

# EVALUATION EXTERNE CONJOINTE DES PRINCIPALES CAPACITÉS RSI

de la

## RÉPUBLIQUE DU NIGER

Rapport de mission:  
16-20 juillet 2018



Organisation  
mondiale de la Santé



# EVALUATION EXTERNE CONJOINTE DES PRINCIPALES CAPACITÉS RSI

de la

## RÉPUBLIQUE DU NIGER

Rapport de mission:  
16-20 juillet 2018

WHO/WHE/CPI/2018.33

### © Organisation mondiale de la Santé 2018

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

**Citation suggérée.** évaluation externe conjointe des principales capacités RSI de la République du Niger. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (WHO/WHE/CPI/2018.33). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Catalogage à la source.** Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

**Ventes, droits et licences.** Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

**Matériel attribué à des tiers.** Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

**Clause générale de non responsabilité.** Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Layout by Genève Design

# Sommaire

Remerciements	v
Abréviations	vi
Résumé exécutif	1
Scores et actions prioritaires pour le Niger	4

## **PREVENIR** 6

Législation, politique et financement nationaux	6
Coordination, communication et promotion du RSI (2005)	9
Résistance aux antimicrobiens	11
Zoonoses	14
Sécurité sanitaire des aliments	17
Sécurité et sûreté biologiques	19
Vaccination	21

## **DÉTECTER** 23

Système national de laboratoires	23
Surveillance en temps réel	26
Notification	29
Développement du personnel	31

## **RIPOSTER** 33

Préparation	33
Interventions d'urgence	35
Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité	37
Moyens médicaux et déploiement de personnel	39
Communication sur les risques	41

## **AUTRES** 44

Points d'entrée	44
Événements d'origine chimique	46
Situations d'urgence radiologique	48

## **Annexe 1 : Experts nationaux et internationaux** 50

## **Annexe 2 : Documents justificatifs fournis par le pays hôte** 52



## REMERCIEMENTS

Le Secrétariat de l'OMS pour l'évaluation externe conjointe (EEC) tient à remercier les personnes suivantes, dont le soutien et l'engagement envers les principes du Règlement sanitaire international (2005) ont permis de conduire avec succès cette mission de l'EEC :

- Le gouvernement et les experts nationaux du Niger pour leur soutien et leur travail dans la préparation de la mission de l'EEC.
- Les gouvernements du Cameroun, du Rwanda, du Sénégal et du Tchad, pour la mise à disposition d'experts techniques pour le processus d'examen par les pairs.
- L'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) pour leur contribution d'experts ainsi que leur expertise.
- Les gouvernements de l'Allemagne et de la Finlande pour leur appui financier à cette mission, et des Etats Unis d'Amérique pour leur contribution d'experts ainsi que leur expertise à travers le Center for Disease Control and Prevention (CDC).
- Les entités suivantes de l'OMS : Le siège mondial à Genève (HQ), le bureau régional de l'Afrique et le bureau pays de la Sierra Leone.
- L'initiative du programme mondial de sécurité sanitaire pour sa collaboration et son soutien.

## Abréviations

<b>AIEA</b>	Agence internationale de l'énergie atomique
<b>ACAME</b>	Association africaine des centrales d'achat de médicaments essentiels
<b>CEDEAO</b>	Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
<b>CERMES</b>	Centre de recherche médicale et sanitaire
<b>COUSP</b>	Centre des opérations d'urgence de santé publique
<b>CNGE</b>	Comité national de gestion des épidémies
<b>DGSV</b>	Direction générale des services vétérinaires
<b>DRHS</b>	Développement des ressources humaines en santé
<b>DRSE</b>	Direction de la surveillance et de la riposte aux épidémies
<b>EEC</b>	Evaluation externe conjointe
<b>EPI</b>	Equipements de protection individuelle
<b>ENIR</b>	Equipe nationale d'intervention rapide
<b>FAO</b>	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
<b>FETP</b>	Programme de formation à l'épidémiologie de terrain
<b>FVR</b>	Fièvre de la vallée du rift
<b>LABOCEL</b>	Laboratoire central de l'élevage
<b>LANSPEX</b>	Laboratoire national de santé publique et d'expertise
<b>OIE</b>	Organisation mondiale de la Santé animale
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONPPC</b>	Office national des produits pharmaceutiques et chimiques
<b>OOAS</b>	Organisation ouest africaine de la santé
<b>ORSEC</b>	Organisation de la réponse de sécurité civile
<b>PEV</b>	Programme élargi de vaccination
<b>PSV</b>	Performance des services vétérinaires
<b>PFN</b>	Point focal national
<b>PFNRSI</b>	Point focal national RSI
<b>PNCD</b>	Politique nationale de communication pour le développement
<b>PNRUS</b>	Plan national de réponse aux urgences sanitaires
<b>PON</b>	Procédures opératoires normalisées
<b>RAM</b>	Résistance aux antimicrobiens
<b>RSI</b>	Règlement sanitaire international (2005)
<b>SIMR</b>	Surveillance intégrée de la maladie et la riposte
<b>SONIPHAR</b>	Société nigérienne pharmaceutique
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

## Résumé exécutif

Le Règlement sanitaire international (RSI 2005), adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé le 23 mai 2005, est entré en vigueur le 15 juin 2007. Il s'agit d'un instrument international, juridiquement contraignant, visant à « prévenir la propagation internationale des maladies, s'en protéger, les maîtriser et y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elles présentent pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux ».

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a développé un processus de suivi et d'évaluation de la mise en place des capacités essentielles minimales demandées par le RSI (2005). Ce processus est composé de quatre activités principales : des rapports annuels à rapporter à l'Assemblée mondiale de la Santé, des Revues après action (RAA), des exercices de simulation et des Evaluations externes conjointes (EEC).

Les évaluations externes conjointes, sur la base d'un outil d'EEC développé par le secrétariat du RSI (2005) à l'OMS, évaluent la capacité du pays hôte à prévenir, détecter et riposter rapidement aux menaces de santé publique, conformément aux exigences du RSI (2005). Ces évaluations sont organisées une fois que les pays hôtes ont réalisé une autoévaluation sur la base du même outil d'EEC.

### EEC des principales capacités RSI (2005) du Niger

La mission d'évaluation externe conjointe de la mise en œuvre des capacités du Règlement sanitaire international (2005) au Niger s'est déroulée du 16 au 20 juillet 2018, à Niamey. Elle a été conduite par treize évaluateurs externes, en collaboration avec des experts nationaux, issus de diverses institutions et services impliqués dans la mise en œuvre du RSI (2005).

Conformément à l'outil d'EEC, 48 indicateurs couvrant 19 domaines techniques ont été utilisés pour identifier les bonnes pratiques, les volets à renforcer, et définir trois à cinq actions clés prioritaires pour chaque domaine technique. Tous ces points, conjointement validés par l'équipe nationale et l'équipe externe, devraient permettre au Niger d'accroître plus efficacement ses capacités à prévenir, détecter et répondre rapidement aux urgences de santé publique. Selon la méthodologie standard, pour chaque domaine technique, des présentations de la partie nationale ont été suivies par des discussions avec l'équipe externe. Des visites de terrain ainsi qu'une documentation pertinente ont enrichi les discussions.

Ce document présente les conclusions de ce travail d'équipe et résume les capacités du pays à travers des scores attribués de manière consensuelle pour chaque domaine technique. Il contient également les recommandations et actions prioritaires, jugées indispensables au renforcement et à la pérennisation des capacités requises pour la mise en œuvre du RSI (2005).

Il ressort de la présente évaluation externe conjointe, les constats suivants :

- Une volonté politique de mettre en place un cadre juridique favorable à la mise œuvre du RSI (2005) associée à l'existence d'instruments juridiques, de plans et de stratégies se rapportant aux domaines d'application du RSI (2005).
- L'existence d'un Point focal national RSI (2005), d'un délégué OIE, de comités et commissions facilitant la coordination, la communication et la promotion du RSI (2005) au Niger.
- La mise en place d'un comité technique « Une Seule Santé » facilitant l'application du RSI (2005).
- La création d'une ligne budgétaire dédiée au financement des activités liées à la lutte contre les épidémies et la gestion des catastrophes.
- L'existence d'un Programme élargi de vaccination (PEV) opérationnel qui facilite l'approvisionnement en vaccins et coordonne la mise en œuvre de la politique de vaccination du gouvernement.

- L'existence d'un réseau national de laboratoires participant à la détection des maladies prioritaires.
- L'existence d'un système de surveillance structuré basé sur la stratégie de Surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR) de l'OMS AFRO (2010).

Cependant, malgré les efforts considérables effectués par le pays pour l'amélioration de la sécurité sanitaire, des défis majeurs restent à relever en vue de renforcer les capacités requises pour la prévention, la détection et la riposte aux événements de santé publique.

- Le Point focal national RSI (PFNRSI) (2005) nécessite d'être formellement désigné, formé, financé et accompagné d'une véritable équipe et structure afin qu'il soit en mesure d'assumer pleinement ses responsabilités et de faciliter la coordination, la communication et la promotion du RSI (2005) au Niger.
- Les stratégies du comité technique « Une Seule Santé » doivent être définies, opérationnalisées et rendues effectives avec notamment la mise en place d'un mécanisme de coordination.
- L'insuffisance de la coordination multisectorielle ainsi que l'insuffisance des instruments juridiques et des procédures écrites pour un grand nombre d'activités liées au RSI (2005) doivent être comblés afin d'établir des bases solides pour faciliter son application.
- Bien que le pays ait identifié des points d'entrée, aucun d'entre eux n'a été officiellement désigné conformément au RSI (2005). Il est primordial que le pays désigne officiellement les points d'entrée et qu'il les fournisse en ressources humaines et matérielles adéquates.
- Il est essentiel de créer et de doter de ressources un Centre des opérations d'urgence de santé publique (COUSP) afin de lui permettre de coordonner la préparation et la réponse aux urgences de santé publique.
- Les capacités du Niger à détecter et à gérer la résistance aux antimicrobiens sont pratiquement inexistantes. Il conviendrait de mettre en place un groupe multisectoriel fonctionnel afin d'élaborer un plan national de lutte contre la résistance aux antimicrobiens, selon l'approche « Une Seule Santé ».
- L'établissement d'un plan de renforcement des capacités du personnel impliqué dans la mise en œuvre du RSI (2005) est nécessaire. Il convient de réviser et de mettre en œuvre le plan de développement des ressources humaines de la santé afin d'intégrer tous les secteurs relevant du RSI (2005). Il est à noter que dans le secteur de la santé animale, les ressources humaines sont insuffisantes au niveau intermédiaire et périphérique.
- L'élaboration et la mise en œuvre d'un plan intégré de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, selon une approche « Une Seule Santé », semble également indispensable en ce qui concerne les points d'entrée du Niger.
- La priorisation des zoonoses n'est pas encore effective au Niger, bien qu'elle soit primordiale pour mieux orienter les activités de surveillance et de lutte contre les maladies transmissibles de l'animal à l'homme.
- Un renforcement des systèmes d'alerte précoce est recommandé, à travers la mise en place d'une surveillance basée sur les événements et d'un système de surveillance électronique interopérable et interconnecté selon l'approche « Une Seule Santé ».
- Il est important d'identifier, d'actualiser et de diffuser les instruments juridiques ou autres documents similaires décrivant le rôle, les responsabilités et les Procédures opératoires normalisées (PON) entre les autorités de santé et celles en charge de la sécurité, en y intégrant une approche multisectorielle.
- La conduite d'exercices de simulation à tous les niveaux est vivement conseillée afin de tester les capacités du pays à la préparation et à la réponse aux urgences de santé publique selon l'approche « Une Seule Santé ».



## Prochaines étapes

A l'issue de cette évaluation conjointe, les membres de l'évaluation externe proposent au Gouvernement du Niger de procéder, dans un délai d'un an, à l'élaboration d'un Plan d'action national pour la sécurité sanitaire prenant en compte les résultats de l'évaluation externe et d'autres évaluations récentes, selon l'approche « Une Seule Santé ».

## Scores et actions prioritaires pour le Niger

Capacités	Indicateurs	Score
<b>Législation, Politique et financement nationaux</b>	P.1.1 La législation, les lois, la réglementation, les prescriptions administratives, les politiques ou autres instruments du gouvernement en place sont suffisants pour pouvoir appliquer le RSI (2005).	1
	P.1.2 L'État peut démontrer qu'il a adapté et harmonisé la législation, les politiques et les dispositions administratives au niveau national pour permettre l'application du RSI (2005).	1
<b>Coordination, communication et promotion du RSI</b>	P.2.1 Un mécanisme fonctionnel est en place pour la coordination et l'intégration des secteurs concernés dans la mise en œuvre du RSI.	1
<b>Résistance aux antimicrobiens</b>	P.3.1 Détection de la résistance aux antimicrobiens.	1
	P.3.2 Surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens.	1
	P.3.3 Programme de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins de santé.	1
	P.3.4 Activités de gestion des antimicrobiens.	1
<b>Zoonoses</b>	P.4.1 Système de surveillance en place pour les zoonoses/agents pathogènes prioritaires.	2
	P.4.2 Personnels vétérinaires et de santé animale.	2
	P.4.3 Mécanismes établis et fonctionnels pour riposter aux zoonoses infectieuses et aux zoonoses potentielles.	2
<b>Sécurité sanitaire des aliments</b>	P.5.1 Mécanismes existants et fonctionnels de détection et de riposte aux maladies d'origine alimentaire et à la contamination des aliments.	2
<b>Sécurité et sûreté biologiques</b>	P.6.1 Existence d'un système de sécurité et de sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement pour les structures humaines, animales et agricoles.	1
	P.6.2 Formation et pratiques dans le domaine de la sécurité et de la sûreté biologiques.	1
<b>Vaccination</b>	P.7.1 La couverture vaccinale (rougeole) fait partie intégrante d'un programme national.	3
	P.7.2 Accès et délivrance de vaccins au niveau national.	3
<b>Système national de laboratoires</b>	D.1.1 Analyses en laboratoire pour la détection des maladies prioritaires.	4
	D.1.2 Système pour le transfert et le transport d'échantillons.	2
	D.1.3 Tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire.	3
	D.1.4 Système de qualité des laboratoires.	2
<b>Surveillance en temps réel</b>	D.2.1 Systèmes de surveillance basée sur des indicateurs et de surveillance des événements.	3
	D.2.2 Système de notification électronique en temps réel interopérable et interconnecté.	2
	D.2.3 Analyse des données de surveillance.	3
	D.2.3 Systèmes de surveillance syndromique.	3

Capacités	Indicateurs	Score
<b>Notification</b>	D.3.1 Système efficace de notification à l’OMS, à la FAO et à l’OIE.	3
	D.3.2 Réseau et protocoles de notification dans le pays.	2
<b>Développement du personnel</b>	D.4.1 Des ressources humaines sont disponibles pour assurer les principales capacités requises au titre du RSI.	2
	D.4.2 Un programme de formation en épidémiologie appliquée est en place (type FETP).	3
	D.4.3 Stratégie pour les personnels.	2
<b>Préparation</b>	R.1.1 Un plan national multirisques de préparation et d’action en cas d’urgence de santé publique existe et est appliqué.	2
	R.1.2 Les risques et les ressources de santé publique prioritaires sont cartographiés et exploités.	1
<b>Interventions d’urgence</b>	R.2.1 Capacité à activer des interventions d’urgence.	1
	R.2.2 Procédures et plans opérationnels du centre d’opérations d’urgence.	1
	R.2.3 Programme d’interventions d’urgence.	2
	R.2.4 Procédures de prise en charge des cas appliquées pour les dangers relevant du RSI.	2
<b>Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité</b>	R.3.1 La santé publique et les autorités chargées de la sécurité (par exemple, les services chargés de faire appliquer la loi, le contrôle aux frontières et les douanes) sont en liaison lors d’un événement biologique suspecté ou confirmé.	2
<b>Moyens médicaux et déploiement de personnel</b>	R.4.1 Système en place pour l’envoi et la réception de moyens médicaux lors d’une urgence de santé publique.	1
	R.4.2 Système en place pour l’envoi et la réception de personnel de santé lors d’une urgence de santé publique.	1
	R.5.2 Communication et coordination internes et avec les partenaires.	2
	R.5.3 Communication publique.	2
	R.5.4 Communication pour faire participer les communautés touchées.	2
	R.5.5 Écoute dynamique et gestion des rumeurs.	2
<b>Points d’entrée</b>	PoE.1 Capacités de routine présentes aux points d’entrée.	1
	PoE.2 Action de santé publique efficace aux points d’entrée.	1
<b>Événements d’origine chimique</b>	CE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte à des événements/urgences d’origine chimique.	1
	CE.2 Environnement favorable à la gestion d’événements d’origine chimique.	2
<b>Situations d’urgence radiologique</b>	RE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte aux situations d’urgence radiologique et nucléaire.	1
	RE.2 Environnement favorable à la gestion des situations d’urgence radiologique	1

Scores: 1=capacité inexistante; 2=capacité limitée; 3=capacité développée; 4=capacité démontrée; 5=capacité pérenne.

