



République du Niger
Fraternité-Travail-Progress
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE



Revue Intra Action (RIA) de la réponse à la pandémie de la Covid-19 au Niger

Rapport



Novembre 2020

1. Table des matières

| | | |
|--------|---|-----|
| 2. | Résumé..... | 2 |
| 3. | Abréviations | 3 |
| 4. | JUSTIFICATION ET MÉTHODOLOGIE DE LA RIA | 4 |
| 4.1. | Justification | 4 |
| 4.2. | Objectifs de la revue intra action | 7 |
| 4.3. | Méthodologie..... | 9 |
| a. | Travaux en commission..... | 9 |
| b. | Synthese des travaux des commissions..... | 13 |
| 5. | RESULTATS | 15 |
| 5.1. | Actions prioritaires par commission | 15 |
| 5.1.1 | Coordination et logistique | 15 |
| 5.1.2. | Communication sur les risques et engagement communautaire | 16 |
| 5.1.3. | Surveillance et riposte | 17 |
| 5.1.4. | Système national des laboratoires et recherche | 18 |
| 5.1.5. | Prévention et contrôle des infections | 19 |
| 5.1.6. | Prise en charge des cas | 20 |
| 5.2. | Synthèse des pratiques exemplaires, défis, leçons apprises et actions à court terme 21 | |
| 5.2.1 | Coordination et logistique..... | 21 |
| 5.2.2 | Communication | 24 |
| 5.2.3 | Surveillance et Riposte..... | 26 |
| 5.2.4 | PCI..... | 31 |
| 5.2.5 | Laboratoire..... | 33 |
| 5.2.6 | Prise en charge..... | 36 |
| 5.3. | Résultats détaillés des travaux des commissions..... | 46 |
| 5.3.1 | Coordination | 46 |
| 5.3.2 | CSC..... | 53 |
| 5.3.3 | Surveillance et Riposte..... | 63 |
| 5.3.4 | PCI | 78 |
| 5.3.5. | Laboratoire et recherche..... | 85 |
| 5.3.6 | Prise en charge | 94 |
| 6. | Annexes | 122 |
| 6.1. | Liste des participants des travaux des commissions | 122 |
| 6.2. | Liste des participants de l'atelier de synthese..... | 126 |

2. Résumé

Le Niger comme tous les pays de la Région Africaine a été frappé par la pandémie de la Covid-19. Le pays a enregistré son premier cas de Covid-19 le 19 mars 2020 et très vite le nombre de cas a commencé à augmenter au cours du mois de Mars et Avril avec des pics allant jusqu'à de 68 cas par jour.

Face à cette situation, le Gouvernement du Niger a mis en place avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers, le Comité technique de gestion de la réponse à la pandémie de coronavirus (Covid-19) en s'appuyant sur le mécanisme de coordination multisectorielle déjà en place (One Health) dans le pays pour faire face aux catastrophes et urgences. Ce comité est placé sous la tutelle du Ministère de la Santé et comprend 7 commissions qui correspondent aux principaux piliers recommandés pour la réponse contre la Covid-19.

En plus de la mise en place du comité, le Gouvernement a adopté une série de mesures allant de la fermeture des frontières, des établissements scolaires, des lieux de cultes, aux interdictions de rassemblement ainsi que le confinement strict.

Après la mise en place, de ces mesures, les analyses menées régulièrement sur les données disponibles ont relevé qu'le nombre de cas a sensiblement connu une baisse au mois de Juin malgré une reprise isolée due à une importation. Cette tendance à la baisse a continué tout le mois de Juillet, Août et Septembre.

Fort de cet acquis et pour tirer les leçons et capitaliser cette expérience, le pays a décidé de conduire la présente revue intra action à partir du mois de septembre.

Cette revue a concerné toutes les 7 commissions et a impliqué près de 90 personnes. Les travaux se sont déroulés en deux phases, une première étape a consisté à la revue par chacune des commissions des points forts, défis, leçons apprises et bonnes pratiques ainsi que l'identification des facteurs favorisant ou limitant et les actions à court, moyen et long terme. Ainsi **95 forces ou pratiques exemplaires** et **86 défis** ont été identifiés. Au moins **130 actions** à court terme ont été identifiés.

Par la suite, un atelier de synthèse a réuni les responsables de chaque commission ainsi que les membres de la coordination pour la restitution des travaux des commissions et l'identification des actions, défis et pratiques exemplaires prioritaires. A la suite de l'atelier de synthèse **18 actions prioritaires et urgentes** à mettre en œuvre dans les meilleurs délais ont été identifiés ainsi que **18 pratiques exemplaires** sur lesquels il faudrait bâtir.

Néanmoins les autres actions à court terme devront être considérées au fur et à mesure que la mise en œuvre des 18 actions prioritaires est effective. Enfin il sera tout aussi important que les actions à moyen et long terme soient prises en compte dans un souci de renforcement du système de santé et la résilience du pays.

3. Abréviations

| | |
|-----------|--|
| ACTN : | Association des Chefs Traditionnels du Niger |
| ANSI : | Agence Nationale Pour la Societe de l'Information |
| CDC : | Centre des Contrôle des Maladies |
| CIP : | Communication Interpersonnel |
| COGEPI : | Comite de Gestion des Epidemies |
| COUSP : | Centre des Operations des Urgences en Santé Publique |
| CREC : | Communication de Risque et Engagement Communautaire |
| CSC : | Changement Social et Comportemental |
| CSI : | Centre de Santé |
| DS : | District Sanitaire |
| EDS : | Enterrement Digne et Securise |
| EIR: | Equipe d'Intervention Rapide |
| FDS : | Force de Defense et de Securite |
| MS : | Ministere de la Santé |
| OIM : | Organisation Internationale pour les Migrations |
| OMS: | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG: | Organisation de la Societe Civile |
| ONPPC : | Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques |
| PAA : | Plan d'Action Annuel |
| PAA: | Plan d'action complet |
| PCI : | Prevention et Contrôle des Infections |
| PEC : | Prise en charge |
| PRP : | Plan de Resolution des Problemes |
| PTF : | Partenaires Technique et Financier |
| PV : | Proces Verbal |
| RH : | Ressources Humaines |
| RT-PCR : | Reverse transcription polymerase chain reaction |
| S.G. | Secretariat General |
| SAMU: | Service d'Aide Medicale Urgente |
| SIMR : | Surveillance Integre de la Maladie et Riposte |
| Sitrep : | Rapport de Situation |
| SONARMU : | Societe Nigerienne d'Anesthesie Reanimation et de Medecine d'Urgence |
| SOP : | Procedures Operatoires standardisees |
| TIC : | Technologie de l'Information et de la Communication |
| Unicef : | Fonds des Nationa Unies Pour l'enfance |

4. JUSTIFICATION ET MÉTHODOLOGIE DE LA RIA

4.1. Justification

Le Niger, est un pays de l'Afrique de l'ouest, limité par 7 pays avec lesquels il partage des milliers de Km de frontières. Il a une superficie de 1, 266,491 km², avec une population de 23 196 002 habitants.

