des recherches antérieures destinées à établir que le médicament était sans danger et efficace. Le partenariat avec Merck & Co. Inc, le MECTIZAN Donation Program, l'OMS, l'APOC et les programmes nationaux de lutte, est considéré comme un modèle précoce des nombreux partenariats public-privé qui ont ensuite essaimé au cours de la dernière décennie.