# PREVENIR

## Législation, politique et financement nationaux

### Introduction

Le RSI (2005) s'accompagne de droits et d'obligations pour les États Parties. Dans certains d'entre eux, la mise en œuvre du RSI (2005) nécessite parfois une nouvelle législation ou une modification de la législation existante. Un État Partie peut aussi choisir de réviser une partie de la réglementation ou d'autres instruments pour faciliter l'application du RSI (2005) et son maintien de manière plus efficace. Les textes législatifs permettent d'institutionnaliser et de renforcer le rôle du RSI (2005) ainsi que les opérations au sein de l'État Partie. Ils sont également propres à faciliter la coordination entre les différentes entités intervenant pour leur application. Voir détaillés relatifs à l'application du RSI (2005) dans la législation nationale à ([http://www.who.int/ihr/legal\\_issues/legislation/en/index.html](http://www.who.int/ihr/legal_issues/legislation/en/index.html)). En outre, les politiques définissant les structures et les responsabilités nationales, ainsi que l'affectation de ressources financières suffisantes, sont essentielles.

### Cible

*Les États Parties doivent disposer d'un cadre juridique adéquat pour les soutenir, leur permettre de s'acquitter de leurs obligations et faire valoir leurs droits, afin de respecter et d'appliquer le RSI (2005). Dans certains États Parties, la mise en œuvre du RSI (2005) peut nécessiter une nouvelle législation ou une modification de la législation existante. Un État Partie, peut choisir de réviser une partie de la législation, de la réglementation ou d'autres instruments, afin de faciliter l'application du RSI (2005) et son maintien de manière plus efficiente, efficace et bénéfique.*

*Les États Parties doivent garantir la mise à disposition de financements suffisants pour mettre en œuvre le RSI (2005), qu'ils proviennent du budget national ou d'un autre mécanisme.*

### Niveau de capacités du Niger

Le Niger dispose de nombreux instruments juridiques nationaux et sous régionaux relatifs à la surveillance et à l'action en santé publique. Quelques protocoles d'accords transfrontaliers concernant la gestion des épidémies existent, mais nécessitent d'être actualisés. Une ligne budgétaire est affectée spécifiquement à la gestion des épidémies.

Néanmoins, l'évaluation du cadre juridique national permettant d'analyser son niveau d'alignement au RSI (2005) n'a pas été réalisée depuis son adoption en 2007. En conséquence, les domaines nécessitant des adaptations n'ont pas été identifiés. Il est donc primordial de procéder à un examen systématique de la législation, de la réglementation, du budget et d'autres instruments permettant la mise en œuvre du RSI (2005) selon l'approche « Une Seule Santé ». Cela permettrait d'identifier les lacunes et de procéder aux adaptations nécessaires afin de faciliter l'application du RSI (2005).

## Mesures prioritaires recommandées

- Identifier et examiner les instruments juridiques nationaux et sous régionaux relatifs à la mise en œuvre du RSI (2005) dans tous les secteurs concernés afin de procéder aux ajustements nécessaires.
- Mettre en place des groupes de travail multisectoriels et multidisciplinaires par domaine d'intervention, intégrant des juristes, pour procéder à une analyse périodique du cadre juridique national relative à la mise en œuvre du RSI (2005), selon l'approche « Une Seule Santé ».
- Identifier, élaborer et/ou actualiser et diffuser les protocoles de coopération transfrontalière pour la gestion des événements et des urgences de santé publique.
- Mettre en place une stratégie de mobilisation de ressources pour accroître le financement de la mise en œuvre du RSI (2005).

## Indicateurs et scores

### **P.1.1 La législation, les lois, la réglementation, les prescriptions administratives, les politiques ou autres instruments du gouvernement en place sont suffisants pour pouvoir appliquer le RSI – Score 1**

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Ratification du RSI (2005) en 2007 par le parlement du Niger et publication au Journal officiel.
- Désignation du Directeur de la surveillance et de la riposte aux épidémies (DSRE) du ministère de la Santé publique, comme point focal pour les questions relatives à la gestion des urgences de santé publique de portée internationale auprès de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA).
- Existence de plusieurs instruments juridiques nationaux et sous régionaux se rapportant aux domaines d'application du RSI (2005).
- Mise en place de cadres de collaboration transfrontalière pour la gestion des événements et des urgences de santé publique, notamment dans le cadre de l'Organisation ouest africaine de la Santé (OOAS).
- Conduite d'une mission d'identification pour la législation vétérinaire nationale, par des experts de l'OIE en 2014.
- Présence d'une ligne budgétaire pour le financement des activités de sécurité sanitaire, de gestion des épidémies et des catastrophes.

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Faible implication multisectorielle, notamment des juristes, dans le processus d'examen du cadre juridique national relatif à la mise en œuvre du RSI (2005).
- Absence d'un financement pérenne pour la gestion des événements et urgences de santé publique.
- Absence d'actualisation des cadres de coopération transfrontalière pour la gestion des événements et des urgences de santé publique.

## **P.1.2 L'État peut démontrer qu'il a adapté et aligné la législation, les politiques et les dispositions administratives au niveau national pour permettre l'application du RSI (2005) – Score 1**

### **Atouts/pratiques exemplaires**

- Ratification du RSI (2005) en 2007 par le parlement du Niger et publication au Journal officiel.
- Conduite d'une mission d'identification pour la législation vétérinaire nationale, par des experts de l'OIE en 2014, recommandant le développement d'un plan stratégique et d'un plan d'action pour la législation vétérinaire.
- Mise en place d'un comité technique « Une Seule Santé ».

### **Difficultés/volets à renforcer**

- L'examen du cadre juridique national relatif à la mise en œuvre du RSI (2005) n'a pas encore été réalisé.
- Les domaines d'application du RSI (2005) nécessitant des actualisations législatives et/ou réglementaires n'ont pas été identifiés.
- La diffusion des textes existants relatifs aux domaines d'application du RSI (2005), auprès des acteurs concernés, est insuffisante.

# Coordination, communication et promotion du RSI (2005)

## Introduction

Pour que les systèmes d'alerte et d'action soient efficaces, l'application réelle du RSI (2005) nécessite des approches multisectorielles/pluridisciplinaires à travers des partenariats nationaux. La coordination des ressources dans tout le pays, y compris le fonctionnement pérenne d'un point focal national (PFN) RSI, faisant office de centre national de communication pour le RSI (2005), est une exigence clé de l'application du RSI (2005).

### **Cible**

*Le PFN doit être accessible à tout moment pour communiquer avec les points de contact régionaux RSI de l'OMS et avec tous les secteurs et autres parties prenantes concernés dans le pays. Les États Parties doivent fournir à l'OMS les coordonnées des PFN qu'ils doivent mettre à jour continuellement et confirmer tous les ans.*

## Niveau de capacités du Niger

Plusieurs mécanismes de coordination existent entre les ministères concernés par le RSI (2005). Il faut par exemple noter la présence de comités et de commissions (Comité national de gestion des épidémies (CNGE), comité technique « Une Seule Santé », Commission permanente santé défense) ainsi que l'existence d'un réseau de collaboration, mis en place en période de crise, au niveau des laboratoires de santé humaine et animale.

Le Directeur de la surveillance et de la riposte aux épidémies (DSRE) au ministère de la Santé publique, désigné comme point focal pour les questions relatives à la gestion des urgences de santé publique de portée internationale auprès de l'UMEOA, fait office de Point focal national RSI (2005) au Niger.

Ainsi, il est important de souligner que le PFNRSI (2005) n'est pas officiellement désigné, ne dispose pas de structure, ni d'équipe et n'est pas doté de financements. Les procédures opératoires normalisées pour le PFNRSI (2005) n'ont également pas été élaborées. Ces éléments sont un frein à la coordination, la communication et la promotion du RSI (2005) au Niger, selon l'approche « Une Seule Santé ».

## Mesures prioritaires recommandées

- Désigner officiellement la structure PFNRSI et la doter en ressources matérielles, humaines et financières, afin qu'elle soit en mesure d'assumer pleinement ses responsabilités.
- Elaborer et mettre en œuvre des Procédures opératoires normalisées (PON) avec la participation de tous les secteurs concernés pour faciliter la coordination, la communication et la promotion du RSI (2005).
- Organiser régulièrement des exercices de simulation afin de tester les capacités de coordination du PFNRSI (2005).

## Indicateurs et scores

### P.2.1 Un mécanisme fonctionnel est en place pour la coordination et l'intégration des secteurs concernés dans la mise en œuvre du RSI – Score 1

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence de comités et de commissions facilitant la coordination, la communication et la promotion du RSI (2005), notamment le comité technique « Une Seule Santé ».
- Existence d'une coordination au sein des ministères concernés lors d'événements susceptibles de constituer un risque ou une urgence de santé publique de portée nationale ou internationale.
- Existence d'un réseau de collaboration au niveau des laboratoires de santé humaine et animale.
- Elaboration du Plan national de préparation et de réponse à l'épidémie de la maladie à virus Ebola, par un comité multisectoriel et grâce à l'expérience acquise lors de la gestion de la Fièvre de la vallée du rift (FVR).
- Le partage de certains éléments de la mise en œuvre du RSI (2005) à tous les secteurs concernés par l'application du RSI (2005), comme les maladies à déclaration obligatoire, les bulletins épidémiologiques et les rapports de situation (SITREP).

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Absence de désignation officielle du PNFRSI (2005) accompagnée d'un renforcement de ses capacités de coordination, communication et promotion du RSI (2005).
- Faiblesse de la collaboration entre la santé animale, la santé humaine, et les autres secteurs concernés notamment en matière d'urgences liées aux zoonoses.
- Faible diffusion du rapport annuel RSI (2005) à tous les secteurs concernés par son application.

# Résistance aux antimicrobiens

## Introduction

Les bactéries et autres agents microbiens évoluent en réaction à leur environnement et conçoivent inévitablement des mécanismes pour se défendre et éviter d'être éliminés par les antimicrobiens. Pendant de nombreuses décennies, le problème est resté gérable car la résistance augmentait lentement et l'industrie pharmaceutique n'a cessé de créer de nouveaux antibiotiques.

Toutefois, ce problème s'est mué en crise au cours de la dernière décennie. La résistance aux antimicrobiens (RAM) croît en effet à un rythme alarmant au point de surpasser la mise au point de nouveaux moyens de lutte contre les infections. Cette situation menace les soins aux patients, la croissance économique, la santé publique, l'agriculture, la sécurité économique et la sécurité nationale.

### Cible

*Appuyer le travail coordonné par l'OMS, la FAO et l'OIE visant à préparer un ensemble intégré d'activités à l'échelle mondiale pour combattre la résistance aux antimicrobiens, couvrant à la fois la santé humaine et animale, l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (approche « Une seule santé ») avec notamment : a) la mise en œuvre, dans chaque pays, d'un plan national global pour combattre la résistance aux antimicrobiens ; b) le renforcement de la surveillance et des capacités des laboratoires aux niveaux national et international en suivant les normes internationales convenues, élaborées dans le cadre du plan d'action mondial et en tenant compte des normes existantes ; et c) l'amélioration de la conservation des traitements existants et de la collaboration pour soutenir le développement durable de nouveaux antibiotiques, de traitements alternatifs, de mesures préventives, de tests diagnostiques rapides sur le lieu des soins, y compris de systèmes pour conserver les nouveaux antibiotiques.*

## Niveau de capacités du Niger

Le Niger ne dispose d'aucun plan national pour la détection et la notification en laboratoire des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens. Cependant, il existe une circulaire du ministre de la Santé publique demandant à tous les hôpitaux de mettre en place un comité de lutte contre les infections nosocomiales (2008). Le pays dispose également d'une stratégie nationale de lutte contre les infections nosocomiales élaborée en 2015 ainsi que d'une loi réglementant toutes les prescriptions des antibiotiques.

Le Niger dispose de nombreux laboratoires en santé humaine et vétérinaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Au niveau central, il y a un laboratoire national de santé publique, un laboratoire de recherche médicale, quatre laboratoires au sein d'hôpitaux nationaux et un laboratoire central de l'élevage. Au niveau régional, le pays compte sept laboratoires au sein des centres hospitaliers régionaux, sept laboratoires au sein des centres de santé mère-enfant et un laboratoire de maternité de référence. Au niveau périphérique il y a 72 laboratoires de district.

De plus, il existe plusieurs laboratoires de références : (i) le Centre de recherche médicale et sanitaire (CERMES), laboratoire national de référence pour la méningite, le choléra, les gastro-entérites et la grippe ; (ii) le laboratoire national de référence des méningites pédiatriques, la rougeole et la fièvre jaune ; (iii) le Laboratoire national de santé publique et d'expertise (LANSPEX) ; (iv) le Laboratoire central de l'élevage (LABOCEL) et (v) un laboratoire national de référence pour les IST/VIH/TB.

Pour finir, le pays compte cinq hôpitaux nationaux dotés de laboratoires pouvant réaliser des examens de bactériologie. Il existe également au Niger quatre fermes d'élevage étatiques.

## Mesures prioritaires recommandées

- Finaliser, diffuser et mettre en œuvre le Plan d'action national de Résistance aux antimicrobiens (PAN-RAM), en adoptant l'approche « Une Seule Santé ».
- Elaborer et mettre en œuvre un plan national de lutte contre les infections associées aux soins, en adoptant l'approche « Une Seule Santé ».
- Mettre en place un groupe multisectoriel fonctionnel pour faciliter la coordination au niveau de la lutte contre la résistance aux antimicrobiens.
- Assurer la surveillance de la résistance aux antimicrobiens à tous les niveaux par des laboratoires sentinelles désignés.
- Elaborer et diffuser les lignes directrices nationales sur le bon usage des antimicrobiens.

## Indicateurs et scores

### P.3.1 Détection de la résistance aux antimicrobiens – Score 1

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence de laboratoires nationaux en santé humaine et vétérinaire capables de détecter et de notifier des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens.
- Elaboration en cours d'un plan national de surveillance de la résistance aux antimicrobiens associé à un plan de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation.

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Le plan national pour la détection et la notification des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens n'est pas encore finalisé.
- Absence de système de contrôle de la qualité des laboratoires.

### P.3.2 Surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens – Score 1

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence de laboratoires fonctionnels de bactériologie en santé humaine.

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Absence de désignation des sites sentinelles parmi les laboratoires des secteurs humain et animal.
- Absence de plan national pour la surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens.
- Absence de système de surveillance sentinelle des infections en santé humaine et animale causées par les agents pathogènes résistants aux antimicrobiens.

### P.3.3 Programme de prévention et de lutte contre les infections nosocomiales – Score 1

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'une stratégie nationale de lutte contre les infections nosocomiales.
- Existence d'une circulaire du ministre de la Santé publique demandant à tous les hôpitaux de mettre en place un comité de lutte contre les infections nosocomiales (2008).
- Existence de deux unités d'isolement dont l'une est localisée au niveau de l'hôpital général de référence et l'autre située à Lazaret qui est un centre réhabilitation pour la prise en charge d'éventuels cas d'Ebola.

### **Difficultés/volets à renforcer**

- Absence de plans de promotion de l'hygiène en milieu hospitalier.
- Faible capacités des établissements de santé dans la lutte contre les infections nosocomiales.
- Absence de PON pour la protection des agents de santé, contre les infections nosocomiales.

### **P.3.4 Activités de gestion des antimicrobiens – Score 1**

#### **Atouts/pratiques exemplaires**

- Existence d'une loi réglementant toutes les prescriptions d'antibiotiques.

#### **Difficultés/volets à renforcer**

- Absence de plan national (finalisé) pour la gestion des antibiotiques.
- Absence de directives nationales sur le bon usage des antimicrobiens.
- Absence de schémas d'usage des antibiotiques par les différents centres de référence.
- Insuffisance de sensibilisation des professionnels de la santé et des populations sur l'utilisation judicieuse des antimicrobiens dans les secteurs de la santé humaine, animale, et environnementale.

# Zoonoses

## Introduction

Les zoonoses sont des maladies ou des infections transmissibles qui se propagent aux populations animales et humaines. Ces maladies sont causées par des bactéries, des virus, des parasites et des champignons, véhiculés par des animaux et des insectes, ou par le biais de vecteurs inanimés nécessaires à la transmission du microbe. Environ 75 % des maladies infectieuses émergentes affectant l'homme sont d'origine animale ; environ 60 % de l'ensemble des agents pathogènes chez l'homme sont d'origine zoonotique.

### **Cible**

*Adoption de comportements, de politiques et/ou de pratiques mesurables susceptibles de minimiser la transmission des maladies zoonotiques des animaux aux populations humaines.*

## Niveau de capacités du Niger

Les zoonoses étaient jusqu'à présent gérées au Niger de manière quasi indépendante par chacun des trois ministères concernés : le ministère de la Santé publique, le ministère de l'Élevage et le ministère de l'Environnement et du Développement durable. Toutefois, une intervention conjointe de ces ministères est à noter à l'occasion de l'épisode de Fièvre de la vallée du rift (FVR) en 2016.