Ce pays a fait face dans le passé à de nombreuses épidémies de Méningite à méningocoque, de cholera, de fièvre de la vallée du Rift ainsi que des maladies évitables par la vaccination comme la rougeole, la polio et la diphtérie. Le pays a ainsi avec le temps acquis une expérience avérée dans la gestion des épidémies.

Fort de cette expérience et pour renforcer les capacités institutionnelles du pays en matière de gestion des épidémies, le pays a mis en place en 2018 un cadre dénommé « One Health » de coordination et de collaboration intersectorielle des différents ministères et partenaires impliqués dans la gestion des urgences et autres catastrophes.

Ce mécanisme, une fois activé assure la collaboration et la coordination des informations et des ressources pour appuyer les activités de gestion des incidents par la direction de la Surveillance et de la réponse aux épidémies. Cette structure fonctionne de manière permanente avec des périodes d'activation et de désactivation selon les cas. L'activation du « One Health » a déjà été effective dans le passé lors des épidémies de méningite, de Choléra, de fièvre de la vallée du Rift de Grippe aviaire et d'Ebola.

A la suite de la déclaration par le Directeur Général de l'OMS de l'épidémie du nouveau coronavirus comme une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) au mois de janvier 2020 ; le Ministère de la Santé a activé le « One Health » pour gérer au niveau des 8 régions la pandémie actuelle due à la Covid-19. Ainsi cette activation a commencé par la mise en place d'un dispositif de renforcement de la préparation à une éventuelle épidémie de COVID-19 au Niger avec l'appui technique de l'OMS. A cet effet, le comité de coordination a été installé ainsi qu'il suit par :

- (i) La création du Comité technique de gestion de la réponse à la pandémie de Coronavirus par arrêté numéro 000490 du Premier Ministre du 06 Mai 2020, Le comité est composé de 7 commissions techniques que sont la coordination, la logistique, la prise en charge, la Riposte, la Surveillance, la Prévention et Contrôle des Infections (PCI), CSC, le laboratoire et recherches
- (ii) La désignation d'un coordonnateur,
- (iii) L'activation du « One Health »,
- (iv) L'élaboration du plan d'urgence,
- (v) L'organisation régulière des réunions de coordination et de différentes commissions.

Le plan global de réponse à la pandémie du Coronavirus Covid-19 élaboré par le Ministère de la Santé Publique a comme objectifs :

OBJECTIF GENERAL

Contribuer au renforcement et au maintien des capacités adéquates du pays, afin d'assurer l'efficacité de la prévention, de la préparation, de la détection et de la réaction à la menace du Covid-19.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Détecter les alertes et les cas du nouveau coronavirus (COVID-19) ;
- Assurer une prise en charge adéquate des cas du nouveau coronavirus (COVID-19) ;
- Fournir des orientations pratiques et efficaces de communication sur les risques et l'engagement communautaire pour la prévention et la lutte contre le nouveau coronavirus (COVID-19) ;

Des axes stratégiques ont été identifiés pour la mise en œuvre de la réponse contre la pandémie de Coronavirus et qui sont :

- 1) Le renforcement de la coordination par la mise en place des comités à tous les niveaux dont le Comité interministériel de lutte contre la pandémie présidé par Son Excellence le Premier Ministre, Chef du Gouvernement. Il est appuyé par un comité d'experts, un comité consultatif et un secrétariat. Ce comité est composé d'une vingtaine de membres et a pour mission de donner des orientations politiques et stratégiques et proposer des mesures à soumettre au Conseil des Ministres.

En plus il y a le Comité technique de crise multisectoriel One Health, présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique, composé d'une soixantaine de membres appuyé par un secrétariat et 7 Commissions nationales spécialisées à savoir : logistique, Communication, Surveillance, Riposte, Prise en Charge, Prévention et contrôle des Infections et Laboratoire et Recherche. Ce comité a comme missions d'assurer la mise en œuvre des mesures prises par le Gouvernements et la coordination des activités opérationnelles et est l'interface en matière de communication avec le Public. Il y a au niveau opérationnel, huit (8) comités régionaux multisectoriels One Health ainsi que ceux des 72 Districts Sanitaires. Les huit (8) comités régionaux constituent les démembrements du Comité technique de crise. Le budget de la coordination prend en compte le fonctionnement des différents organes.

- 2) Le renforcement de la surveillance épidémiologique, pour la détection précoce et la réponse rapide ; le renforcement de la surveillance aux points d'entrée des voyageurs provenant des pays touchés. La surveillance a été organisée en deux volets : la surveillance aux points d'entrée et la Surveillance épidémiologique interne ainsi que le suivi des personnes contacts isolées et confinées.

- 3) La prévention et contrôle de l'infection, alimentation, confinement et mise en place des sites d'isolement. Les sites consistent à mettre en observation et à suivre les personnes venant des zones affectées par la pandémie et celles des contacts des cas positifs. Ce dispositif de mise en isolement est mis en place au niveau national et dans toutes les régions. Cette stratégie implique le renforcement des capacités d'hébergement et de restauration et la prise en charge des staffs chargés de la sécurité ainsi que de la logistique y afférente.
- 4) Le renforcement des capacités des services de santé et le renforcement de la communication de risque et l'engagement communautaire. Ce volet est assuré par deux organes à savoir la Cellule Gouvernementale de Communication et la Commission Communication du Comité technique de crise en y incluant tous les acteurs influents (leaders religieux, coutumiers, les groupements des femmes et des jeunes, Etc.). Un plan de communication robuste a été élaboré. Les opérateurs des téléphones mobiles ont été mis à contribution dans la diffusion ainsi que les radios privées et communautaires. Les supports de communications ont été élaborés et diffusés.

Les principaux résultats attendus de la mise en œuvre de ce plan sont ; la détection précoce des alertes et des cas du nouveau coronavirus, une communication efficace sur les risques ; une collaboration multisectorielle effective.

Les activités ont concerné principalement la coordination, la surveillance épidémiologique, la prévention et le contrôle des infections, la communication de risque et l'engagement communautaire, les capacités des services de santé, les sites d'isolement, l'alimentation et le confinement.

Le coût total estimé du budget est de **159 788 586 927 F CFA** dont un montant de **1.250.000.000 FCFA (1%)** a été pris en charge par l'Etat pour les activités de la coordination.

Sur le plan de l'évolution de la maladie, le Niger a notifié son premier cas de Covid-19, le 19 mars 2020, dans la ville de Niamey. A la suite de la propagation de la pandémie dans le monde, le Gouvernement a pris à partir du 13 mars une série de mesures essentielles pour contenir la propagation de la maladie dont la fermeture des frontières, des écoles et des lieux de culte ainsi que l'interdiction de rassemblement, la mise en quarantaine de toute personne venant d'un pays où sévit l'épidémie. Le 27 mars suite à l'augmentation du nombre de cas, le Gouvernement a décrété un couvre-feu ainsi que le confinement de l'épicentre de la maladie qu'est la ville de Niamey. Cette mesure sera suivie du port de masque obligatoire à partir du 17 avril. Le 1^{er} mai des cas sont notifiés pour la première fois en région, dans les régions de Diffa et Agadez. Le 13 Mai les lieux de culte seront réouverts et le couvre-feu dans la région de Niamey sera levé. Le 25 Mai la mesure interdisant les ateliers sera levée suivie le 1^{er} juin de la réouverture des écoles. Par rapport à la notification des cas, à la date du 19 Mai soit 2 mois après la notification du 1^{er} cas, le Niger avait notifié **909 cas** positif de Covid dont **55 décès** soit en moyenne **15 cas** et **1 décès** par jour, avec une létalité de 6%.

Au cours des deux derniers mois, le nombre de cas est passé de 963 cas au 5 juin avec 65 décès à 1152 cas avec 69 décès, soit une moyenne de 3 cas par jour avec presque 0 décès. Cette réduction effective du nombre de cas et décès a motivé le

Gouvernement à lever à partir du 1^{er} Aout les mesures de restriction des vols aériens internationaux. Au 5 Aout 2020, le total cumulé de cas positif est de 1152 cas et 69 décès soit une létalité de 6%. Depuis, le nombre de cas notifié par jour a dépassé rarement les 10 cas et les décès se sont stabilisés à 69.

Les répercussions de cette réduction effective du nombre de cas est perceptible dans le comportement de certaines personnes qui tendent à relâcher les mesures de protection recommandées jusque-là et à reprendre le train habituel de la vie d'avant la pandémie de Covid-19.

Au niveau des structures de coordination et de lutte contre la pandémie à tous les niveaux, il risque de s'installer une attitude de relâche après la période de pic de cette pandémie au Niger au cours de laquelle une pression intense a été exercée sur les acteurs de cette lutte.

Il est donc opportun que ce temps de repis soit mis à profit pour conduire une revue du dispositif qui a été mis en place de manière à identifier ses forces, ses défis et ainsi tirer les leçons pour améliorer le dispositif en cours et capitaliser sur les bonnes pratiques acquises pour renforcer le système de santé de manière pérenne.

Ainsi dans le cadre de la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International et suite à la 4^{ème} session du Comité International de Régulation (IHR) tenue le 31 juillet 2020 et dans le souci de renforcer les mécanismes de suivi et évaluation de la réponse à la Covid-19 ; l'OMS a élaboré un cadre de revue fonctionnelle de la mise en œuvre de la réponse en cours depuis la préparation jusqu'à la réponse à cette pandémie appelé « Revue Intra Action (RIA).

La RIA n'est pas une évaluation de la performance du pays, de ses institutions, ni des individus impliqués dans la réponse à la COVID-19. Au contraire, c'est une occasion pour les pays de faire une revue du travail effectué et d'identifier les bonnes pratiques, les leçons tirées, les domaines d'amélioration afin de renforcer davantage la réponse en cours. C'est aussi une opportunité de partage des expériences et d'apprentissage croisé mutuel.

4.2. Objectifs de la revue intra action

Objectif général

Faire un état des lieux de la réponse du Niger à la pandémie de Covid-19, en se référant au plan d'action de préparation et réponse, afin de renforcer et d'améliorer les capacités du pays à répondre efficacement à la pandémie en cours avec comme objectif à long terme le renforcement du système de santé.

Objectifs spécifiques :

- 1) Fournir une opportunité de partager les expériences et d'analyser collectivement la réponse en cours dans le pays à l'épidémie de COVID-19 et ce, en identifiant les défis, les bonnes pratiques et les enseignements tirés dans la mise en œuvre du plan d'action de préparation et de réponse à la pandémie et la mobilisation des ressources ;

- 2) Faciliter l'établissement d'un consensus entre les différentes parties prenantes autour des défis, des bonnes pratiques et des enseignements tirés au cours de la réponse ;
- 3) Engager un processus d'analyse autour des défis, des bonnes pratiques et leçons tirées sur les déterminants de ces facteurs en soutenant les pratiques exemplaires qui ont fait leurs preuves tout en prévenant les erreurs récurrentes ;
- 4) Documenter et appliquer les leçons tirées de la réponse jusqu'à ce jour afin de permettre la mise à jour du plan de réponse COVID-19 en cours et d'autres plans stratégiques de réponse aux autres urgences et de renforcer le système de Santé.

La revue intra action a été organisée par le Ministère de la Santé et les autres Ministères sectoriels dont le Ministère de la Défense, le Ministère de l'Intérieur, le



Figure 1: Présentation par la commission CSC

Ministère de l'information, avec l'appui de ses principaux partenaires que sont l'OMS, l'Unicef, l'OIM, le CDC Afrique, Médecins sans Frontières, la Croix Rouge, le Cermes, Epicentre, etc.....

La coordination de la RIA est assurée conjointement par le Ministère de la Santé représenté par la Direction de la surveillance et de la réponse aux épidémies (DSRE) qui travaille sous la supervision du Secrétaire General du Ministère de la santé avec l'appui technique de l'OMS.

Les facilitateurs principaux sont les directeurs centraux, les responsables des commissions et les partenaires techniques et financiers dont l'OMS, l'Unicef, etc...

L'OMS a assuré le secrétariat des travaux et l'appui logistique et financier pour le bon déroulement des travaux.

Les participants aux travaux des commissions sont les différents membres des commissions. Les participants aux travaux de l'atelier de restitution et synthèse des travaux sont les responsables et responsables adjoints des commissions ainsi que les membres de la coordination sans oublier les partenaires techniques et financiers impliqués dans la réponse au Covid-19.

4.3. Méthodologie

Deux étapes importantes ont marqué les travaux. D'abord les travaux de revue ont été effectués séparément par chaque commission. Ensuite un atelier de restitution, validation des travaux de toutes les commissions et l'identification des actions prioritaires à mettre en œuvre immédiatement a été organisé.

a. Travaux en commission



Figure 2: Commission surveillance et Riposte

Les sessions se sont toutes déroulées en présentiel étant donné que le pays avait déjà levé l'interdiction d'organisation des réunions. Chacune des commissions s'est réunie entre 2 à 4 jours pour conduire la revue de sa commission.