Le pays a identifié les zoonoses prioritaires suivantes : tuberculose, brucellose, FVR, rage, charbon bactérien et influenza aviaire. Cette liste n'a pas encore été officiellement validée et il n'existe pas de document décrivant la stratégie opérationnelle de contrôle de ces zoonoses. La principale action de prévention effectuée concerne la vaccination des chiens contre la rage.

Les moyens techniques et financiers du système de surveillance des services vétérinaires sont insuffisants. La réforme territoriale datant de l'année 2000 a accentué cette insuffisance en raison de la création de nouveaux départements (passage de 32 à 72 départements). Il y a une absence de vétérinaires dans plus de 90% des directions départementales de l'élevage. La surveillance des maladies animales (malgré la mise en place d'un réseau de surveillance épidémiologique (RESEPI)) et la capacité de riposte ne peuvent donc répondre aux normes internationales de l'OIE.

Les laboratoires ont de bonnes capacités théoriques et les services font appel à des laboratoires étrangers pour confirmer certaines analyses. Toutefois, le nombre de prélèvements acheminés reste faible. Le recensement de la population animale et des sites d'élevage reste très imprécis. Les contrôles aux postes d'inspection frontaliers et hors de ces postes sont déficients. Cela ne permet donc pas la prévention de l'entrée de maladies animales et de zoonoses.

## Mesures prioritaires recommandées

- Finaliser l'identification des zoonoses prioritaires.
- Elaborer et mettre en œuvre un plan intégré de surveillance et de riposte aux zoonoses prioritaires.
- Conduire l'évaluation externe de la Performance des services vétérinaires (PVS).

## Indicateurs et scores

### P.4.1 Système de surveillance en place pour les zoonoses/agents pathogènes prioritaires – Score 2

#### Atouts/pratiques exemplaires

- Mise en place d'un Réseau de surveillance des maladies animales (RESEPI) par la Direction générale des services vétérinaires (DGSV)
- Prise en compte de certaines zoonoses dans la stratégie de surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR).
- Capacité de détection des cas humains et animaux de la Fièvre de la vallée du rift (FVR) en 2016.
- Existence d'un plan de contingence multisectoriel pour l'influenza aviaire et d'un plan de riposte contre la FVR.

#### Difficultés/volets à renforcer

- Retard dans la finalisation de la liste des zoonoses prioritaires.
- Faible capacité des moyens humains, physiques et financiers des services vétérinaires.
- Installation incomplète des équipes dans les directions départementales et districts sanitaires des départements nouvellement créés.
- Faible coopération avec les services vétérinaires des pays voisins, de l'UEMOA et/ou de la Communauté économique des états de l'Afrique de l'ouest (CEDEAO).
- Absence d'élaboration annuelle d'un rapport sur les moyens, activités et résultats des réseaux de surveillance. Partage de ces informations avec les services concernés.

### P.4.2 Personnels vétérinaires et de santé animale – Score 2

#### Atouts/pratiques exemplaires

- La formation initiale des vétérinaires est de qualité et des sessions de formation continue ont été organisées avec le personnel du ministère de la Santé publique.
- Politique stable d'aide de la DGSV à l'installation de praticiens vétérinaires privés.
- Déclenchement du processus de recrutement des vétérinaires depuis la mission d'analyse des écarts de l'OIE et de la DGSV en 2012.

#### Difficultés/volets à renforcer

- Insuffisance de recrutement de vétérinaires et d'autres personnels de la santé animale à tous les niveaux.
- Faible présence de praticiens privés dans les zones dépourvues de professionnel. Insuffisance de leur mandat sanitaire ne prenant pas en compte la surveillance des maladies.
- Absence de plan précis de formation continue, incluant les sessions en épidémiologie de terrain (FETP - Programme de formation en épidémiologie de terrain).
- Insuffisance de recensement de la population animale.

### **P.4.3 Mécanismes établis et fonctionnels pour riposter aux zoonoses infectieuses et aux zoonoses potentielles – Score 2**

#### ***Atouts/pratiques exemplaires***

- Existence d'un plan national de riposte pour l'influenza aviaire.
- Capacité des trois ministères concernés à riposter conjointement aux cas d'urgence sanitaire.
- Existence de comités multisectoriels participant à la riposte contre les zoonoses infectieuses et les zoonoses potentielles.

#### ***Difficultés/volets à renforcer***

- Insuffisance de moyens humains, matériels et financiers.
- Faiblesse des laboratoires dans la réponse aux épidémies, notamment suite à l'expérience de l'épidémie de FVR en 2016.
- Absence de plans multisectoriels pour chacune des zoonoses prioritaires.
- Faible participation des acteurs privés (éleveurs, praticiens etc.)
- Insuffisance de partage d'information entre les secteurs de la santé animale et la santé humaine.
- Absence d'exercices de simulation pour tester les capacités de riposte aux urgences de santé publique liées aux zoonoses.

# Sécurité sanitaire des aliments

## Introduction

Les maladies diarrhéiques d'origine hydrique et alimentaire sont les principales causes de morbidité et de mortalité, en particulier dans les pays moins développés. La rapide mondialisation de la production et du commerce alimentaires a multiplié les probabilités de risque d'incidents internationaux dus aux aliments contaminés. L'identification de l'origine d'une flambée de toxi-infections alimentaires et son confinement sont essentiels à son contrôle. La capacité de gestion du risque en matière de contrôle tout au long du continuum de la chaîne alimentaire doit être développée. Si l'analyse épidémiologique d'un événement indique une origine alimentaire, il convient, en se fondant sur une évaluation des risques, de mettre en place des mesures adéquates de gestion des risques afin de prévenir les cas humains (ou autres cas).

### **Cible**

*Les États Parties doivent disposer des capacités de surveillance et de riposte aux événements/risques de maladies d'origine hydrique ou alimentaire. Ceci exige une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs chargés de la sécurité sanitaire des aliments, de la sécurité de l'eau et de l'assainissement.*

## Niveau de capacités du Niger

Le Niger a mis en place de nombreux textes législatifs et réglementaires concernant la sécurité sanitaire des aliments. Ces textes permettent de contrôler et d'inspecter les denrées alimentaires au niveau des établissements concernés. Le pays dispose aussi d'autres normes nationales ou internationales liées à la sécurité sanitaire des aliments.

Le Niger a mis en place des services de police sanitaire, en charge de faire appliquer la réglementation existante dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments. Il s'agit des services d'hygiène, du Service officiel de contrôle (SOC) de l'élevage et du service de contrôle phytosanitaire. Les activités de ces services restent cependant limitées.

Une Equipe nationale d'intervention rapide (ENIR) fait des investigations et prend en charge les cas suspects d'épidémie ou les événements sporadiques relatifs à la sécurité des aliments enregistrés dans le pays. Cette équipe d'intervention est composée de cliniciens, de techniciens des laboratoires (LABOCEL, LANSPEX), de techniciens d'hygiène, et de personnels des secteurs de l'environnement et de l'élevage.

Le Niger dispose de laboratoires vétérinaires et de laboratoires de santé publique. Le LANSPEX est en charge des analyses sur les aliments et l'eau. Il dispose d'équipements, de réactifs et d'un personnel formé.

Il est toutefois important de noter qu'au niveau des points d'entrée, seul un contrôle de la qualité physique des aliments est effectué en raison d'un manque d'équipements et de réactifs. Le laboratoire vétérinaire est en charge de la recherche des traces de médicaments dans les aliments mais il n'existe pas encore de protocole de communication établi entre les laboratoires de santé publique et de santé animale.

## Mesures prioritaires recommandées

- Faire une évaluation multisectorielle des risques relatifs à la sécurité sanitaire des aliments, identifiant les différents facteurs et les types de risque.
- Elaborer un plan intégré multisectoriel de surveillance de la sécurité sanitaire des aliments, à partir de l'évaluation multisectorielle des risques.
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement des capacités pour la prise en charge des urgences liées à la sécurité sanitaire des aliments, insistant sur la formation et l'équipement des services impliqués.
- Elaborer un protocole d'accord entre les secteurs en charge de la sécurité sanitaire des aliments, prenant en compte les mécanismes de partage de l'information et l'identification des acteurs impliqués dans la mise en œuvre.

## Indicateurs et scores

### P.5.1 Mécanismes existants et fonctionnels de détection et de riposte aux maladies d'origine alimentaire et à la contamination des aliments – Score 2

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'instruments juridiques relatifs à la sécurité sanitaire des aliments.
- Présence d'un personnel formé, au sein des équipes de riposte aux flambées épidémiques, pour mener des investigations sur les maladies d'origine alimentaire.
- Existence d'un mécanisme de riposte à un événement/une flambée épidémique, effectué par une équipe qui : (i) interroge les personnes touchées par la maladie en utilisant un questionnaire standard, (ii) élabore et applique une définition des cas, (iii) décrit le nombre de cas au moyen d'une liste exhaustive, (iv) fournit une description du syndrome et de la source possible de la maladie et (v) prélève des échantillons cliniques appropriés chez les cas symptomatiques.
- Mise en place de moyens de communication efficaces permettant un échange rapide d'informations entre tous les secteurs concernés lors des investigations sur une flambée suspectée de maladie d'origine alimentaire (téléphone, mail, radio).
- Nomination des points focaux aux points d'entrée par un arrêté ministériel.

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Manque de ressources financières, humaines et techniques.
- Insuffisance de coordination intersectorielle.
- Faible intégration du secteur vétérinaire.
- Insuffisance de communication permanent et efficace entre les parties prenantes impliquées dans la sécurité sanitaire des aliments.

# Sécurité et sûreté biologiques

## Introduction

La manipulation d'agents pathogènes en laboratoire est vitale pour veiller à ce que la communauté mondiale dispose d'un ensemble robuste d'outils (médicaments, produits diagnostics et vaccins) pour contrer la menace en perpétuelle évolution que représentent les maladies infectieuses.

La recherche sur les agents infectieux est cruciale pour développer et mettre à disposition les outils médicaux et de santé publique indispensables à la détection, au diagnostic, à l'identification et à la riposte aux flambées de maladies infectieuses d'origine naturelle, accidentelle ou intentionnelle. Dans le même temps, afin de protéger les chercheurs et la population, la multiplication des infrastructures et des ressources dédiées au stockage et à la manipulation des agents infectieux ne doit pas rendre plus aisé leur accès à des personnes non habilitées à le faire ou éventuellement mal intentionnées.

## Cible

*Mise en place d'un système national de sécurité et sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement, qui soit en mesure d'identifier, de stocker, de sécuriser et de surveiller les agents pathogènes particulièrement dangereux dans un nombre réduit de structures conformément aux pratiques exemplaires ; offre de formations et campagnes de sensibilisation par la pédagogie à la gestion des risques biologiques afin de promouvoir une culture partagée de la responsabilité, de réduire les risques de double usage, de limiter la prolifération biologique et les menaces liées à un usage délibéré, et d'assurer le transfert des agents biologiques en toute sécurité ; mise en place d'une législation sur la sécurité et la sûreté biologiques propre à chaque pays, de l'homologation des laboratoires, et de mesures de lutte contre les agents pathogènes.*

## Niveau de capacités du Niger

Il existe un système hiérarchisé de laboratoires publics et privés en santé humaine et vétérinaire dans lesquels les principes de sécurité biologique sont appliqués. Il s'agit notamment du Centre de recherche médicale et sanitaire (CERMES), du laboratoire de l'Hôpital Général de Référence de Niamey, des laboratoires des hôpitaux nationaux, du Laboratoire national de santé publique et d'expertise (LANSPEX), de l'Institut de radio-isotope (IRI) et du Laboratoire central de l'élevage (LABOCEL). Le LANSPEX est en charge du contrôle de la qualité des médicaments, de la sécurité sanitaire des aliments et de l'expertise.

Lors de la visite du LANSPEX et du CERMES, les experts ont noté la présence de signalétique, d'équipements de protection individuels pour le personnel, de poubelles de tri sélectif des déchets (même si le circuit d'élimination reste peu clair) et d'incinérateurs montrant ainsi que les principes basiques de biosécurité sont connus. Le CERMES a récemment désigné un point focal pour ce sujet.

Toutefois, il est important de préciser qu'il n'existe aucun cadre juridique pour la sécurité et la sûreté biologique au Niger. De plus, les structures mentionnées ci-dessus se situent au sommet de la pyramide sanitaire ; les niveaux intermédiaires et périphériques semblent être inexistantes.

## Mesures prioritaires recommandées

- Etablir et mettre en application un cadre juridique pour la sécurité et la sûreté biologiques, selon l'approche « Une Seule Santé ».
- Etablir et mettre en œuvre un programme national de formation et de supervision pour la sécurité et la sûreté biologiques dans les laboratoires, en tenant compte de l'approche « Une Seule Santé ».
- Elaborer et mettre en application des lignes directrices pour le transport sécurisé des matières infectieuses.
- Etablir et mettre à jour périodiquement un registre des pathogènes, toxines dangereuses et autres substances et assurer leur surveillance à tous les niveaux.

## Indicateurs et scores

### **P.6.1 Existence d'un système de sécurité et de sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement pour les structures humaines, animales et agricoles – Score 1**

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'un guide, de formations, d'équipements et de matériel pour la gestion des déchets hospitaliers.
- Existence de nombreuses structures (CERMES, LANSPEX, LABOCEL) travaillant au niveau de la sécurité et de la sûreté biologiques, selon les exigences du RSI (2005).
- Création d'une direction des laboratoires de santé au sein du ministère de la Santé publique.

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Il n'existe aucun cadre juridique pour la sécurité et la sûreté biologiques au Niger.
- Absence de mécanismes de supervision, d'application contraignante et d'actions des ministères conduisant à des difficultés de financement du système national de sécurité et de sûreté biologiques.
- Absence de regroupement des agents pathogènes et des toxines dangereuses dans un nombre restreint de structures.

### **P.6.2 Formation et pratiques dans le domaine de la sécurité et de la sûreté biologiques – Score 1**

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Utilisation d'examens directs, de tests de diagnostic rapide (TDR) et de la réaction en chaîne par polymérase (PCR) par plusieurs laboratoires du pays comme méthodes de diagnostic des agents infectieux.

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Absence de formation ciblant les structures qui abritent ou manipulent des agents pathogènes et toxines dangereuses.

# Vaccination

## Introduction

La vaccination est l'une des interventions de santé les plus performantes dans le monde et l'un des moyens les plus économiques de sauver des vies et de prévenir les maladies. D'après les estimations, la vaccination permet de prévenir plus de deux millions de décès par an dans le monde.

### Cible

Un système national performant de délivrance de vaccins – envergure nationale, distribution efficace, accès des populations marginalisées, chaîne du froid adaptée et contrôle systématique de la qualité – en mesure de répondre aux nouvelles menaces de maladie.

## Niveau de capacités du Niger

*Le Niger fait partie des pays qui ont fait beaucoup de progrès dans le domaine de la vaccination grâce à un Programme élargi de vaccination (PEV) opérationnel. Le pays a notamment travaillé afin de minimiser les ruptures d'approvisionnement en vaccins et autres intrants de la vaccination. En plus des efforts fournis par l'Etat dans l'achat des vaccins traditionnels et cofinancés, le pays bénéficie du soutien de GAVI pour l'achat des nouveaux vaccins : le vaccin DTC-HepB-Hib, l'anti pneumococcique PCV-13, le vaccin contre les diarrhées à Rotavirus, le vaccin polio injectable inactivé et le vaccin contre le virus papilloma humain (HPV) qui est sous démonstration dans 3 districts. Il bénéficie également de l'appui de l'UNICEF pour l'achat et l'approvisionnement en vaccins antipoliomyélitique, antitétanique et anti-rougeoleux utilisés lors des activités de vaccinations supplémentaires. Il faut noter que l'achat de tous les vaccins du pays se fait à travers l'UNICEF.*

Il est à souligner que l'insécurité dans certaines zones (Nord Tillabéri, Nord Tahoua et Diffa), les problèmes logistiques et la faible couverture sanitaire constituent des freins pour une pleine accessibilité de la vaccination sur l'ensemble du territoire. Des efforts doivent également être faits pour améliorer la qualité des données de couverture vaccinale. De plus, il n'y a que peu d'interactions entre les secteurs de la santé humaine et de la santé animale. Il est important de noter que le Niger a pris l'option de ne pas vacciner ses bêtes contre le charbon et l'influenza aviaire.

## Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer une stratégie nationale de financement de la vaccination.
- Elaborer et mettre en œuvre des PON afin de renforcer la collaboration entre le secteur de la santé animale et de la santé humaine en matière de vaccination.
- Elaborer un plan d'amélioration de la qualité des données de vaccination.
- Elaborer des PON pour la gestion des vaccins, de la chaîne du froid et le suivi de la couverture vaccinale.