Les travaux proprement dits se sont déroulés en trois séquences principales :

- 1) La phase d'initiation : Cette phase a consisté à mettre à jour les participants sur le processus de conduite de la revue intra action, la méthodologie à utiliser et l'agenda des travaux. Il y a eu aussi le rappel des activités planifiées et mises en œuvre selon les plans de chaque commission ;
- 2) La phase de réflexion et d'introspection individuelle : Cette phase a consisté à prendre un temps d'introspection et de réflexion par chacun des participants pour faire une revue mentale du déroulement des activités mises en œuvre par la commission dans le cadre de la réponse à la pandémie de manière à identifier

les **forces**, les **défis**, les **leçons apprises** et les **bonnes pratiques**. Des feuilles de papier de couleur différentes (Bleue, rouge) étaient remises à chaque participant pour mettre par écrit les résultats de ses réflexions, utilisant la feuille bleue pour les forces, et les bonnes pratiques et la feuille rouge pour les défis. Pour les leçons tirées une distinction nette n'a pas été faite souvent pour la couleur à utiliser. Cette phase a été appelée phase de fabrication de briques. Et chaque participant a effectivement fabriqué ses briques.



Figure 3: Les membres de la coordination et logistique

- 3) Phase de mise en commun en plénière ou **phase de construction des murs**. Cette phase a consisté à mettre ensemble en affichant au mur les productions de chaque participant en les regroupant selon les catégories en termes de forces, défis, bonnes pratiques et leçons tirées. Ensuite est intervenue l'étape de regroupement des similitudes qui a consisté à regrouper les sujets similaires en leur attribuant le même numéro. Ainsi toutes les forces ont été regroupées par similitude, ainsi que les défis.



Figure 4: Membres de la commission surveillance et riposte

- 4) Phase analytique et d'identification des facteurs facilitants, limitants et des actions à court, moyen et long terme : Toujours en plénière et généralement au deuxième jour, cette phase a consisté à conduire une analyse en groupe de chaque point pour en identifier les facteurs favorisant pour les forces, limitants pour les défis, les actions à mettre en œuvre surtout à court terme mais aussi à moyen et long terme. Pour les leçons tirées et les bonnes pratiques il s'agissait essentiellement de mieux les définir afin de les intégrer dans les processus de planification et mise en œuvre et mieux documenter les bonnes pratiques.

Cette phase a été très itérative dans le but d'identifier au maximum les liens et relations entre les différents sujets, ce qui a fait qu'à plusieurs reprises il a été procédé au réaménagement, à la révision, reformulation de certains sujets. Cette phase a permis d'obtenir l'essentiel de la production de chaque commission qui fera l'objet de la synthèse et de l'identification des actions à mettre en œuvre à court terme mais aussi à moyen et long terme.

Les discussions se sont déroulées dans un esprit d'ouverture et de franchise et cela grâce surtout à l'orientation qui avait été donnée dès le début. Les présidents des commissions ont assuré la modération des travaux et un secrétariat a été désigné pour la prise des notes.

Au terme de ces travaux il est ressorti par commission les points ci-dessous :

Tableau 1: Nombre des défis, forces, leçons apprises et bonnes pratiques identifiées par commission

| Domaine | Coordination | CSC | PCI | Surveillance et Riposte | Labo/ Recherche | PEC |
|------------------------|--------------|-----|-----|-------------------------|-----------------|-----|
| <i>Forces</i> | 5 | 11 | 9 | 20 | 6 | 44 |
| <i>Defis</i> | 12 | 9 | 8 | 10 | 6 | 41 |
| <i>Leçons apprises</i> | 3 | 1 | 2 | 7 | 8 | 5 |
| <i>Bonne pratiques</i> | | 2 | | | | 3 |



Figure 5: Travaux de groupes pendant l'atelier de synthese



Figure 6: Image pour illustrer la complementarite des commissions

b. Synthèse des travaux des commissions



Figure 7: Photo de groupe pendant l'atelier de synthèse

Deux jours de reunion ont regroupé le 5 et le 6 novembre les membres du Comité de coordination et les responsables et les responsables adjoints de chacune des commissions.

Au cours de la premiere journee, chaque responsable de commission a présenté en pleniére les resultats des travaux de sa comission pour amendement et contribution par les autres participants.

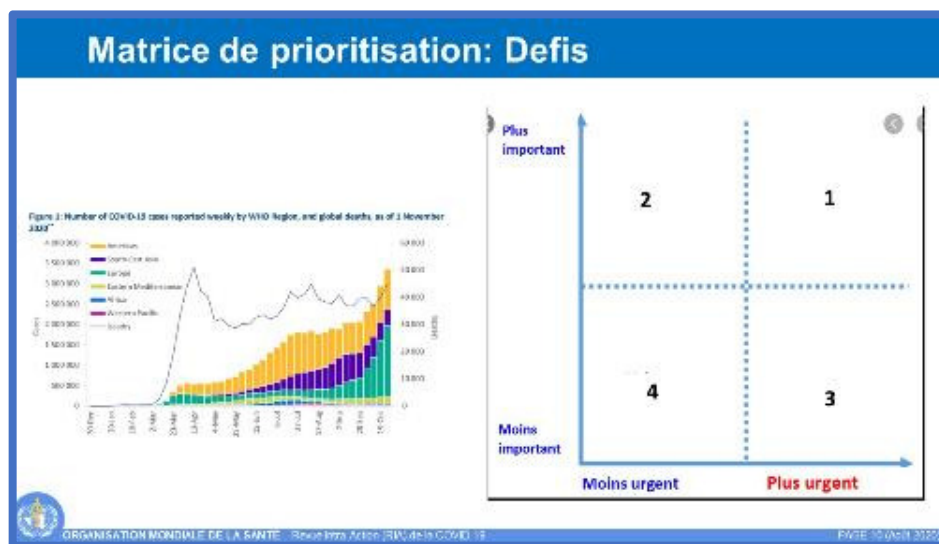


Figure 8: Figure pour permettre le choix des défis prioritaires et urgents

La seconde journée a été consacrée à l'identification des actions prioritaires au nombre de trois par chacune des commissions sur la base des critères indiqués dans les figures ci-dessous à savoir l'urgence et la faisabilité à court terme pour permettre une mise en œuvre dans les meilleurs délais, compte tenu de la menace de la seconde vague qui a commencé en Europe. Ces actions prioritaires ont fait l'objet de présentation en plénière par chaque responsable de commission pour être validées par tous les participants.