## Indicateurs et scores

### **P.7.1 La couverture vaccinale (rougeole) fait partie intégrante d'un programme national – Score 3**

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Approvisionnement régulier en vaccin par l'Etat, soutenu par l'UNICEF.
- Existence des antigènes pertinents dans le PEV de routine.
- Utilisation de différentes campagnes comme la campagne de distribution des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) pour procéder à des vaccinations.
- Existence de campagnes de vaccination dans le secteur animal.

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Faible qualité des données de couverture vaccinale.
- Faible collaboration entre le secteur de la santé humaine et la santé animale.
- Insuffisance de ressources financières pour la vaccination.

### **P.7.2 Accès et délivrance de vaccins au niveau national – Score 3**

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Appui des partenaires pour faciliter l'accès et la délivrance des vaccins.
- Approvisionnement régulier en vaccin par l'Etat, soutenu par l'UNICEF.

#### *Difficultés/volets à renforcer/défis*

- Insuffisance logistique rendant l'accès et la délivrance de vaccins difficiles sur le territoire national.
- Faible couverture sanitaire dans le pays entravant l'accès à la vaccination.
- Insécurité dans certaines zones géographiques du pays.

# DÉTECTER

## Système national de laboratoires

### Introduction

Les laboratoires de santé publique offrent des services essentiels englobant la détection des maladies et des épidémies, les interventions d'urgence, la surveillance des maladies et la surveillance de l'environnement.

Au niveau local ou national, les laboratoires de santé publique peuvent faire office de point focal d'un système national de laboratoires pour assurer la sécurité humaine, vétérinaire et sanitaire des aliments, à travers leurs principales fonctions incluant la prévention, le contrôle et la surveillance des maladies ; la gestion des données intégrées ; les analyses spécialisées et de référence ; la supervision des laboratoires ; les interventions d'urgence ; la recherche en santé publique ; la formation et l'éducation ; les partenariats et la communication.

### Cible

*Surveillance biologique en temps réel avec un système national de laboratoires et des tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire.*

### Niveau de capacités du Niger

Au Niger, l'exercice des analyses de laboratoire est régi par l'ordonnance n° 97-002 du 10 janvier 1997 portant sur la législation pharmaceutique, et le décret N° 97-301 du 6 septembre 1997 fixant les modalités d'application de ladite ordonnance. Il existe également un « guide de bonne pratique de laboratoire » ainsi qu'une stratégie nationale de laboratoire.

Le système de laboratoire au Niger est un système structuré en trois niveaux : central, régional et périphérique. Il faut noter que le pays envoie des échantillons à un laboratoire P3 du Mali en cas de nécessité. Au Niger, le laboratoire CERMES dispose de boîtes à gants correspondant au P3.

Une liste de maladies prioritaires est établie dans le pays comprenant le paludisme, le choléra, le VIH, la tuberculose, la méningite, la salmonella, la grippe, la FVR, la rougeole et la fièvre jaune. Le Niger est capable d'effectuer six tests diagnostiques au niveau des districts, pour le paludisme, le choléra, le VIH, la tuberculose, la rage et la brucellose.

Le transfert des échantillons du niveau périphérique au niveau régional et aux laboratoires nationaux de référence s'effectue à travers le système de transport en commun mais qui n'a pas encore été formalisé par des procédures écrites. Le transfert des échantillons est financé par des partenaires. Le pays est en réseau avec l'Institut Pasteur de Paris (IPP), l'Institut Pasteur de Dakar (IPD), le Centre pour le Contrôle et la Prévention des maladies (CDC), le laboratoire des arbovirus d'Abidjan et d'autres laboratoires pour certains programmes spécifiques.

Toutefois, il est important de noter que, bien que le pays ait effectué une évaluation externe de la qualité pilote, il n'existe pas de plan global sur l'assurance qualité des laboratoires. De plus, les résultats de cette évaluation ne sont pas connus des responsables de laboratoire. Les laboratoires de référence participent, pour certains programmes verticaux tels que la méningite, le choléra, les gastro-entérites, la grippe, le VIH, la tuberculose, à un programme d'évaluation externe de la qualité à travers l'OMS. Il est intéressant de noter que le CERMES peut produire des tests rapides pour la méningite et que le LABOCEL produit des vaccins pour le bétail et est en train de s'équiper pour la production de vaccin aviaire.

L'évaluation puis l'analyse des écarts des services vétérinaires conduites par l'OIE en 2012 indiquent des déficiences majeures au niveau du LABOCEL et de ses 3 antennes régionales. Ces déficiences sont compensées, en partie seulement, par le recours à des laboratoires étrangers. Le souhait de la Direction générale des services vétérinaires (DGSV) est de développer les prestations du LABOCEL. Cela ne pourra se faire que si la DGSV obtient les moyens financiers nécessaires pour mettre en place les activités de surveillance. Ce développement permettra d'augmenter le nombre d'échantillons acheminés qui reste aujourd'hui très faible. En effet, selon le registre de laboratoire seulement seize analyses moléculaires ont été conduites sur les sept premiers mois de l'année et soixante-cinq autres échantillons sont arrivés au LABOCEL en 2018.

Pour finir, que ce soit du côté de la santé humaine ou animale, deux problématiques se retrouvent, à savoir le manque d'approvisionnement pérenne en réactifs et consommables ainsi que le manque de personnel qualifié pour la maintenance des équipements.

### Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer et mettre en œuvre un plan d'amélioration de la qualité des laboratoires à travers la désignation de points focaux, la mise à disposition de ressources financières et le renforcement des capacités techniques.
- Mettre en place un plan de renouvellement et de maintenance des équipements de laboratoire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- Etablir, valider et mettre en application un système durable pour l'approvisionnement en réactifs et consommables de laboratoire.
- Diffuser les algorithmes d'analyse en laboratoire pour la détection des maladies prioritaires, selon l'approche « Une Seule Santé ».
- Mettre en place un réseau de laboratoire fonctionnel pour favoriser la collaboration entre les différents secteurs.

### Indicateurs et scores

#### D.1.1 Analyses en laboratoire pour la détection des maladies prioritaires – Score 4

##### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'un réseau national de laboratoires pour la surveillance intégrée des maladies et la confirmation biologique des épidémies.
- Capacité de réaliser les tests diagnostiques du VIH, du paludisme, du choléra, de la tuberculose, de la rage et de la brucellose dans les laboratoires périphériques.
- Existence du Comité National de Gestion des Epidémies (CNGE), comité multisectoriel.
- Capacité de diagnostic de la FVR renforcé après l'épisode épidémique de 2016, notamment grâce à l'appui de l'Institut Pasteur de Dakar.

##### *Difficultés/volets à renforcer*

- Absence d'un système d'approvisionnement régulier en réactifs et consommables de qualité pour les laboratoires.
- Absence de systèmes de maintenance des équipements de laboratoire.
- Manque de partage de l'information et de la documentation entre tous les acteurs concernés.

## D.1.2 Système pour le transfert et le transport d'échantillons – Score 2

### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence de lignes directives pour le prélèvement, la conservation, l'emballage et le transport des échantillons.
- Existence d'un système de transport des échantillons, financé par des partenaires extérieurs, allant du niveau périphérique, au niveau régional et aux laboratoires nationaux de référence.

### *Difficultés/volets à renforcer*

- Faiblesse du système de transport sécurisé des échantillons nécessitant la mise en place de procédures décrivant les circuits à utiliser.
- Faible utilisation du système de transport d'échantillons vétérinaires en raison d'un manque de moyens financiers.

## D.1.3 Tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire – Score 3

### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Disponibilité des tests de diagnostic du paludisme, choléra, VIH, méningite, rage et brucellose au niveau périphérique.
- Disponibilité du plateau technique de la biologie moléculaire au niveau national pour la santé humaine et animale.

### *Difficultés/volets à renforcer*

- Absence d'un système de maintenance des équipements.
- L'approvisionnement en consommables et en réactifs de laboratoire dépend de programmes verticaux financés par des partenaires externes et peut connaître occasionnellement des ruptures.

## D.1.4 Système de qualité des laboratoires – Score 4

### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'un guide de bonne pratique de laboratoire.
- Participation de dix laboratoires privés ou publics à un test pilote d'évaluation externe concernant la qualité.

### *Difficultés/volets à renforcer*

- Absence d'un plan d'assurance qualité, au niveau de laboratoires, en relation avec les programmes de lutte (palu, VIH/TB) pour l'ensemble de la pyramide sanitaire.
- Manque de formation du personnel au processus de l'assurance qualité.
- Transmission insuffisante des informations et des documents entre les différents réseaux de laboratoires (les résultats des tests d'évaluation externe concernant la qualité n'ont pas été partagés).

# Surveillance en temps réel

## Introduction

La surveillance en temps réel vise à faire progresser la sûreté, la sécurité et la résilience du pays en conduisant une démarche de surveillance biologique intégrée qui favorise l'alerte précoce et une bonne connaissance de la situation des événements biologiques.

### **Cible**

*Renforcement des systèmes de surveillance basés sur les indicateurs et sur les événements pour qu'ils soient en mesure de détecter des événements affectant la santé publique, la santé animale et la sécurité sanitaire ; amélioration de la communication et de la collaboration entre les secteurs et les autorités aux niveaux sous-national, national et international dans le domaine de la surveillance des événements présentant un risque pour de la santé publique ; amélioration des capacités aux niveaux national et régional pour l'analyse et le croisement des données (épidémiologiques, cliniques, de laboratoire, d'analyses environnementales, de sécurité et de qualité des produits, et bio-informatiques) provenant de systèmes renforcés de surveillance en temps réel, notamment de systèmes de notification électronique interopérables et interconnectés. Enfin, poursuite du développement des principales capacités pour répondre aux exigences en matière de surveillance conformément aux normes établies par le RSI et l'OIE.*

## Niveau de capacités du Niger

Depuis 2012, le Niger a adopté la stratégie SIMR du Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique avec la mise en place d'un système de surveillance basé sur des indicateurs, fonctionnel à tous les niveaux du système de santé. Le pays dispose également au niveau communautaire d'un système de surveillance basée sur les événements, dont la gestion est coordonnée par une cellule d'alerte précoce basée au niveau de la Primature. Concernant le secteur de la santé animale, il existe un système de surveillance épidémiologique (RESEPI) en lien avec l'OIE grâce à un délégué OIE.

En santé humaine, il existe une liste de 47 maladies prioritaires dont 22 sont à déclaration obligatoire, parmi lesquelles on dénombre un certain nombre de syndromes. En santé animale, la liste (non officielle) des maladies sous surveillance est composée de six maladies que sont la rage, le charbon bactérien, la tuberculose, la brucellose, l'influenza aviaire et la FVR.

Dans le domaine de la santé humaine, le réseau de surveillance des maladies potentiellement épidémiques est composé de 8 directions régionales de santé publique, 72 districts sanitaires et 1029 centres de santé intégrés. La coordination est assurée au niveau central, par la Direction de la Surveillance et de la Riposte aux Épidémies (DSRE). A chaque niveau de la pyramide sanitaire, des épidémiologistes sont responsables des centres de surveillance.

Le personnel clinique est formé à la notification des maladies dans 85% des districts. La notification pour les maladies à déclaration obligatoire est faite à la hiérarchie supérieure par SMS, email, téléphone ou courriers ordinaires (copies dures). La validation et l'assurance de la qualité des données sont faites lors des supervisions formatives et des réunions d'harmonisation organisées à tous les niveaux. Les données agrégées de surveillance (cas/décès) sont gérées (sur Excel) par le niveau central.

Cependant, les maladies évitables par la vaccination telles que la rougeole, la méningite, la fièvre jaune, le tétanos néonatal et la polio ont des formulaires électroniques standardisés et des bases de données de surveillance au cas par cas. Le pays utilise aussi AVADAR (Audio-Visual AFP Detection and Reporting),

un système de surveillance électronique utilisé dans le cadre du renforcement de la surveillance pour la certification de l'éradication de la polio.

La DSRE recueille en temps réel les données des différents laboratoires de référence et met à jour les listes linéaires des maladies épidémiques et les bases de données de la surveillance.

### Mesures prioritaires recommandées

- Poursuivre la mise en place des dispositions de la SIMR à travers des formations, des supervisions et un contrôle de la qualité des données de surveillance.
- Mettre en place un système de surveillance multisectoriel électronique interopérable et interconnecté.
- Mettre en place un système de surveillance des événements (guide technique, formation, supervision...).
- Etablir un dispositif légal pour la coordination, la planification et le partage d'information avec les pays frontaliers.

#### D.2.1 Systèmes de surveillance basée sur des indicateurs et de surveillance des événements – Score 3

##### Atouts/pratiques exemplaires

- Existence de la DSRE, doté d'un cadre organique bien structuré et disposant de ressources humaines suffisantes et qualifiées.
- Existence de groupe d'échange entre les PFNRSI (2005), l'EIR et surveillance de la sous-région (OOAS et des pays du bassin du lac Tchad).
- Bonne collaboration entre les autorités administratives et les forces de sécurité pour la notification des événements et autres urgences de santé publique.
- Existence d'un arrêté communal pour la mise en place de comités de surveillance des événements et la notification rapide des événements de santé publique par des relais opérant au niveau des villages.
- Présence d'épidémiologistes au niveau central et district pour la mise en œuvre des activités de surveillance.

##### Difficultés/volets à renforcer

- Faiblesse de la collaboration entre la DSRE et les points d'entrée.
- Absence d'outils de travail communs entre la santé humaine et la santé animale (outils de collecte de données, bases de données).
- Mise à échelle de la SIMR limitée à 85% des districts du pays.
- Faiblesse de la surveillance basée sur les événements à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

#### D.2.2 Système de notification électronique en temps réel interopérable et interconnecté – Score 2

##### Atouts/pratiques exemplaires

- Existence de la surveillance électronique à travers l'AVADAR dans les régions de Diffa et Nord Tillabéry pour la surveillance des paralysies flasques aiguës.
- Expérience dans l'utilisation de VOTO Mobile pour la surveillance de la rougeole, des paralysies flasques aiguës (PFA) et la surveillance au niveau du secteur animal.
- Existence et utilisation de divers moyens de communication ; téléphone, radio message des militaires, Internet, courrier ordinaire ou radio sur Bande Latérale Unique (BLU). La rétro-information s'effectue par les mêmes canaux.

### **Difficultés/volets à renforcer**

- Absence d'un système de notification électronique en temps réel interopérable et interconnecté.

## **D.2.3 Analyse des données de surveillance – Score 3**

### **Atouts/pratiques exemplaires**

- Existence d'une base de données (cas/décès) regroupant les rapports de surveillance hebdomadaires sur les 22 maladies à déclaration obligatoire.
- Existence de bases des données de surveillance cas par cas, pour la rougeole, la méningite, la fièvre jaune, le tétanos néonatal (TNN), et les paralysies flasques aiguës/la poliomyélite.
- Mise à jour régulière des listes linéaires des épidémies survenues à travers les résultats de laboratoire.
- Réunion bimensuelle d'harmonisation des données de surveillance et de vaccination.
- Supervision formative incluant l'assurance de la qualité des données.
- Utilisation des rapports de surveillance pour la déclaration d'épidémies par les ministres, les points de presse et l'orientation des actions de santé publique.
- Elaboration d'un bulletin épidémiologique trimestriel sur la méningite.

### **Difficultés/volets à renforcer**

- Faible connaissance en cartographie et logiciels d'analyse de données approfondie.
- Faible disponibilité des rapports de surveillance hebdomadaire des centres de notification au niveau central.
- Insuffisance en gestion des données au cas par cas pour les toutes les maladies à déclaration obligatoire.
- Rétro-information irrégulière au personnel de santé, aux partenaires et au public sur la situation épidémiologique du pays.

## **D.2.4 Systèmes de surveillance syndromique.**

### **Atouts/pratiques exemplaires**

- Surveillance de plusieurs maladies syndromiques notamment la malnutrition, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), les paralysies flasques aiguës et syndrome respiratoire du Moyen-Orient du au Corona Virus (MERS COV) à travers la SIMR.

### **Difficultés/volets à renforcer**

- Absence de plans pour le renforcement de la surveillance syndromique.
- Insuffisance de formation en SIMR mettant l'accent sur la surveillance syndromique.

# Notification

## Introduction

Du fait de l'évolution permanente des agents pathogènes et de leur adaptation à de nouveaux hôtes et environnements, les menaces sanitaires à l'interface humain-animal-écosystème se sont multipliées au cours des dernières décennies, imposant un fardeau supplémentaire aux systèmes de santé humaine et animale. Les notifications multidisciplinaires et collaboratives liées à la santé humaine, animale et des écosystèmes, réduisent le risque de maladies à l'interface entre ces trois composantes.

### **Cible**

*Notification précise et en temps utile des maladies, conformément aux exigences de l'OMS, et coordination systématique avec la FAO et l'OIE.*

## Niveau de capacités du Niger

Le Niger dispose d'un délégué de l'OIE désigné par la Direction générale des services vétérinaires (DGSV) du ministère de l'Agriculture et de l'Élevage. Le Directeur de la surveillance et de la riposte aux épidémies (DSRE) est le point focal « gestion des urgences de santé publique de portée internationale » à l'UEMOA, et incarne, sans désignation officielle, le rôle du PFNRSI (2005) au Niger. Ces deux acteurs ont un rôle dans la notification précise et en temps réel des maladies, conformément aux exigences de l'OMS. Le comité technique « Une Seule Santé » a également une importance pour la notification des maladies, de par sa mission principale qui est d'assurer la prévention, la surveillance et la riposte aux épidémies, aux catastrophes et aux autres urgences de santé publique, selon l'approche « Une Seule Santé ».

Le pays a mis en place des protocoles, des procédures, une réglementation et/ou une législation régissant la notification à l'OMS d'événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale. Des procédures de coordination multisectorielle en cas d'urgence de santé publique de portée internationale potentielle existent ainsi qu'une procédure de notification à l'OIE en cas de zoonose.

Il est à noter qu'une approche multisectorielle et pluridisciplinaire a été constatée pour des événements ponctuels. En effet, les trois secteurs, à savoir le ministère de la Santé publique, le ministère de l'Agriculture et de l'Élevage et le ministère de l'Environnement ont collaboré et ont été en mesure de notifier l'épidémie de l'hépatite E à l'OMS et l'épidémie de la FVR à l'OIE.

Les modes opératoires de collaboration et de partage d'informations intergouvernementales ou avec divers partenaires de développement (OMS, OIE, FAO) pour les urgences de santé publique de portée internationale nécessitent toutefois une révision. Les quelques protocoles d'accords transfrontaliers ne sont pas revus ni mis en œuvre et les événements liés à la sécurité sanitaire des aliments ne sont pas notifiés. Ainsi, tous les secteurs concernés par les urgences de sécurité sanitaire ne sont pas nécessairement impliqués ou élevés au même degré d'alerte.

Ces éléments ne facilitent pas la prise de décision pour une notification précise en temps utile des maladies, conformément aux exigences de l'OMS, ni la coordination systématique avec la FAO et l'OIE.

## Mesures prioritaires recommandées

- Renforcer les capacités du PFNRSI (2005) à travers, une désignation officielle, une formation et une mise à disposition de ressources matérielles et financières.
- Elaborer, diffuser et mettre en œuvre des PON pour la notification des évènements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale à l'OMS, à l'OIE et à la FAO.
- Conduire et documenter des exercices de simulation intégrés sur la notification des évènements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale.
- Elaborer et mettre en œuvre des protocoles d'accords de notification et d'échanges d'information au niveau transfrontalier pour les évènements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale.

## Indicateurs et scores

### D.3.1 Système efficace de notification à l'OMS, à la FAO et à l'OIE – Score 3

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Présence d'un PFNRSI (2005), bien que non officiel.
- Désignation et formation d'un délégué OIE.
- Utilisation des mécanismes de consultation informelle de l'OMS présenté dans l'article 8 du RSI (2005).
- Présence du comité technique « Une Seule Santé ».

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Faible harmonisation des canaux d'information entre les délégués de l'OIE, le PFNRSI (2005) et les représentants des autres secteurs intergouvernementaux afin de notifier tout évènement en lien avec la sécurité sanitaire du pays.
- Nécessité de formation des agents dans la détection rapide des évènements afin de permettre une remontée rapide d'informations.
- Insuffisance de formation du PFNRSI (2005), et du délégué OIE et des représentants des autres secteurs, à la notification à l'OMS et à l'OIE d'évènements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale.
- Accessibilité difficile à l'Events information system (EIS) pour la remontée d'information en ligne.
- Absence de mécanismes d'échange bilatéraux entre les différents points focaux nationaux.

### D.3.2 Réseau et protocoles de notification dans le pays – Score 2

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Présence d'équipes multisectorielles nationales et régionales d'intervention rapide.
- Existence de système de surveillance des épidémies et des épizooties.

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Absence de modes opératoires pour l'approbation et la notification d'une urgence de santé publique de portée internationale potentielle à l'OMS.
- Faiblesse des capacités de tous les acteurs concernés pour assurer une remontée rapide des informations, du niveau périphérique au niveau national.

# Développement du personnel

## Introduction

Le développement des ressources humaines est important pour bâtir un système de santé publique pérenne grâce au perfectionnement et au maintien d'un personnel de santé publique hautement qualifié, doté d'une formation technique, de compétences scientifiques et d'une expertise spécialisée adéquates.

### **Cible**

*Pour assurer durablement et efficacement les activités de surveillance et de riposte en matière de santé publique, à tous les niveaux du système de santé, et la mise en œuvre effective du RSI (2005), les États Parties doivent disposer de personnels de santé formés et compétents : médecins, agents de santé animale, vétérinaires, biostatisticiens, personnels de laboratoire, professionnels de l'agriculture et de l'élevage, et idéalement un épidémiologiste de terrain formé (ou équivalent) pour 200 000 personnes, coopérant régulièrement pour assurer les compétences essentielles relevant du RSI et des performances des services vétérinaires.*

## Niveau de capacités du Niger

Il existe au sein du ministère de la Santé publique du Niger, une Direction des ressources humaines. Le pays dispose d'un plan de Développement des ressources humaines en santé (DRHS) couvrant la période 2011-2020. Il a pour objectif de mettre à la disposition du système national de santé, de manière équitable, des ressources humaines compétentes selon les besoins ajustés conformément aux objectifs et moyens du pays. Cependant, ce plan ne prend pas en compte les besoins en matière de personnel de la santé publique dans une dimension multisectorielle.

Le Niger a mis en place une stratégie incitative pour motiver les agents de santé affectés en dehors de Niamey, à travers l'octroi de primes de motivation qui sont proportionnelles à l'éloignement du lieu d'affectation de l'agent de santé. De plus, le gouvernement nigérien a développé un plan de développement de carrière pour les professionnels de la santé ainsi que des mécanismes pour accroître le recrutement des femmes au sein du ministère de la Santé publique. Toutefois, la mise en application effective de ces initiatives n'a pas encore atteint les effets souhaités.

Il faut souligner que la répartition équitable du personnel de santé publique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire demeure aussi un défi à relever. À l'exception du niveau central, les disciplines essentielles relevant de la gestion des événements de santé publique dans une approche multidisciplinaire ne sont pas toutes représentées aux niveaux intermédiaires et périphériques. Le déficit est beaucoup plus marqué dans le secteur de la santé animale. Sur les huit régions sanitaires que compte le pays, cinq ne sont pas pourvues en vétérinaires.

Le pays dispose de quatre écoles de santé publique offrant des cours d'épidémiologie appliquée. Par ailleurs, des efforts sont en cours pour le lancement d'un programme de formation en épidémiologie de terrain (FETP – niveau de base), avec l'appui de la Banque Mondiale. Le Niger participe, grâce au soutien de l'OAAS, au programme FETP niveau avancé qui se tient au Burkina Faso. À ce jour, six nigériens ont été formés au FETP niveau avancé dont quatre médecins épidémiologistes, un médecin biologiste et un vétérinaire.

## Mesures prioritaires recommandées

- Conduire une évaluation intégrée des besoins en ressources humaines de la santé publique selon l'approche « Une Seule Santé ».

- Elaborer et mettre en œuvre un plan multisectoriel de renforcement des ressources humaines prenant en compte les résultats de l'évaluation.
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de répartition équitable du personnel de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire selon l'approche « Une Seule Santé ».
- Conduire une évaluation des curricula de formation en épidémiologie appliquée afin de l'harmoniser avec les standards internationaux, notamment le FETP.
- Renforcer la mise en œuvre du plan de carrière pour les ressources humaines de la santé publique à travers la mise en place d'un comité chargé du suivi opérationnel et de l'application de mesures correctives appropriées.

## Indicateurs et scores

### D.4.1 Des ressources humaines sont disponibles pour assurer les principales capacités requises au titre du RSI – Score 2

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Bonne disponibilité des effectifs multidisciplinaires de santé publique au niveau central, régional et district pour la santé humaine.
- Bonne expérience des effectifs multidisciplinaires de santé publique concernant la gestion des épidémies notamment la FVR en 2016 et à la méningite en 2017.

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Insuffisance de vétérinaires au niveau des régions et des départements.

### D.4.2 Un programme de formation en épidémiologie appliquée est en place – Score 3

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'un programme de formation en épidémiologie appliquée dans quatre écoles de santé publique du pays.
- Une équipe nigérienne multidisciplinaire a déjà bénéficié de la formation au FETP avancé du Burkina Faso (quatre médecins épidémiologistes, un médecin biologiste et un vétérinaire) avec le soutien de l'OOAS.

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Aucune formation FETP n'a été organisée au Niger.
- Répartition inégale des diplômés FETP avancé au sein de la pyramide sanitaire.

### D.4.3 Stratégie pour les personnels – Score 2

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'un plan de Développement des ressources humaines de la Santé (DRHS) pour la période 2011-2020.
- Mise place de mesures incitatives équitables pour les agents de santé affectés hors de la capitale.

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Le plan DRHS ne prend pas en compte la santé publique dans sa composante multisectorielle.
- Faiblesse dans la mise en œuvre du plan DRHS.

# RIPOSTER

## Préparation

### Introduction

La préparation consiste à élaborer et mettre à jour aux niveaux national, intermédiaire et communautaire/ primaire des plans pertinents de réponse aux urgences de santé publique couvrant les risques biologiques, chimiques, radiologiques et nucléaires. La préparation englobe également la cartographie des risques, l'identification et la mobilisation des ressources disponibles, notamment des stocks nationaux, et la capacité à appuyer des interventions aux niveaux intermédiaire et communautaire/primaire lors d'une urgence de santé publique.

### Cible

*Pour que les systèmes d'alerte et d'action soient efficaces, l'application effective du RSI (2005) nécessite des approches multisectorielles/pluridisciplinaires à travers des partenariats nationaux. La coordination des ressources dans tout le pays, avec notamment, le fonctionnement pérenne d'un point focal national (PFN) RSI faisant office de centre national de communication pour le RSI (2005), constitue une exigence clé de l'application du RSI (2005). Le PFN doit être accessible à tout moment pour communiquer avec les points de contact régionaux RSI de l'OMS et avec tous les secteurs et autres parties prenantes concernés dans le pays. Les États Parties doivent fournir à l'OMS les coordonnées des PFN qu'ils doivent continuellement mettre à jour et confirmer tous les ans.*

### Niveau de capacités du Niger

En 2001, le Niger a développé un Plan national de réponse aux urgences sanitaires (PNRUS). Ce plan, renouvelé tous les deux ans, a pour but de contribuer à la réduction des souffrances, des invalidités, de la morbidité et de la mortalité résultant des situations d'urgence. Le PNRUS prend en considération les dangers relevant du RSI (2005). Le pays dispose également de plusieurs plans spécifiques faisant objet de préparation et de réponse aux urgences de santé publique comme par exemple le cadre réglementaire de coordination pour l'approche « Une Seule Santé », le plan national de contingence pour la méningite, la rougeole et le choléra (2013-2014), le plan stratégique multisectoriel de lutte contre le choléra (2015-2019), le plan national de lutte contre la maladie à virus Ebola (2014), et des plans sectoriels préparant à des événements spécifiques concernant la santé animale et environnementale.

Au niveau national, le Secrétariat général du ministère de la Santé publique est responsable de la coordination et de la prise de décisions en cas d'urgence. La direction de la surveillance et la riposte aux épidémies est en charge de la surveillance épidémiologique, la préparation et la riposte. L'aspect technique de préparation et de réponse aux épidémies est assuré par le CNGE ainsi que par les équipes nationales d'intervention rapide présentes au niveau régional et local. De plus, il existe aussi des comités techniques de lutte spécifiques contre certaines maladies comme la Maladie à Virus Ebola et la FVR.

Toutefois, il est important de noter que le PNRUS ne prend pas en considération les points d'entrée du Niger. De plus, ces plans n'ont pas été soumis à des exercices de simulation et l'approche multisectorielle correspondant au RSI (2005) devrait être renforcée.

## Mesures prioritaires recommandées

- Réviser le PNRUS selon une approche multisectorielle et multirisque correspondant au RSI (2005).
- Elaborer une cartographie multisectorielle des risques.
- Elaborer une cartographie multisectorielle des ressources.
- Organiser des exercices de simulation pour tester les plans élaborés.
- Elaborer un plan de financement national de préparation aux urgences de santé publique.

## Indicateurs et scores

### R.1.1 Un plan national multi dangers de préparation et d'action en cas d'urgence de santé publique existe et est appliqué – Score 2

#### Atouts/pratiques exemplaires

- Existence du PNRUS (2018-2019).
- Existence de plans spécifiques préparant des réponses à certaines maladies (méningite, rougeole, Ebola et choléra.)
- Existence d'un comité technique « Une Seule Santé ».
- Existence d'équipes d'intervention rapide efficaces au niveau régional et local.
- Présence d'un site pour mettre en place un centre d'isolement/traitement en cas d'urgence de santé publique.
- Existence d'un mécanisme pour se procurer et envoyer le stock d'urgence au niveau central et au niveau périphérique.

#### Difficultés/volets à renforcer

- Faiblesse de l'approche et de la collaboration multisectorielle pour la préparation aux urgences de santé publique.
- Insuffisance d'exercices de simulation afin de tester les plans.
- Déficit de la logistique relative à la préparation aux urgences de santé publique.

### R.1.2 Les risques et les ressources de santé publique prioritaires sont cartographiés et exploités – Score 1

#### Atouts/pratiques exemplaires

- Appui de l'OMS dans l'analyse des risques et l'élaboration des plans de préparation aux urgences.

#### Difficultés/volets à renforcer

- Absence d'une cartographie des risques et des ressources de santé publique prioritaire.

# Interventions d'urgence

## Introduction

Le centre des opérations d'urgence de santé publique est un site central permettant la coordination des informations et des ressources opérationnelles pour la gestion stratégique des urgences de santé publique et les exercices de simulation d'urgence. Ces centres mettent à disposition des outils, des services de communication et d'information, ainsi qu'un système de gestion lors de la riposte à une situation d'urgence ou d'un exercice de situation d'urgence. Ils assurent également d'autres fonctions essentielles pour la prise de décision, la mise en œuvre des interventions, la coordination et la collaboration.

### Cible

*Dans chaque pays, existence d'un centre d'opérations d'urgence de santé publique fonctionnant selon des normes communes minimales ; disposant d'équipes d'intervention d'urgence multisectorielles formées et fonctionnelles, de réseaux de laboratoires pour la surveillance biologique, de systèmes d'information en temps réel et d'un personnel en mesure d'activer une intervention d'urgence coordonnée dans un délai de 120 minutes à compter de l'identification d'une situation d'urgence de santé publique.*

## Niveau de capacités du Niger

Le Niger a été exposé à différentes situations d'urgence telle que des épidémies (méningite, choléra, rougeole) des catastrophes naturelles (inondation, sécheresse, incendies) et des crises provoquées par l'homme (conflits, attaques terroristes, incendies).

Il existe dans le pays différentes structures de coordination des urgences de santé publique logées au sein du ministère de la Santé publique, du ministère de l'Intérieur, du ministère des Affaires humanitaires ainsi qu'à la Primature. Le processus de mise en place d'un Centre des opérations d'urgence de santé publique (COUSP) a été initié avec l'ensemble des secteurs du gouvernement nigérien. Malgré l'inexistence actuelle du COUSP dans le pays, des activités méritent d'être soulignées au niveau des interventions d'urgence, telles que la mise en place et la formation d'équipes d'intervention d'urgence, l'organisation d'exercices de simulation, la mise en place de fiches techniques pour les maladies prioritaires.

Toutefois, il est à noter que la mise en place du COUSP est lente et devrait être accélérée en vue d'une meilleure gestion des urgences de santé publique auxquelles le pays fait régulièrement face. De plus, un réel besoin de coordination entre les différents secteurs concernés est primordial afin d'accéder à une meilleure efficacité dans la gestion des urgences de santé publique.

## Mesures prioritaires recommandées

- Créer et doter de ressources un Centre des opérations d'urgence de santé publique (COUSP).
- Élaborer des PON pour les interventions d'urgence.
- Organiser des exercices de simulation pour tester les PON.
- Rendre disponible des ressources financières nationales pour les situations d'urgence de santé publique.
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation des ressources humaines dans la gestion des urgences de santé publique.

## Indicateurs et scores

### R.2.1 Capacité à activer des interventions d'urgence – Score 1

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence de procédures au niveau des services du ministère de l'Intérieur.

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Faible capacité technique pour la rédaction des PON.
- Lenteur du processus de mise en place du COUSP.
- Insuffisance de collaboration intersectorielle pour la gestion des urgences de santé publique.

### R.2.2 Procédures et plans opérationnels du centre d'opérations d'urgence – Score 1

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Initiation du processus de mise en place du COUSP.

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Lenteur du processus de mise en place du COUSP.
- Absence d'équipe multisectorielle au sein du COUSP afin de gérer efficacement et globalement le système de gestion des urgences.

### R.2.3 Programme d'interventions d'urgence – Score 2

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Organisation d'exercices de simulation pour certaines épidémies.