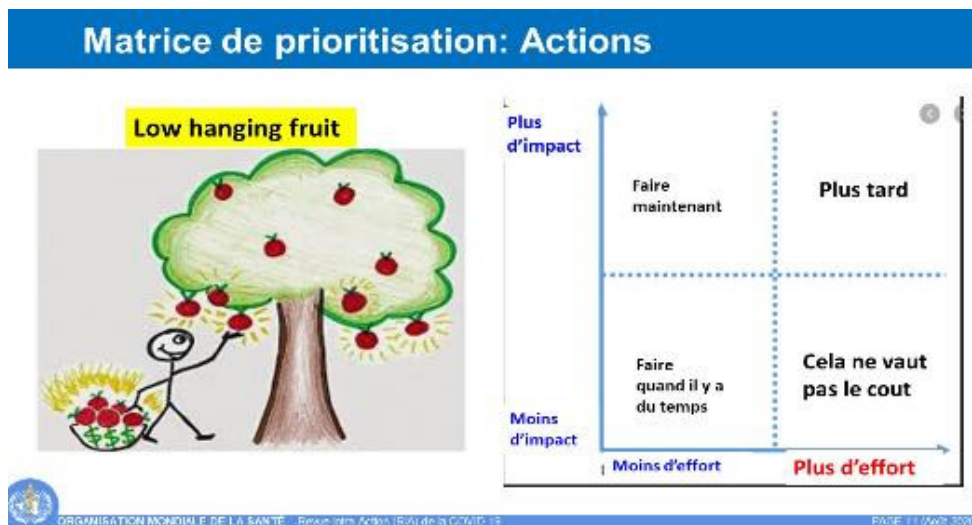


Figure 9: Matrice pour le choix la priorisation des actions

Ainsi à la suite de cette présentation, 19 actions prioritaires ont été identifiées à raison de 3 par commission en plus de 19 défis majeurs et 19 pratiques exemplaires.



Figure 10: Restitution lors de l'atelier synthèse

5. RESULTATS

5.1. Actions prioritaires par commission



Figure 11: Actions prioritaires de la Coordination et logistique

| 5.1.1 Coordination et logistique | |
|---|--|
| Observations | |
| Pratiques Exemplaires | <ul style="list-style-type: none"> - Gestion efficace de la pandémie.... - Multisectorialité (One Health) - Suivi régulier des recommandations.... |
| Difficultés | <ul style="list-style-type: none"> - Répartition des tâches entre les différents membres du C.I. de coordination.... - Insuffisance de coordination avec les régions & comités.... - Faible capacité d'absorption des ressources pour répondre aux sollicitations des commissions |
| Actions recommandées | |
| <p>a. Pour une mise en œuvre immédiate :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place le COUSP - Institutionaliser les TIC - Accorder une priorité aux investissements | |



Figure 12: Actions prioritaires de la Communication

| 5.1.2. Communication sur les risques et engagement communautaire | |
|---|--|
| Observations | |
| Pratiques Exemplaires | <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration des messages clés standards.... - Implication des autres secteurs dans les travaux et dans la mise en œuvre des activités.... - Recrutement d'un gestionnaire pour le suivi et la gestion des infos sur les réseaux sociaux. |
| Difficultés | <ul style="list-style-type: none"> - Deni de la maladie.... - Production tardive des supports élaborés - Non désignation d'un porte parole.... |
| Actions recommandées | |
| <p>a. Pour une mise en œuvre immédiate :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivi pour le respect des gestes barrières dans les lieux organisés.... - Suivi réguliers des requêtes par le SG - Briefing des autorités sur les principes de la communication de crise | |



Figure 13: Actions prioritaires de la Surveillance et Riposte

| 5.1.3. Surveillance et riposte | |
|---|---|
| Observations | |
| Pratiques Exemplaires | <ul style="list-style-type: none"> - Promptitude de l’investigation.... - Elaboration des directives nationales, des protocols de surveillance.... - Implications des districts.... |
| Difficultés | <ul style="list-style-type: none"> - Identification exhaustive des cas suspects.... - Coordination adéquate des interventions de la surveillance pour une meilleure riposte.... - Améliorer les capacités de détection des cas |
| Actions recommandées | |
| <p>a. Pour une mise en œuvre immédiate :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Former tous les acteurs des soins (publics, privés, tradipraticiens) dans l’identification des cas suspects - Renforcer la surveillance à base communautaire - Organiser des réunions journalières entre les commissions surveillance et riposte | |



Figure 14: Actions prioritaires du laboratoire et recherche

| 5.1.4. Système national des laboratoires et recherche | |
|--|--|
| Observations | |
| Pratiques Exemplaires | <ul style="list-style-type: none"> - Mutualisation des équipements et consommables entre MSP, élevage, partenaires et FDS.... - Mise en place précoce de diagnostic Covid-19 et décentralisation de la RT-PCR (Maradi, Zinder, Tahoua) - Création des postes d'extraction (utilisation des hottes) pour palier aux insuffisances liées aux boîtes à gants avec comme conséquences augmentation du nombre d'échantillons testés par jour. |
| Difficultés | <ul style="list-style-type: none"> - Problèmes de maintenance des appareils et d'approvisionnement des réactifs et consommables de laboratoire.... - Insuffisance des techniciens en nombre et en qualité.... - Insuffisance dans la communication de l'évolution des différents projets de recherche... |
| Actions recommandées | |
| <p>a. Pour une mise en œuvre immédiate :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constituer un stock de sécurité et signer un contrat de maintenance périodique - Promouvoir la formation continue en biologie moléculaire - Organiser régulièrement des réunions de partage des résultats de la recherche | |



Figure 15: Actions prioritaires de la PCI

| 5.1.5. Prévention et contrôle des infections | |
|--|--|
| Observations | |
| Pratiques Exemplaires | <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une commission PCI fonctionnelle.... - Decentralisation des operations PCI.... - Appui technique, materiel et financier des partenaires. |
| Difficultés | <ul style="list-style-type: none"> - Formation et renforcement des capacités des acteurs en PCI - Suivi des mesures barrières à tous les niveaux.... - Disponibilitè de Guide PCI |
| Actions recommandées | |
| <p>a. Pour une mise en œuvre immédiate :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration des modules standards PCI - Mise en oeuvre des recommandations issues de la dernière evaluation PCI - Elaboration et validation d'un guide national PCI | |



Figure 16: Actions prioritaires de la prise en charge

| 5.1.6. Prise en charge des cas | |
|---|---|
| Observations | |
| Pratiques Exemplaires | <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place des équipes mobiles de la prise en charge des patients Covid-19 a domicile - Mise en place d'un transport médicalisé adapté au patient Covid- 19.... - Mise en place d'un circuit de prise en charge Covid (Tri, cas suspect, cas confirme). |
| Difficultés | <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de l'intégration de la composante psychosociale dans le circuit de la prise en charge des patients Covid-19.... - La non disponibilité des intrants de prise en charge des comorbidites des patients Covid 19 - Rendre fonctionnelle le dispositif de veille de PEC des patients Covid-19. |
| Actions recommandées | |
| <p>a. Pour une mise en œuvre immédiate :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organiser des sessions de formation des agents de Santé sur la maladie Covid-19.... - Elaboration et mise a mise à jour des normes et procédures et directives de la prise en charge de la maladie a Covid-19 - Créer et rendre fonctionnelle des comités de santé et sécurité au travail dans les formations sanitaires | |