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Absence d'exercices de simulation spécifiques sur la prise de décision.
- Absence de formation du personnel en charge de la gestion à la pratique des exercices de simulation.

### R.2.4 Procédures de prise en charge des cas appliquées pour les dangers relevant du RSI – Score 2

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Elaboration de fiches techniques prenant en charge les maladies sous surveillance.

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Absence de prise en compte des points d'entrée dans les procédures de prise en charge des cas appliquées pour les dangers relevant du RSI (2005).
- Absence de lignes directrices de prise en charge des cas pour le secteur animal.

# Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité

## Introduction

Les urgences de santé publique qu'elles soient d'origine naturelle (par exemple, pandémie de grippe) ou délibérées (par exemple, attaques terroristes à l'anthrax) posent des problèmes particuliers au maintien de l'ordre. Il est donc essentiel que les autorités chargées de la sécurité nationale coordonnent rapidement leur riposte avec celle des autorités médicales et de santé publique.

### **Cible**

*En cas d'événement biologique, chimique ou radiologique, suspecté ou confirmé, d'origine naturelle ou délibérée, le pays sera capable de mener une action rapide et multisectorielle, notamment en établissant le lien entre la santé publique et la sécurité nationale. Il devra également être en mesure de fournir et/ou demander une assistance internationale efficace en temps utile, notamment pour enquêter sur les faits.*

## Niveau de capacités du Niger

Les visites sur le terrain des instances intergouvernementales dans le cadre de collaborations multidisciplinaires montrent que le pays agit rapidement en cas d'événements biologiques d'origine suspecte ou confirmée délibérée.

Ces réponses s'effectuent notamment grâce à des comités de gestion de crise appliquant l'approche « Une Seule Santé ». Elles peuvent également être mises en place par des comités préétablis, prévus par les textes, qui réunissent les acteurs de la santé publique, les services de sécurité (armée et police nationale) et les services chargés de faire appliquer la loi. Ces derniers sont en mesure de fournir et/ou de demander une assistance internationale efficace en temps utile, notamment pour mener des investigations sur les événements liés à la santé humaine, à la santé animale et à la santé environnementale.

En effet, le pays dispose de nombreux instruments juridiques nationaux et sous régionaux relatifs à la surveillance et l'action en santé publique de gestion des crises. Quelques protocoles d'accord transfrontaliers relatifs à la gestion des épidémies existent également mais nécessitent d'être actualisés.

Il n'existe pas de PON démontrant une collaboration multisectorielle et multidisciplinaire ainsi qu'un partage d'information systématique sur les événements et les urgences de santé publique. Des actions sporadiques sont menées, ce qui met en exergue le fait qu'il n'y a pas de réel lien de collaboration entre les autorités de santé publique, les autorités en charge de la sécurité et les autorités d'autres secteurs (agriculture, élevage) lors d'une urgence de santé publique.

## Mesures prioritaires recommandées

- Identifier, actualiser et diffuser les instruments juridiques ou autres documents similaires décrivant le rôle, les responsabilités et les PON entre les autorités de santé et celles en charge de la sécurité, en y intégrant notamment une approche multisectorielle.
- Tester, diffuser et appliquer les PON de partage d'information entre les autorités en charge de la santé publique et les autorités chargées de la sécurité.

- Mettre en place et exécuter un programme de formation conjointe sur la gestion des urgences de santé publique pour les personnels de la santé publique, de la santé animale, de la santé environnementale et de la sécurité.
- Organiser des exercices de simulation conjoints pour la gestion des urgences de santé publique impliquant les autorités chargées de la sécurité et celles chargées de la santé humaine, de la santé animale et de la santé environnementale.

## Indicateurs et scores

### **R.3.1 La santé publique et les autorités chargées de la sécurité (par exemple, les services chargés de faire appliquer la loi, le contrôle aux frontières et les douanes) sont en liaison lors d'un événement biologique suspecté ou confirmé – Score 2.**

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'instruments juridiques nationaux et sous régionaux ou autres documents similaires décrivant le rôle, les responsabilités et les PON entre les autorités de santé et celles en charge de la sécurité.
- Existence de cadres de collaboration inter-pays.
- Existence d'un cadre informel de collaboration avec INTERPOL.

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Faible collaboration, méconnaissance et sous-utilisation des textes existants.
- Insuffisance de collaboration et de partage d'information sur les événements et les urgences de santé publique.
- Absence de formations conjointes et continues sur la gestion des urgences en cas d'événements biologiques.
- Insuffisance des exercices de simulation.

# Moyens médicaux et déploiement de personnel

## Introduction

Les mesures exceptionnelles d'envoi et de réception des moyens médicaux et le déploiement du personnel sont indispensables pour assurer la sécurité nationale et protéger les pays des menaces de maladies infectieuses potentiellement graves en cas d'urgence de santé publique. Par ailleurs, investir dans les moyens médicaux permet d'améliorer la santé publique en général. Enfin, il est important de disposer de personnels formés qui puissent être déployés pour riposter en cas d'urgence de santé publique.

### **Cible**

*Un cadre national pour le transfert (envoi et réception) de moyens médicaux et le déploiement de personnels de santé publique parmi les partenaires internationaux lors d'urgences de santé publique.*

## Niveau de capacités du Niger

A la demande de la CEDEAO, le Niger a déployé des agents de santé, dont notamment quatre médecins généralistes et un technicien de laboratoire, pour appuyer la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone dans la riposte à l'épidémie de la maladie à virus Ebola de 2014-2016. Cet appui a été coordonné par l'OOAS dont le Niger fait partie.

En raison des précédentes épidémies auxquelles le Niger a dû faire face, comme celle de la méningite ou de la FVR, le pays dispose de réserves de vaccins, de médicaments et d'équipements de protection individuelle pour la réponse aux urgences. Elles sont disponibles à la DSRE.

L'Office national des produits pharmaceutiques et chimiques (ONPPC), structure du ministère de la Santé publique, est responsable de l'approvisionnement en moyens médicaux. A travers l'ONPPC, le Niger est membre de l'Association africaine des centrales d'achat de médicaments essentiels (ACAME), qui regroupe 22 centrales d'achats des pays africains. Le rôle de l'ACAME est de contribuer à l'amélioration de l'accessibilité physique et financière des médicaments essentiels de qualité aux populations africaines. Il faut souligner que l'ONPPC fait face à de sérieuses difficultés de fonctionnement liées principalement à l'insuffisance de financements et aux procédures administratives lentes.

Le Niger est également partie prenante d'un accord de collaboration entre les pays du G5 Sahel (Niger, Mali, Mauritanie, Tchad et Burkina Faso), pour le diagnostic et l'identification d'agents hautement pathogènes en cas de suspicion ou de déclaration d'épidémie.

Par ailleurs, le pays entreprend des efforts pour la fabrication locale des moyens médicaux pouvant servir lors des urgences de santé publique. La Société Nigérienne pharmaceutique (SONAFAR) fabrique des antibiotiques tels que le Cotrimoxazole et le CERMES produit des tests de diagnostic rapide de la méningite. Cependant, ces moyens médicaux fabriqués localement ne sont pas suffisants pour couvrir tous les besoins du pays en matière d'urgence de santé publique et il n'existe pas de cadre juridique pour l'envoi et la réception de moyens médicaux et le déploiement du personnel de santé publique lors d'une urgence de santé publique.

## Mesures prioritaires recommandées

- Mettre en place un cadre juridique pour l'envoi et la réception de moyens médicaux et le déploiement de personnel de santé publique lors d'une urgence de santé publique.
- Elaborer des procédures de prises de décisions, sur la base du cadre juridique, relativement à l'envoi et à la réception de moyens médicaux et le déploiement de personnel de santé publique lors d'une urgence de santé publique.
- Organiser des exercices de simulation pour tester les procédures d'envoi et de réception de moyens médicaux et le déploiement de personnel de santé publique lors d'une urgence de santé publique.
- Etablir des accords avec des pays et/ou organisations pour l'envoi et la réception de moyens médicaux et le déploiement de personnel lors d'une urgence de santé publique.

## Indicateurs et scores

### R.4.1 Système en place pour l'envoi et la réception de moyens médicaux lors d'une urgence de santé publique – Score 1

#### Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'une réserve de médicaments, vaccins et autres intrants pour la gestion d'épidémies telles que le choléra et la méningite.
- Signature d'un partenariat avec des pays d'Afrique (ACAME) pour l'envoi et le déploiement de moyens médicaux lors d'une urgence de santé publique.
- Fabrication locale de Cotrimoxazole par la SONIPHAR et de tests de diagnostic rapide de la méningite par le CERMES.

#### Difficultés/volets à renforcer

- Absence de plan définissant les procédures et la prise de décision relatives à l'envoi et à la réception de moyens médicaux lors d'une urgence de santé publique.
- Absence d'accord avec des fabricants ou des distributeurs pour l'accès aux moyens médicaux lors des urgences de santé publique.

### R.4.2 Système en place pour l'envoi et la réception de personnels de santé lors d'une urgence de santé publique – Score 1

#### Atouts/pratiques exemplaires

- Envoi de personnel de santé en Guinée, au Liberia et en Sierra Leone pour l'appui à la riposte à l'épidémie de la maladie à virus Ebola de 2014-2016.
- Existence d'un mécanisme de collaboration à travers la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) pour l'envoi et la réception de personnel lors d'une urgence de santé publique.

#### Difficultés/volets à renforcer

- Absence de plan définissant les procédures et la prise de décision relatives à l'envoi et à la réception de personnel médical lors d'une urgence de santé publique.

# Communication sur les risques

## Introduction

La communication sur les risques doit être un processus multi-niveaux et multiformes ayant vocation à aider les parties prenantes à définir les risques, à identifier les dangers, à évaluer les vulnérabilités et à favoriser la résilience des collectivités, rehaussant ainsi leur capacité à faire face à la survenue d'une urgence de santé publique. Un volet essentiel de la communication des risques consiste à diffuser à la population des informations sur les événements et risques pour la santé tels que les épidémies. Pour que la communication sur les risques causés par un événement spécifique soit efficace, il convient de prendre en compte les aspects sociaux, religieux, culturels, politiques et économiques associés à cet événement, ainsi que l'avis des populations touchées. Les communications de ce type favorisent la mise en place de mesures de prévention et de contrôle appropriées par le biais d'interventions communautaires aux niveaux individuel, familial et communautaire. La diffusion de l'information par le biais de canaux appropriés est essentielle. Il y a lieu de recenser les partenaires et intervenants liés à la communication dans le pays, et de mettre sur pied des mécanismes fonctionnels de coordination et de communication. En outre, la diffusion en temps opportun de l'information et la transparence dans la prise de décision sont essentiels pour instaurer une relation de confiance entre les autorités, les populations et les partenaires. Les plans de communication d'urgence doivent être testés et mis à jour au besoin.

### Cible

*Les États Parties doivent disposer de capacités multiniveaux et multiformes de communication sur les risques, d'échange d'informations, de conseils et d'avis en temps réel entre experts et représentants/ personnes confrontés à une menace ou un danger pour leur survie, leur bien-être économique et social, de manière à pouvoir prendre des décisions éclairées pour limiter les effets de la menace ou du danger et adopter des mesures de protection et de prévention. Cela implique un ensemble de stratégies de communication et de collaboration, avec notamment l'utilisation des médias et des réseaux sociaux, les campagnes de sensibilisation de masse, la promotion de la santé, la mobilisation sociale, la collaboration des parties prenantes et de la population.*

## Niveau de capacités du Niger

La communication sur les risques constitue un élément particulièrement important de la santé publique. Il est impératif que toutes parties concernées jouent un rôle déterminant pour assurer une communication intégrale et efficace lors d'une urgence de santé publique.

Le Niger dispose de services gouvernementaux chargés de la communication publique. Le ministère de la Santé publique réalise des activités de communication sur les risques dans le cadre de la gestion des épidémies. Toutefois il n'existe pas de plan, ni d'équipe multisectorielle de communication sur les risques. Ceci limite une communication multiniveaux et multiformes sur les risques.

## Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer et mettre en œuvre un plan intégré de communication sur les risques, en s'appuyant sur le plan national de préparation et de réponses aux urgences sanitaires et sur l'analyse des risques sanitaires.
- Mettre en place une cellule de communication sur les risques au niveau national et régional et un mécanisme de suivi-évaluation des activités de communication sur les risques.
- Elaborer et diffuser des procédures et outils pour la gestion des rumeurs selon l'approche « Une Seule Santé ».

- Elaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement des capacités de tous les acteurs en matière de communication sur les risques, en adoptant l'approche « Une Seule Santé ».
- Elaborer et diffuser des PON et des outils pour la communication en situation d'urgence.

## Indicateurs et scores

### R.5.1 Systèmes de communication sur les risques (plans, mécanismes, etc.) – Score 1

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'une communication sur les risques lors des événements et urgences de santé publique.
- Existence de la Politique Nationale de Communication pour le Développement (PNCD), cadre fédérateur dont la coordination est assurée par le ministre de la communication.
- Existence de médias (presse écrite) pour la mise en œuvre de la PNCD.
- Existence de canaux de communication publics et privés.
- Existence de textes traitant de la communication publique.

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Absence de plan intégré de communication sur les risques en situation d'urgence.
- Absence d'un cadre de coordination multisectoriel pour la communication sur les risques.
- Insuffisance de capacités multiniveaux sur la communication sur les risques en situation d'urgence.
- Absence de PON sur la communication sur les risques en situation d'urgence.

### R.5.2 Communication et coordination internes et avec les partenaires – Score 2

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'une direction de l'information et de la documentation au niveau des ministères en charge de la santé et de l'élevage.
- Existence de cadres de collaboration pour la gestion des épidémies (comité technique « Une Seule Santé », CNGE).

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Faible institutionnalisation du PFNRSI (2005).
- Absence d'un système de communication entre les différentes parties prenantes concernées par les urgences de la santé publique.

### R.5.3 Communication publique – Score 2

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'un responsable de la communication publique au sein du ministère de la Santé publique.
- Capacités de diffusion des informations en langues locales.
- Existence d'un porte-parole du gouvernement désigné.
- Existence de point presse pour diffuser les informations pendant les situations d'urgence.

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Faible collaboration entre les différents acteurs et institutions au sujet de la communication sur les risques en situations d'urgence.
- Manque de ressources affectées à la communication sur les risques.

## R.5.4 Communication pour faire participer les communautés touchées – Score 2

### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'activités de mobilisation sociale et de promotion de la santé à tous les niveaux du système de santé.

### *Difficultés/volets à renforcer*

- Absence d'un système décentralisé (avec ressources financières et humaines) pour favoriser la participation communautaire.
- Absence d'un plan pour développer les capacités existantes, au niveau de la participation communautaire, susceptible d'être déployé lors de situations d'urgence.

## R.5.5 Écoute dynamique et gestion des rumeurs – Score 2

### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Expérience de communication publique pour répondre aux rumeurs et aux fausses informations pendant les épidémies.
- Mise en œuvre d'une surveillance basée sur la participation communautaire.
- Existence d'un mécanisme d'alerte précoce, en matière de sécurité sanitaire des aliments, basée sur la participation communautaire.

### *Difficultés/volets à renforcer*

- Faibles mécanismes d'écoute dynamique et de gestion des rumeurs.

# AUTRES

## Points d'entrée

### Introduction

Les points d'entrée étant directement concernés par les dangers potentiels, les principales capacités doivent s'y appliquer pour permettre la mise en œuvre effective de mesures sanitaires et prévenir ainsi la propagation internationale des maladies. A cette fin, les États Parties doivent maintenir les principales capacités requises dans les aéroports et les ports internationaux (et les postes frontières désignés par l'Etat lorsque la situation l'exige pour des raisons de santé publique) afin qu'ils soient en mesure d'appliquer les mesures permettant la gestion des différentes menaces pour la santé publique.

### Cible

*Les États Parties doivent désigner et maintenir les principales capacités requises dans les aéroports et les ports internationaux (et les postes frontières désignés par l'Etat lorsque la situation l'exige pour des raisons de santé publique) chargés d'appliquer les mesures nécessaires pour gérer divers risques pour la santé publique.*

### Niveau de capacités du Niger

Les points d'entrée jouent un rôle très important dans le système national de surveillance épidémiologique. Divers risques sanitaires peuvent exister aux points d'entrée, comme des maladies, des agents pathogènes, des vecteurs divers de maladies, et des incidents chimiques.

A travers le RSI (2005), les pays se sont engagés à détecter précocement et à riposter rapidement aux événements et urgences de santé publique mettant en péril la sécurité sanitaire, au niveau national et international. Ainsi le Niger dispose d'un système national de surveillance épidémiologique pour la collecte, l'analyse et la publication des informations relatives à la sécurité sanitaire.

Il est important de noter qu'afin de mettre en place une bonne gestion des risques sanitaires au niveau des points d'entrée, la coordination avec le système national de surveillance doit être renforcée. Cela permettra de détecter précocement les événements de santé publique, d'échanger les informations épidémiologiques et de prendre les mesures adaptées.