5.2. Synthèse des pratiques exemplaires, défis, leçons apprises et actions à court terme

5.2.1 Coordination et logistique

| Pratiques exemplaires | Défis | Leçons apprises | Actions à court terme pour les défis |
|--|--|--|--|
| Multisectorialité du comité (One Health) | Insuffisance de la coordination avec les régions et les commissions | La mise en oeuvre des mesures à temps a permis de vite circonscrire la maladie: | <ul style="list-style-type: none"> • Nommer un répondant regional • Assurer les supervisions des regions • Dégager plus de temps pour l'accompagnement des commissions et des régions |
| Réunions quotidiennes | Insuffisance de réactivité des agents de santé dans la lutte contre la COVID-19 | La résilience du pays et des systèmes dans la gestion des urgences humanitaires, sanitaires, a contribué fortement dans la mise en oeuvre de certaines composantes de la lutte | <ul style="list-style-type: none"> • Veiller sur la disponibilité des EPI et autres matériels de protection • Renforcer les capacités des agents contre les maladies nosocomiales |
| Suivi régulier des recommandations | Faible implication des structures sanitaires (DS-CSI-Privé) au début de la maladie | La promptitude de réaction de certains partenaires a permis de faire face à la pandémie | <ul style="list-style-type: none"> • Briefer toutes les unités Hospitalières sur la pandémie et les mesures de protection • Veiller régulièrement à l'application des directives à travers des supervisions • Mettre en place des directives claires à tous les niveaux |
| Appui des partenaires techniques et financiers y compris les OSC | Insuffisance de décentralisation de certaines activités dans la lutte contre la covid-19 | | <ul style="list-style-type: none"> • Appuyer davantage les régions en ressources pour la mise en oeuvre de leur plan • Impliquer les régions (autorités |

| | | | |
|---------------------------------|--|--|---|
| | | | <p>déconcentrées et décentralisées) dans les prises de décisions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les supervisions formatives des régions |
| Gestion efficace de la pandémie | Faible mobilisation des ressources financières | | <ul style="list-style-type: none"> • Valoriser systématiquement tous les dons • Mettre en place un système de remontée de l'information par rapport aux dons et acquisitions des régions • Accélérer la réalisation des activités d'investissement prévue dans le plan covid • Renforcer le plaidoyer auprès des partenaires • Mettre en place un outil de capture de ressources des partenaires |
| | Faible capacité d'absorption des ressources pour répondre aux sollicitations des commissions | | <ul style="list-style-type: none"> • Appuyer les régions et les commissions dans l'élaboration des requêtes • Faire diligence dans le traitement des dossiers d'acquisition |
| | Insuffisance dans la communication entre la coordination nationale et les régions | | <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la supervision au niveau des régions • Assurer l'utilisation régulière des TIC acquises récemment |
| | Maintien des bonnes pratiques | | <ul style="list-style-type: none"> • Identifier et documenter les bonnes pratiques |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | Répartition des tâches entre les différents membres du comité technique de coordination | | <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des visites périodiques des commissions par les membres de la coordination |
| | Renforcement du système de santé pour être plus résilient | | <ul style="list-style-type: none"> • Accélérer la réalisation des activités d'investissement prévue dans le plan covid |
| | Insuffisance dans la gestion de l'approvisionnement | | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un pool d'experts pour la réception des dons • Elaborer un plan de besoin urgent en matériels, équipements, etc |

5.2.2 Communication

| Pratiques exemplaires | Défis | Leçons apprises | Actions à court terme pour les défis |
|--|---|-----------------|---|
| Elaboration des messages clés standards par la CSC qui doivent être adoptés par chacun et dans chaque support | Production tardive des supports élaborés par la commission | | <ul style="list-style-type: none"> • Suivi régulier des requêtes par le SG |
| Inclusion des autres secteurs dans les travaux de la commission et la mise en œuvre des activités sur le terrain | Non désignation d'un porte-parole pour les différents points lors des sorties médiatiques | | <ul style="list-style-type: none"> • Briefing des autorités sur les principes de la communication de crise • Désignation des portes paroles |
| Recrutement d'un gestionnaire pour assurer le suivi et la gestion des informations covid-19 des réseaux sociaux dont les rumeurs | Insuffisance de partage d'information entre les différentes commissions | | <ul style="list-style-type: none"> • Catégoriser les types d'information à partager par niveau et par commission |
| Création d'un chat box(WhatsApp MSP) | Insuffisance dans la prise en compte des propositions de la CSC par la Coordination | | <ul style="list-style-type: none"> • Formation en communication de risque des principaux membres de la coordination |
| Création de groupes WhatsApp restreint et élargi entre les différents membres de la commission | Lourdeur administrative et financières | | <ul style="list-style-type: none"> • Réunion avec les partenaires sous la présidence du SG |
| Production, validation et dissémination des outils de | Le respect des gestes barrières -L'acceptation de la maladie | | <ul style="list-style-type: none"> • Rendre certaines mesures barrières obligatoire dans les |

| | | | |
|---|---|--|---|
| communication | -Le relâchement dans l'observance des mesures barrières Le déni de l'existence de | | lieux publics organisés • Le suivi des respects des gestes barrières dans les lieux organisés |
| Engagement et contribution de tous les médias publics, privés, communautaires et ceux en ligne dans la lutte contre la covid-19 | Réticences de certains cadres à accorder des interviews aux médias Intervention sur les medias sans coordination avec la CSC | | • Briefing en communication de crise pour les membres de la coordination |
| Mise en place de comite de veille villageoise dans la sensibilisation des ménages et la signalisation des cas suspects | Insuffisance de Collecte et remontée des données | | • Utilisation du canevas de rapportage conçu à cet effet • Transmission hebdomadaire des données de la communication |
| Fonctionnement de la commission CSC | Insuffisance dans le renforcement des capacités des acteurs nationaux, régionaux et départementaux en CREC | | • Créer des opportunités de formation en CREC pour les différents acteurs |
| | | | |

5.2.3 Surveillance et Riposte

| Pratiques exemplaires | Défis | Leçons apprises | Actions à court terme pour les défis |
|--|--|---|---|
| Engagement ferme des autorités Engagement des acteurs a tous les niveaux Implication de tous les acteurs | Elaboration et exécution des termes de référence des commissions | Le retard dans la formation et/ou briefing des acteurs de la surveillance (agents de santé et formation sanitaire et points d'entrée) a limité l'identification précoce et la notification des cas dans les formations sanitaires (privées, publiques et confessionnelles) et communautaire | <ul style="list-style-type: none"> • La coordination doit désigner et responsabiliser au sein de la commission laboratoire les modalités et le responsable de l'annonce des résultats |
| Promptitude de l'investigation des alertes - Disponibilité des supports et combinaison pour les investigations des cas suspects - Prélèvement et investigation de tous les cas - Les investigations sont faites à temps | Amélioration des indicateurs de suivi des contacts (69%) | Le manque des formations des équipes d'investigations a engendré un problème dans le remplissage des outils de collecte des données rendant difficiles les analyses et orientation des décisions | <ul style="list-style-type: none"> • Continuer le suivi électronique pour ceux qui sont aptes à remplir dans la plate forme et le suivi physique aux contacts qui ne le peuvent pas. |
| La rigueur dans les sites de confinement des contacts Rigueur de confinement | Identification exhaustive des cas suspects | Le maintien du One Health dans la lutte a permis de résoudre certains problèmes de logistique et mise en œuvre des mesures de lutte (zone d'insécurité, prélèvement, suivi contact, salle de réunion | <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation adaptée aux réalités. • Former tous les acteurs des soins (public, privé et tradi praticien) dans l'identifications des cas suspects. • Former l'équipe de santé de |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | | | l'aéroport dans les investigations afin d'investiguer tous les voyageurs sans test négatif Covid |
| Réactivités et interconnectivité des différentes commissions -Tenue régulière des réunions | Orientation des actions de santé publique proportionnées par des investigations approfondies | L'engagement de plus hautes autorités a permis la réduction des difficultés dans la mise en œuvre des directives de la surveillance (investigation | <ul style="list-style-type: none"> • Former les investigateurs dans le remplissage correct de l'outil de collecte (mapping des cas confirmés, listage des contacts ...) |
| Gratuite du diagnostic et de la prise en charge | Dissuader les décideurs dans la gestion de la COVID 19 à Niamey au niveau central | La centralisation de la gestion de la COVID 19 a rendu difficile sa prise en compte dans la SIMR ; | <ul style="list-style-type: none"> • Impliquer véritablement et progressivement la région de Niamey dans la réponse contre la Covid 19 (alerte, investigations) • Accompagner les équipes de la région pendant cette période de transition • Rétrocéder véritablement et progressivement à la région de Niamey la réponse contre la Covid 19 (alerte, investigations, ...) |
| La mise en place d'une plateforme de suivi des contacts | Assurer le contrôle sanitaire des voyageurs au niveau des points d'entrée terrestre et aérien | Le manque de préparation psychologique des cas confirmés et contacts a rendu la prise en charge et suivi difficiles | <ul style="list-style-type: none"> • Organisation d'un suivi/supervision trimestriel des points d'entrée • Supervision formative au niveau des aéroports |
| Elaboration des directives nationales, des protocoles de surveillance, Disponibilité d'un | Coordination adéquate des interventions de la surveillance pour une meilleure riposte | L'enquête au niveau de la communauté a permis de comprendre les causes de la | <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des réunions journalières entre les commissions surveillance et |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>plan de riposte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablissement d'une liste de cas suspects et de cas confirmés | | <p>diminution de l'utilisation des services de santé et du lancement des alertes</p> | <p>riposte</p> |
| <p>Présence d'un centre d'alerte (Services des alertes)</p> | <p>Protection de la santé et la sécurité des acteurs impliqués dans la réponse</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre à la disposition des acteurs des EPI • Sensibilisation des acteurs |
| <p>Efficacité dans la prise en charge (traitement, désinfection, PCI) et confirmation des cas</p> | <p>Amélioration de la promptitude dans la réponse aux alertes</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre à la disposition des commissions de moyens logistiques en permanence et suffisants • Former les investigateurs à tous les niveaux (central, régional, district et point d'entrée) ; • Maintenir un seul site d'atterrissage des alertes |
| <p>Supervision formative au niveau des structures sanitaire du niveau périphérique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visite de terrain • Formation des points d'entrée aérienne et terrestre • Formation | <p>Améliorer les capacités de détection des cas</p> | | <p>Identifier des activités en cours sur la SBC de la COVID</p> |
| <p>Implication des relais communautaire à travers la sensibilisation et la notification des cas</p> | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Réponse rapide de la riposte à l'aéroport et au point d'entrée | | | |
| Ressources humaines à la hauteur <ul style="list-style-type: none"> • Equipe pour les investigations des cas et contact tracing | | | |
| Implication des districts sanitaires dans la recherche active et au poste d'entrée | | | |
| Réunion d'évaluation et d'amélioration de l'intervention Réunion d'analyse et de validation des données Tenue des réunions journalières en commissions | | | |
| Communication avec les autres commissions Echange avec les autres commissions Collaboration multisectorielle Recours aux équipes de santé de l'armée Implication des structures privées, Militaire | | | |
| Recours aux starts up pour la création de la plateforme contact et investigations | | | |
| Système de gestion centralisé à | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Niamey et décentralisé dans les régions | | | |
| Elaboration quotidienne du Sitrep Transmission des rapports journaliers | | | |

5.2.4 PCI

| Pratiques exemplaires | Défis | Leçons apprises | Actions à court terme pour les défis |
|---|--|---|--------------------------------------|
| Creation du groupe WhatsApp | Améliorer la coordination et la collaboration avec les autres commissions | Necessite de la collaboration inter commissionN Npour la reussite des operations PCI | |
| Evaluation de la PCI dans des formations sanitaires | Manque de supervision par le comité Technique national | Integration des leaders communautaires dans la realisation des activites PCI en communaute (respect des coutumes et cultures) | |
| Decentralisation des operations PCI | Valorisation des activités dans les sitreps | | |
| Integration des leaders communautaires dans la realisation des activites PCI en communaute (Respect des coutumes et cultures) | Manque de coordination avec le niveau régional | | |
| Bonne organisation et opérationnalisation de la commission | Gestion de l'information | | |
| Elaboration, validation et mise en œuvre des SOP ¹ s et des fiches d'opérations | Désinfection dans les 24H des résidences et lieux de travail des cas confirmés | | |
| Appui technique, financier, matériel et ressources humaines des partenaires à la commission | Sécurité de personnel des EDS et désinfection | | |

¹ SOPs: standards operational process (procedures operatoire standardisées)

| | | | |
|---|------------|--|--|
| Renforcement des capacités des acteurs du terrain | Logistique | | |
| Bonne coordination de la commission | | | |