### Mesures prioritaires recommandées

- Elaborer et mettre en œuvre un plan intégré de renforcement des capacités des points d'entrée officiels conformément aux exigences du RSI (2005) à travers la formation, le recrutement de personnel, le financement et l'équipement des services, selon l'approche « Une Seule Santé ».
- Evaluer les capacités des points d'entrée officiels conformément à la mise en application du RSI (2005).
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de préparation et de réponse aux urgences sanitaires survenant aux points d'entrée, selon l'approche « Une Seule Santé ».
- Tester les capacités de réponse des points d'entrée à travers l'organisation d'exercices de simulation.
- Elaborer et mettre en œuvre des PON pour renforcer la coordination et la communication entre les différents secteurs travaillant aux points d'entrée.

## Indicateurs et scores

### PoE.1 Capacités de routine présentes aux points d'entrée – Score 1

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'un arrêté portant sur la désignation des points d'entrée.
- Disponibilité de personnels qualifiés au niveau des points d'entrée fonctionnels.
- Contrôle aux points d'entrée de la validité des carnets de vaccination.
- Existence d'un contrôle sanitaire visuel et sur les documents des denrées alimentaires.
- Existence de caméras de surveillance de la température à l'aéroport international de Niamey.
- Existence d'un centre de santé à l'aéroport international de Niamey, dotée d'un personnel qualifié, de matériels, d'équipements et d'une logistique pour assurer la prise en charge des voyageurs malades.

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Faible disponibilité de personnels qualifiés au niveau des points d'entrée fonctionnels.
- Insuffisance de capacités techniques des agents travaillant aux points d'entrée.
- Insuffisance d'équipements, d'infrastructures et de matériels aux points d'entrée.
- Absence de centres de santé équipés pour la prise en charge des cas de maladies aux postes frontaliers.
- Absence de lutte contre les vecteurs et les réservoirs aux points d'entrée.

### PoE.2 Action de santé publique efficace aux points d'entrée – Score 1

#### *Atouts/pratiques exemplaires*

- Existence d'un Plan national de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (PNPRUS) élaboré depuis 2000.
- Evaluation de la capacité de quelques points d'entrée lors de l'épidémie de maladie à virus Ebola de 2014-2016.

#### *Difficultés/volets à renforcer*

- Absence d'évaluation des capacités des points d'entrée.
- Non prise en compte des points d'entrée dans le plan d'action national de préparation et de réponse aux urgences de santé publique.

# Événements d'origine chimique

## Introduction

Les événements chimiques surviennent lors d'incidents technologiques, de catastrophes naturelles, de conflits et de terrorisme, de pollution environnementale, de contamination des aliments ou autres produits. L'événement peut être inhabituel ou inattendu et ses conséquences diffèrent d'une situation à l'autre. Elles peuvent être graves pour la santé publique et le risque de propagation internationale peut être important. Enfin, l'évènement peut entraver les déplacements et les échanges commerciaux internationaux. Il est donc essentiel que les États Parties soient dotés de capacités de surveillance et de riposte aux événements/risques d'origine chimique. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces entre le secteur de la santé et les secteurs chargés de la sécurité chimique, de l'industrie, des transports et de l'élimination sans risque des produits.

### **Cible**

*Les États Parties doivent être dotés de capacités de surveillance et de riposte aux événements/risques d'origine chimique. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs chargés de la sécurité chimique, de l'industrie, des transports et de l'élimination sans risque des produits.*

## Niveau de capacités du Niger

Au Niger, le ministère de l'Environnement et du Développement durable est l'autorité responsable de la surveillance et de la gestion des événements d'origine chimique. Le Niger dispose d'un laboratoire national qui assure l'analyse des produits chimiques (LANSPEX).

Plusieurs conventions internationales relatives à la gestion des produits chimiques ont été ratifiées, ce qui démontre une réelle volonté politique en la matière. Il s'agit de : (i) la convention de Rotterdam sur la procédure de consentement préalable, (ii) la convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants (POPS), (iii) la convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières des déchets dangereux et de leur élimination, (iv) la Convention de Bamako sur l'interdiction d'importer en Afrique des déchets dangereux et sur le contrôle des mouvements transfrontières et la gestion des déchets dangereux produits en Afrique, (v) la Convention de Minamata sur le mercure et (vi) l'adoption de l'Approche Stratégique de la Gestion Internationale des Produits Chimiques (SAICM).

Il n'existe pas, dans le pays, de plan de gestion spécifique pour les événements chimiques. De plus, la réglementation en vigueur ne couvre pas tous les produits chimiques ; seuls les pesticides sont concernés. Le Niger dispose d'un plan national concernant la gestion des produits chimiques (2012), qui n'a pas été mis à jour et d'un projet de prévention et d'élimination des pesticides, également obsolète. En matière de gestion des événements chimiques, il n'existe pas d'inventaire des établissements de soins de référence pour la sécurité chimique, ni de protocole de prise en charge des patients, ni de centre antipoison, ni de laboratoire de toxicologie médicale. Enfin, le Niger n'a pas établi de mécanismes de coordination multisectorielle, tenant compte de toutes les parties prenantes en matière de sécurité chimique.

## Mesures prioritaires recommandées

- Actualiser et harmoniser le cadre juridique de la sécurité chimique.
- Actualiser le profil national de gestion des produits chimiques (en intégrant une cartographie des risques) et mettre en place un système de surveillance des risques et des événements d'origine chimique.

- Mettre en place un cadre multisectoriel fonctionnel de coordination à tous les niveaux de la gestion des risques et des événements d'origine chimique.
- Renforcer les capacités actuelles en ressources humaines, financières, techniques et matérielles, dans le domaine de la sécurité chimique.
- Elaborer et mettre en œuvre un plan multisectoriel de gestion des risques chimiques.

## Indicateurs et scores

### CE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte à des événements/urgences d'origine chimique – Score 1

#### Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un laboratoire de contrôle des produits chimiques.
- Existence d'un plan national de réponse aux urgences sanitaires.
- Existence d'un projet d'élimination et de prévention des pesticides obsolètes.
- Existence de comités en charge de gestion des pesticides et des organiques persistants.

#### Difficultés/volets à renforcer

- Insuffisance des ressources humaines et financières actuelles pour répondre aux besoins en matière de sécurité chimique.
- Absence d'un centre antipoison et d'un laboratoire de toxicologie médicale.
- Absence de système de surveillance permettant de détecter des incidents d'origine chimique ou de système de surveillance sentinelle.
- Faiblesse des contrôles chimiques routiniers de l'environnement (eau, air, sol, sédiments et produits de consommation).
- Faible capacité d'analyse des laboratoires en matière de sécurité chimique.
- Absence de PON relatives à la surveillance, à l'évaluation et à la gestion des événements d'origine chimique, des intoxications et des empoisonnements.

### CE.2 Environnement favorable à la gestion d'événements d'origine chimique – Score 2

#### Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un plan ORSEC (Organisation de la réponse de sécurité civile).
- Existence d'une stratégie de communication et de sensibilisation de SAICM (Approche Stratégique de la Gestion Internationale des Produits Chimiques).
- La surveillance de produits chimiques sous la responsabilité du ministère de l'Environnement et du Développement durable.

#### Difficultés/volets à renforcer

- Faiblesse du système de traitement des résidus chimiques issus des laboratoires médicaux.
- Absence d'une base de données des produits chimiques au niveau du ministère de l'Environnement et du Développement durable, prenant en compte les données existantes auprès d'autres détenteurs de produits chimiques (ministère de l'Agriculture, sociétés pétrolières et minières...).
- Absence de mécanismes de coordination intersectoriels en matière de sécurité chimique.
- Absence d'une cartographie nationale des sites et des produits chimiques.

# Situations d'urgence radiologique

## Introduction

Les États Parties doivent avoir des capacités de surveillance et de riposte aux dangers/événements/urgences radionucléaires. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs responsables de la gestion des produits radionucléaires.

### **Cible**

*Les États Parties doivent avoir des capacités de surveillance et de riposte aux dangers/événements/urgences radionucléaires. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs responsables de la gestion des produits radionucléaires.*

## Niveau de capacités du Niger

Le Niger dispose de textes, d'une Autorité de régulation et de sûreté nucléaire (ARSN) et d'une Haute Autorité nigérienne à l'énergie atomique (HANEA). Il est partie prenante à certaines conventions internationales sur la sûreté et sécurité nucléaire, dont notamment celle de l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA). L'ARSN dispose d'un laboratoire de dosimétrie externe doté de deux lecteurs HARSHAW (4500 et 6600 PLUS) pouvant assurer le suivi dosimétrique de tous les travailleurs professionnellement exposés aux rayonnements ionisants. Le pays dispose également d'un service d'autorisation et d'inspection des sources de rayonnements, et d'un système de gestion des informations sur la sûreté radiologique (RASIMS) de l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) qui permet aux États membres d'évaluer dans quelle mesure les recommandations et les prescriptions des normes de sûreté de l'agence sont bien prises en compte dans leurs infrastructures. Le Système d'information pour les autorités de réglementation (RAIS 3.3 Web), fourni avec l'appui technique de l'AIEA est aussi utilisé au Niger. Un projet de plan d'urgence radiologique national est en cours d'élaboration. Un guide sur les situations d'urgence radiologique a été élaboré et sera intégré au Plan ORSEC (plan d'Organisation de la réponse de Sécurité Civile).

Il est toutefois important de noter qu'il n'existe pas de mécanisme de coordination formel entre l'ARSN et les autres acteurs concernés par les situations d'urgence radiologique (protection civile, sapeurs-pompier, police, gendarmerie). De plus, la chaîne de spectrométrie gamma est hors service et les points d'entrée ne disposent pas de moyens de détection systématique pour les biens ou les personnes. Bien que le Niger dispose d'un organisme de réglementation (ARSN), l'insuffisance de personnel qualifié et le manque d'équipements appropriés ne permet pas d'envisager une réponse adéquate aux incidents radiologiques. Des kits d'interventions d'urgence contenant des Equipements de protection individuelle (EPI) et des matériels de décontamination sèche et liquide rudimentaires sont quasi-disponibles en cas de déploiements urgents. Les personnels hospitaliers ne sont pas formés à la détection symptomatique et hématologique des expositions radiologiques et les primo répondants ne sont pas formés à la gestion des situations interventionnelles impliquant des risques radionucléaires.

## Mesures prioritaires recommandées

- Conduire et documenter une évaluation de la sécurité radiologique.
- Développer et mettre en œuvre un plan national de détection, d'évaluation et de riposte aux situations d'urgences radiologiques et nucléaires.

- Elaborer et mettre en œuvre des directives et procédures pour la surveillance et la riposte aux événements radiologiques.
- Mettre en place un cadre intersectoriel fonctionnel de coordination dans le domaine de la sécurité radiologique et nucléaire.
- Développer et mettre en œuvre un plan de renforcement des capacités du secteur de la sécurité radiologique et nucléaire à travers la formation, les exercices de simulation ainsi que la mise à disposition d'équipements et de matériels.

## Indicateurs et scores

### RE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte aux situations d'urgence radiologique et nucléaire – Score 1

#### Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'une Autorité de Régulation et de Sûreté Nucléaire (ARSN).
- Existence d'un laboratoire de dosimétrie externe.
- Existence d'un laboratoire de spectrométrie gamma.
- Existence d'un service des autorisations et d'inspection des sources de rayonnements.
- Existence des systèmes de gestion des informations radiologiques RASIMS et RAIS 3.3 Web.
- Existence d'une équipe d'intervention pour les situations d'urgences radiologiques.

#### Difficultés/volets à renforcer

- Insuffisance des ressources financières.
- Faible capacités des ressources humaines.
- Insuffisance d'équipements de détection et d'intervention.
- Absence de contrôle radiologique systématique des produits et denrées de grande consommation.

### RE.2 Environnement favorable à la gestion des situations d'urgence radiologique – Score 1

#### Atouts/pratiques exemplaires

- Existence d'un plan ORSEC incluant les urgences radiologiques et nucléaires.
- Existence d'une Haute Autorité Nigérienne à l'Énergie Atomique (HANEA).

#### Difficultés/volets à renforcer

- Absence d'organe national de coordination multisectorielle assurant toute l'intervention en cas de crise.
- Absence de plan d'action d'urgence radiologique.

# Annexe 1 : Experts nationaux et internationaux

## Experts internationaux :

Nom	Pays	Agence
Dr Anderson Latt (Lead)	Sierra Leone	WHO/WCO
Dr Abdoulaye Bousso (Co-lead)	Senegal	MSAS
Ms Evelyne Chaignat	France/Lyon	WHO/HQ
Ms Kabeja Adeline	Rwanda	RBC
Ms Gatariki Gisele	Rwanda	RBC
Dr. Saada M. Daoud	Chad	MinSante
Dr. Ismaila Seck	Senegal	ECTAD/FAO
Ms. Tiwoda Christie M	Cameroon	MinSante - DLM
Dr TSEUKO Dorine	Cameroon	MinSante -ONSP
Dr. Ramat H. Issa	Chad	Agence de Radio Protection
Dr. Daniele Ngantou	USA	US-CDC
Patrice Gautier	France	OIE
Céline Quagliaro	France	Independent Writer
Roland K Wango	Senegal	WHO/AFRO

## Experts nationaux :

Domaines	Nom	Structure
Législation, politique et financement	Mme Oumoul-Hairy Tassiou	DL/MSP
Coordination, communication et plaidoyer dans le cadre du RSI	Hallarou Chaibou	DSRE/MSP
Résistance aux antimicrobiens	Pr.Éric Adéhossi	UAMD
Maladies zoonotiques	Dr Abdoul Razak Issa Garba	MAG/EL
Sécurité sanitaire des aliments	1.Mamane Ali 2.Illiassou Nomaou	DHPES
Sécurité et sûreté biologiques	Abdou Aboubacar	LANSPEX
Vaccination	Dr Souley Rabi Maitournam	DI
Système de laboratoires nationaux	1.Amadou Moussa Soussou 2.Amadou Moussa Soussou	CERMEX
Surveillance en temps réel	Mme Issoufou Aicha	DSRE/MSP
Notification	Abdoul Malick Haido Jackou	OIE/DGSV / MAG/EL
Développement du personnel	1. Kaza Diori Seydou 2. Rahamou Abdou Kémou	DRH/MSP
Préparation	Dr Djibo Issifou	DSRE/MSP
Interventions d'urgence	1. Mahamaman Bohari 2.Barmou Batouré 3. Mme Elh Idi Rabi Harouna	SAP PM
Liaison entre les autorités de santé publique et les responsables de la sécurité	Hamidou Hassane	DHPES
Déploiement de contre-mesures médicales et du personnel	Dr Kadadé Goumbi	DSRE
Communication sur les risques	Ali Seydou	M. COMMUNICATION
Points d'entrée	1.Harou Oumarou 2.Mme Amadou Mariama	DHPES
Événements d'origine chimique	1.Col. Ibrahim Madougou 2.Cdt Sani Abdou	MEDD
Situations d'urgence radiologique	Himadou Mamoudou	CNRP

# Annexe 2 : Documents justificatifs fournis par le pays hôte

## Documentation pertinente

### Législation, politique et financements nationaux

- Ordonnance n°92-44 du 23 août 1992 instituant la législation phytosanitaire au Niger
- Ordonnance n°93-13 du 02 mars 1993 instituant un Code d'Hygiène Publique
- Ordonnance n°96-77 du 11 décembre 1996 portant création d'un Etablissement Public à caractère Administratif dénommé « Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise » (LANSPEX)
- Loi n°2002-020 du 11 juin 2002 portant création d'un Établissement Public à caractère Scientifique et technique dénommé « Centre de Recherche Médicale et Sanitaire » (CERMES) »
- Loi n°2004-048 du 30 juin 2004 portant loi cadre relative à l'élevage
- Loi n°2006-17 du 21 juin 2006 portant sûreté et sécurité nucléaire et protection contre les dangers des rayonnements ionisants.
- Loi n°2007-11 du 16 mai 2007 autorisant l'approbation par le Gouvernement du Règlement Sanitaire International (2005)
- Décret n°77-84/PCMS/MSP/AS8 de juillet 1977 relatif à la création, la composition et au fonctionnement du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique du Niger
- Décret n°98-108/PRN/MSP du 12 mai 1998 instituant le contrôle sanitaire des denrées alimentaires à l'importation et à l'exportation modifié par le décret n°2008-225/PRN/MSP du 17 juillet 2008
- Décret n° 99-433/PCRN/MSP du 1er novembre 1999 fixant composition et le fonctionnement de la police sanitaire
- Décret 2007-245 PRN/MAEC du 4 juillet 2007 portant publication au Journal officiel du Règlement Sanitaire International (2005)
- Décret n° 2007-532/PRN/MSP du 31 décembre 2007 portant modalités d'application de la Loi n°2006-17 portant sûreté et sécurité nucléaire et protection contre les dangers des rayonnements ionisants
- Décret n°2005-060/PRN/MSP/LCE du 11 mars 2005 portant approbation des Statuts du Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES) modifié par Décret n°2007-533/PRN/MSP du 13 décembre 2007
- Décret n°2013-504/PRN/MSP du 04 décembre 2013, portant organisation du ministère de la Santé publique
- Arrêté n°0223/MSP/DPHL du 06 août 1998 portant création attributions et organisation du Réseau national de laboratoires pour la confirmation rapide des épidémies
- Arrêté n°0042/MSP/SG du 20 février 1998 portant création, composition et attributions d'un Comité National de Gestion des Epidémies
- Arrêté n°019/MSP/DHP/ES du 23 janvier 2001 portant organisation et attributions de la brigade nationale, des brigades régionales, des brigades départementales, des brigades communales et des postes de contrôle aux frontières de la police sanitaire

- Arrêté n°160/MSP/DHP/ES du 16 août 2001 portant création des postes de contrôle sanitaire aux frontières
- Arrêté n°161/MSP/DHP/ES du 16 août 2001 définissant les caractéristiques de la carte professionnelle des agents de la police sanitaire
- Arrêté n°029/MSP/LCE/DGSP du 20 février 2006 portant création d'un Service de vaccination internationale
- Arrêté n°083/MSP du 19 février 2009 portant création d'une Equipe Nationale d'Intervention en cas d'urgence Radiologique
- Arrêté n°0203/PM du 22 octobre 2014, portant création, composition, organisation et fonctionnement d'un Comité interministériel de lutte contre la Maladie à Virus Ébola
- Arrêté n°0204/PM du 22 octobre 2014 portant création, composition, organisation et fonctionnement d'un Comité Technique de lutte contre la Maladie à Virus Ébola ;
- Arrêté n°000407/MSP/SG/DSRE du 10 décembre 2014 portant création composition, organisation et fonctionnement des sous-comités de lutte contre la Maladie à Virus Ébola, modifié par l'arrêté n°0445/MSP/CAB du 26 décembre 2014
- Arrêté n°0394 du 06 avril 2018 portant, création, missions, composition et fonctionnement d'un Comité Technique « Une Seule Santé »
- Rapport de la mission d'identification pour la législation vétérinaire nationale en République du Niger, Février 2014

### Coordination, communication et promotion du RSI

- Loi n°2007-11 du 16 mai 2007 autorisant l'approbation par le Gouvernement du Règlement Sanitaire International (2005)
- Arrêté n°0042/MSP/SG du 20 février 1998 portant création, composition et attributions d'un Comité National de Gestion des Epidémies
- Arrêté n°0394 du 06 avril 2018 portant création, missions, composition et fonctionnement d'un Comité Technique « Une Seule Santé »
- Arrêté No 00173/PM du 09 novembre 2016 portant création, composition et fonctionnement d'un comité technique de lutte contre l'épidémie de la Fièvre de la Vallée du Rift
- Lettre 01113/MSP/SG/DSRE du 05 avril 2016 désignant un point focal des urgences à l'UMEOA
- Notification HVE DIFFA RSI (2005)
- Notification RSI sur la Fièvre de la vallée du rift du 07/09/2016
- Plan national de préparation et de riposte à l'épidémie de la maladie à virus Ebola, 2014
- Rapports RSI à l'intention de l'Assemblée mondiale de la Santé

### Résistance aux antimicrobiens

- Draft du plan national de surveillance de la résistance aux antimicrobiens
- Stratégie nationale de lutte contre les infections nosocomiales élaborée en 2015
- Lettre circulaire du ministre de la Santé publique

## Zoonoses

- Évaluation des services vétérinaires du Niger à l'aide de l'outil PVS de l'OIE, 2008
- Analyse des écarts PVS, OIE, 2012
- Revue après action (RRA) suite à l'épisode de FVR
- Plan de contingence sur l'Influenza aviaire et humaine
- Handbook for the assessment of capacities at the human animal interface, OMS et OIE
- Publication relative à la sécurité sanitaire des aliments, <http://www.who.int/foodsafety/publicationsall/en/>
- Arrêté n°0042/MSP/SG du 20 février 1998 portant création, composition et attributions d'un Comité National de Gestion des Epidémies
- Investigation\_foyers\_FVR\_Tchinta\_27\_08 au \_07\_09\_16\_55Bis
- Maquette du plan d'urgence 2015-2019
- Plan de contingence harmonisé, 2015, draft
- Plan national de lutte contre la Fièvre de la vallée du rift
- PNPRUS 2018, version finale
- Rapport sur les morsures du chien enragé
- Rapport d'investigation cas suspect de Rage HNN
- Situation EPI FVR VF

## Sécurité sanitaire des aliments

- Ordonnance 93-13 du 12 mars 1993 instituant un code d'hygiène publique au Niger et ses textes d'application
- Arrêté n°0394 du 06 avril 2018 portant création, missions, composition et fonctionnement d'un Comité Technique « Une Seule Santé »
- Loi n°2004-048 du 30 juin 2004 portant loi cadre relative à l'élevage
- Loi n°2015/35 du 26 mai 2015 relative à la protection des végétaux
- Réglementation UEMAO (007/2007/CM /UEMAO, relative à la sécurité sanitaire des végétaux, des animaux et des aliments dans l'UEMAO
- Décret n°98-108/PRN/MSP du 12 mai 1998 instituant le contrôle sanitaire des denrées alimentaires à l'importation et l'exportation
- Loi cadre de l'environnement
- Décret n°98-107/PRN/MSP du 12 mai 1998, relatif à l'hygiène alimentaire
- Arrêté interministériel n°116 MSP/MSC/PSP/MMDI/MF du 25 mars 2014 déterminant les conditions de production, d'importation et de commercialisation du sel au Niger
- Arrêté mettant en place les comités de gestion (national, régional, départemental, local) des épidémies

## Sécurité et sûreté biologiques

- Plan de gestion des déchets issus des soins de santé au Niger (PGDISS 2016-2020)
- Avant-projet d'ordonnance portant régime de sécurité en matière de biotechnologie au Niger

- Avant-projet : règlement C/REG---13 du 15 avril 2013 relatif à la prévention des risques biotechnologiques en Afrique de l'Ouest
- Rapport OIE sur les performances des services vétérinaires dans le pays, 2008

## Vaccination

- Rapport d'Évaluation de la couverture vaccinale de routine, 2017
- Arrêté n°42 du 20 février 1998 portant sur la création du Comité national de gestion des épidémies
- Plan national de contingence : choléra, méningite et rougeole, 2013- 2014
- Plan de préparation et de réponse aux épidémies de méningites, 2016-2017

## Système national de laboratoires

- Le guide de bonne pratique de laboratoire
- Évaluation des services vétérinaires du Niger à l'aide de l'outil PVS de l'OIE, OIE, 2008
- Analyse des écarts PVS, OIE, 2012
- Arrêté de 1998 portant création, attribution et organisation du Réseau national des laboratoires de santé publique (RNLSP) révisé en 2011 et 2015.
- Décret 2012-140 portant la stratégie nationale des laboratoires de santé
- Arrêté n° 00992/MSP/SG/IGS du 07 /12/2017 portant organisation de l'inspection générale des services du ministère de la Santé publique et attributions de l'inspecteur général des services et des inspecteurs des services

## Surveillance en temps réel

- Guide technique national pour la surveillance intégrée
- Liste des maladies prioritaires et maladies à déclaration obligatoire au Niger
- Arrêté n°0123/MEL/SG/DGSV/DSA du 12 Novembre 2015 portant création, attribution, organisation et fonctionnement du réseau de surveillance épidémiologique des maladies prioritaires animales
- Arrêté n°000394 du 06 avril 2018, portant création, missions, composition et fonctionnement d'un comité technique « Une Seule Santé »
- Loi n°2007-11 du 16 mai 2017 autorisant l'approbation du règlement sanitaire international (2005) adopté à Genève (Suisse) le 23 mai 2005 par la 58ème Assemblée Mondiale de la Santé
- Synthèse de l'atelier de formation des agents de santé de quatre (4) districts sanitaires de la région de Tillabéri sur la surveillance intégrée des maladies et réponse (SIMR)/ RSI (2005), 23 mai - 05 juin 2018
- Synthèse générale atelier de renforcement de capacités en surveillance et Règlement Sanitaire International (RSI (2005)) au niveau opérationnel dans l'intégration « Une Seule Santé », Zinder du 2 au 13 Juillet 2018

## Notification

- Annexe 2 du Règlement sanitaire international de l'OMS
- Arrêté n°0394 du 06 avril 2018 portant, création, missions, composition et fonctionnement d'un Comité Technique « Une Seule Santé »
- Loi n°2007-11 du 16 mai 2007 autorisant l'approbation par le Gouvernement du Règlement Sanitaire International (2005)

## Développement du personnel

- Plan de Développement des Ressources Humaines en Santé 2011-2020

## Préparation

- Plan national de réponse aux urgences sanitaires
- Plan national de lutte contre la maladie à virus Ebola
- Plan national de lutte contre la Fièvre de la vallée du rift
- Plan national de lutte contre l'hépatite virale E
- Plan stratégique multisectoriel de lutte contre le choléra au Niger
- Arrêté n° 0042 /MSP/SG du 20 Février 1998 portant création, composition et attributions d'un comité national de gestion des épidémies au Niger
- Arrêté n° 0043/MSP/SG du 20 Février 1998 portant création, composition et attributions d'une équipe nationale d'intervention rapide (ENIR).
- Décret n° 99-433/PCRN/MSP du 1er novembre 1999 fixant composition et le fonctionnement de la police sanitaire
- Informations nationales sur la Prévention et la gestion des Catastrophes au Niger

## Interventions d'urgence

- Plan National de Réponse aux Urgences Sanitaires 2018-2019
- Arrêté n°42 du 20 février 1998 portant création du Comité National de Gestion des Epidémies
- Arrêté 0349 du 6 avril 2018 portant sur la création, missions et fonctionnement d'un comité technique « Une Seule Santé »
- Plan national de préparation et de réponse à l'épidémie de la maladie à virus Ebola

## Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité

- Loi n°60-35 du 29 juillet 1960 portant protection de la santé publique en matière de grandes endémies (Journal officiel 1er août 1960)
- Loi n°2007-11 du 16 mai 2007 autorisant l'approbation par le Gouvernement du Règlement Sanitaire International (2005)
- Décret n°99-433/PCRN/MSP du 1er novembre 1999 fixant composition et le fonctionnement de la police sanitaire
- Décret 2007-245 PRN/MAEC du 4 juillet 2007 portant publication au Journal Officiel du Règlement Sanitaire International (2005)
- Décret n°2013-504/prn/msp du 04 décembre 2013, portant organisation du ministère de la sante publique
- Arrêté n°019/MSP/DHP/ES du 23 janvier 2001 portant organisation et attributions de la brigade nationale, des brigades régionales, des brigades départementales, des brigades communales et des postes de contrôle aux frontières de la police sanitaire
- Arrêté n°160/MSP/DHP/ES du 16 août 2001 portant création des postes de contrôle sanitaire aux frontières
- Arrêté 0349 du 6 avril 2018 portant sur la création, missions et fonctionnement d'un comité technique « Une Seule Santé »

- Arrêté interministériel n°0072/md/msp/ du 31 mai 2010 portant création, composition, organisation, attributions et fonctionnement de la commission permanente sante/défense (cps/d)

### Moyens médicaux et déploiement de personnel

- Document officiel d'envoi du personnel de santé pour l'appui à la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone dans la riposte à l'épidémie de la maladie à virus Ebola de 2014-2016.
- Fiche de stocks de médicaments et vaccins disponibles à la Direction de la surveillance et de la riposte aux épidémies
- Association Africaine des Centrales d'Achat de Médicaments Essentiels <http://www.acame.net/category/membres/>

### Communication sur les risques

- Arrêté n°0042/MSPISG du 20 février 1998 portant création, composition, attributions d'un Comité national de gestion des épidémies au Niger
- Arrêté n°0043/MSP/SG du 20 février 1998 portant création, composition, et attributions d'une Equipe nationale d'intervention rapide (ENIR)
- Arrêté n°0356/MSP du 03 novembre 2015 portant création, mission, composition, et fonctionnement d'une Equipe nationale d'intervention rapide pour la lutte contre la maladie à virus Ebola (ENIR/MVE)
- Plan national de préparation et de réponse à l'épidémie de la maladie à virus Ebola, octobre 2014
- La loi n°2018-23 du 27 avril 2018 portant sur la communication audiovisuelle.
- La loi n°2018-31 du 16 mai 2018 modifiant et complétant la loi n°2012-34 du 07 juin 2012, portant composition, attributions, organisation et fonctionnement du Conseil supérieur de la communication (CSC).

### Points d'entrée

- Ordonnance n°93 -13 du 2 mars instituant un code d'hygiène publique
- Décret n°98-107/PRN/MSP en date du 12 mai 1998 relative à l'hygiène des denrées alimentaires
- Décret n°98-108/PRN/ MSP en date du 12 mai 1998 instituant le contrôle sanitaire des denrées alimentaires à l'importation et l'exportation
- Décret n°99-433/PCRN/MSP en date du 1er novembre 1999 fixant la structure, la composition et le fonctionnement de la Police Sanitaire
- Arrêté n°19/MSP/DHP/ES en date du 23 janvier 2001, portant organisation et attributions de la Brigade Nationale, des Brigades Régionales, Départementales, Communales et des Postes de Contrôle aux frontières de la Police Sanitaire
- Arrêté n°160 /MSP/DHP/ES en date 16 août 2001, portant création des postes de contrôle sanitaire aux frontières
- Plan national de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, 2018

## Événements d'origine chimique

- Arrêté n°0002MC/PSP/DGC/DCE/PE du 02 janvier 2012 portant réglementation de l'importance et commercialisation de Substances appauvrissant la couche d'ozone (SAO) et les équipements les contenant
- Arrêté n°00096MEDD/SG/DGEDD portant création, composition et attribution du comité de national de pilotage et de gestion du mercure et ses composés ;
- Arrêté n°00142ME/SU/DD/DGEDD portant création, composition et attribution du Comité nationale de gestion des polluants organiques persistants (POP)
- Arrêté n°088/MAG/EL/SG/DGPV du 23 mars 2017 fixant la liste des Poste de contrôle phytosanitaire (PCP) au Niger
- Arrêté n°121 du 04 janvier 2013 portant création du comité National de Gestion des Pesticides (CNGP)
- Arrêté n°133/MAG/MF/DGPV du 30 juin 2015 fixant les taux, le mode de recouvrement et de la répartition des droits de contrôle phytosanitaire des végétaux et produits végétaux à l'importation et à l'exportation
- Arrêté n°177/MAG/EL/DGPV du 20 octobre 2016 fixant la liste des pesticides interdits au Niger
- Arrêté n°178/MAG/EL/DGPV du 20 octobre portant modalité de délivrance de l'agrément aux prestataires de service utilisant des pesticides
- Décret n°2000-396/PRN/MELCD du 12 octobre 2000, portant fonctionnement du Bureau d'évaluation environnementale et des études d'impacts
- Décret n°2000-397/PRN/MELCD du 20 octobre 2000, portant sur la procédure administrative d'évaluation et d'examen des impacts sur l'environnement
- Décret n°98-107/PRN/MSP du 12 mai 1998 relatif à l'hygiène alimentaire
- Décret n°98-108/PRN/MSP du 12 mai 1998 instituant le contrôle Sanitaire des denrées alimentaires à l'importation et à l'exportation.
- Loi cadre n°98-56 relative à la gestion de l'environnement
- Loi n°2015-35 du 26 mai 2015 relative à la protection des végétaux
- Ordonnance n°93-13 du 2 mars 1993, instituant un Code d'hygiène publique
- Arrêté n°141MSP/LCE/DGSP/DS du 27 septembre 2004 fixant les normes de potabilité de l'eau de boisson
- Arrêté n°140MSP/LCE/DGSP/DS fixant les normes des rejets des déchets dans le milieu naturel
- Loi n° 66-033 du 24 mai 1966 relative aux établissements dangereux, insalubres et incommodes
- Arrêté n°0027/MMH du 8 octobre 1979 portant réglementation de l'inspection des établissements dangereux insalubres ou incommodes (EDII)
- Arrêté n°336/ MAG/EL/DPV du 16 décembre 1996 fixant les conditions d'étiquetages, d'emballage et de notices techniques des produits phytosanitaires et autorisations provisoires de vente ou homologation

## Situations d'urgence radiologique

- Loi 2006-17 portant sûreté et sécurité nucléaire et protection contre les dangers des rayonnements ionisants
- Loi n°2016-45 du 06 décembre 2016 portant création, missions, attribution organisation et fonctionnement de l'Autorité de régulation et sûreté nucléaire (ARSN)
- Le Décret n°2013-490 /PRN du 04 décembre 2013 portant création, attributions, organisation et fonctionnement de la Haute autorité nigérienne à l'énergie atomique (HANEA)
- Décret n°2007-532 /PRN/MSP du 13 décembre 2007 fixant les modalités d'application de loi 2006-2017
- Arrêté n°083 du 19 février 2009/MSP portant création d'une équipe nationale d'intervention en cas d'urgence radiologique