5.2.5 Laboratoire

| Pratiques exemplaires | Défis | Leçons apprises | Actions à court terme pour les défis |
|---|--|--|--|
| <p>La coordination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de la commission par le MSP/Arrêté N° • La tenue des réunions régulières avec PV • Esprit One Health au niveau de la commission • Multi acteurs et polyvalence • Répartition des membres en sous commissions | <p>La coordination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ressources limitées • Non-respect des procédures (définition des cas à prélever) • Insuffisance dans l'arrêté portant création composition et fonctionnement de la commission • La non prise en compte du laboratoire dans le plan de riposte COVID • Insuffisances dans la motivation du personnel affecté à la tâche (salaire des personnels de | <ul style="list-style-type: none"> • La nécessité de renforcer la collaboration entre les différents secteurs (One Health) • La nécessité de disposer d'un fond pour la gestion des urgences • La nécessité d'avoir des spécialistes en biologie moléculaire et appareillage • La nécessité d'assurer la maintenance périodique des appareils • La nécessité de décentraliser les activités de diagnostic <p>La nécessité de respecter les procédures d'acquisition des</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les besoins réels en matière de laboratoire et les prendre en compte • Implication des spécialistes de laboratoire dans le processus de mise à jour du plan de réponse |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | intrants | |
| | | La nécessité d'améliorer la communication entre les différentes commissions | |
| <p>L'approvisionnement</p> <ul style="list-style-type: none"> • La planification des besoins à la hiérarchie et aux partenaires • Mobilisation des intrants et matériels | <p>L'approvisionnement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté d'acquisition des réactifs et consommables de laboratoire • Problème de maintenance des appareils et d'approvisionnement continu des sites • Livraison non conforme aux besoins exprimés | Capitaliser les expériences passées | <ul style="list-style-type: none"> • Instaurer un système de gestion des consommables et des réactifs • Respect des procédures d'acquisition • Signer des contrats de maintenance périodique |
| <p>Prélèvement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collecte et acheminement échantillons Covid 19 vers pôles PCR) • Formation de 115 agents préleveurs en région • Organisation des préleveurs de | <p>Prélèvement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance dans l'organisation de travail des équipes de préleveurs pendant la période de crise • Non réalisation de la supervision terrain des équipes de prélèvement | | |
| <p>Laboratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place précoce de diagnostic covid 19 • Décentralisation de la RT-PCR au niveau de trois régions (Maradi, Zinder et Tahoua) • Mise en place d'une base des | <p>Laboratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance des techniciens en quantité et en qualité • Dysfonctionnement dans la gestion des stocks au CERMES • Non existence d'un système | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| données des tests réalisés | de suivi de traçabilité des personnes confirmées positifs par TDR au niveau des points d'entrée | | |
| Recherche <ul style="list-style-type: none"> • Elaboration de 6 protocoles en cours de recherche et 3 autres à venir | Recherche Insuffisance dans la communication de l'évolution des différents projets de recherche | | Partager le niveau de mise en œuvre de la recherche |
| | Communication Insuffisance dans la communication inter commission | | Créer un cadre de concertation entre les commissions |

5.2.6 Prise en charge

| Pratiques exemplaires | Défis | Leçons apprises | Actions à court terme pour les défis |
|--|--|---|--|
| La mise à contribution des jeunes médecins et des étudiants en médecine | Retard dans la mise en place de l'unité de réanimation affectée au cas COVID | L'intérêt de l'éthique et de la déontologie | <ul style="list-style-type: none"> • Installer des unités de réanimation permanentes sur chaque site de prise en charge covid • Renforcer les équipements des services de réanimations et de soins intensifs existants |
| L'existence des différents documents de normes et procédures | L'absence d'un réseau entre les réanimateurs | Le respect de la sécurité au travail des agents de santé | <ul style="list-style-type: none"> • Redynamiser la SONARMU • Elaborer des guides pour les soins spécifiques de réanimation en matière de covid |
| Disponibilité des médicaments de base, consommables et équipements de protection pour la prise en charge | L'absence de dossier systématique accompagnant les patients transférés et au cours de la prise en charge | L'intérêt de la prise en charge psychosocial | <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer un dossier standard suivant le patient sur tout son parcours de prise en charge • Sensibiliser les soignants sur la tenue des dossiers • Améliorer l'archivage des dossiers |
| Mise en place d'un pool de prise en charge (PEC) de la maladie à covid dans chaque région | Absence de supports papiers pour le test PCR | L'importance d'une bonne coordination pour l'atteinte des résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibiliser un bulletin pour le résultat |
| La collaboration/complémentarité et contribution des partenaires | L'insuffisance des items de la base de données | L'importance de la formation du personnel en soins intensif | <ul style="list-style-type: none"> • Compléter les items de la base de données des cas covid • Sécuriser la base de données |

| | | | |
|--|---|----------------------------------|---|
| | | | des cas covid et assurer l'anonymat et la confidentialité des données |
| L'organisation structurelle et fonctionnelle de la prise en charge | Inadéquation du temps de mise à disposition des équipements de réanimation | L'importance de la communication | <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à la répartition des différents équipements de réanimation au plus tôt |
| La mise en place d'une base de données | L'absence de mise à jour du protocole en réanimation | | <ul style="list-style-type: none"> • Instaurer des mises à jour périodiques du protocole de réanimation dans la prise en charge covid • Mettre la SONARMU à contribution |
| Existence et fonctionnalité de la commission prise en charge comprenant l'ensemble des parties prenantes (public, privée, FDS, PTFs ,OSC) | La limite du système de communication entre labo-sites et équipe de transfert-sites | | <ul style="list-style-type: none"> • Créer une ligne directe de communication entre les sites de gestion de l'épidémie • Formaliser le circuit de transmission des informations dans la gestion des cas |
| Qualité de la gestion des cas de covid | Difficultés d'approvisionnement des drogues de prise en charge des comorbidités (XXXXX) | | <ul style="list-style-type: none"> • Inclure les produits de prise en charge des comorbidités dans les commandes covid • Créer un répertoire des produits de prise en charge des comorbidités |
| taux de guérison élevé | La lenteur du rendu des résultats PCR pour les cas en isolement et les cas instables | | <ul style="list-style-type: none"> • Prioriser les tests des cas en isolement et des cas instables • Augmenter la quantité |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | | <p>d'équipement nécessaire à la réalisation des tests de diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimiser l'utilisation des équipements d'analyse |
| Répartition des rôles, responsabilités et bonne collaboration | Difficulté de gestion de l'annonce des résultats des tests non concluants | | <ul style="list-style-type: none"> • Etablir et vulgariser les procédures pour la gestion des résultats non concluants |
| Implication du secteur privé à travers la plateforme | La sous-estimation initiale du besoin en personnel | | <ul style="list-style-type: none"> • Former l'ensemble du personnel de santé afin de constituer un stock de réservistes |
| Mise en place des équipes mobiles de prise en charge à domicile | Déficit de retro information des références | | <ul style="list-style-type: none"> • Systématiser la fiche de référence • Mettre en place un dispositif de communication entre les sites de prise en charge |
| Mise en place des sites secondaires de prise en charge de la maladie à covid | Déficit d'information aux familles | | <ul style="list-style-type: none"> • Impliquer d'avantage les unités psycho sociales et les services de communication dans la gestion des cas covid |
| Gratuité de la prise en charge | Insuffisance des mesures de protection du personnel soignant au début de l'épidémie | | <ul style="list-style-type: none"> • Faire des stocks de sécurité au niveau des sites de prise en charge • Répartition rationnelle de l'équipement sur la base des données antérieures • Confectionner des EPI |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | réutilisables |
| Mise en place d'un système de transport médicalisé | Non adhésion de certains cliniciens aux directives de prise en charge covid | | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la formation du personnel de santé sur les directives de prise en charge covid • Améliorer la sensibilisation sur la maladie à covid • Vulgariser les documents nationaux officiels en matière de prise en charge de la maladie à covid auprès des agents de santé |
| Organisation des transferts des patients | Inadéquation des procédures d'accueil et d'isolement des cas suspects (hébergement, toilette, convivialité, stigmatisation...) | | <ul style="list-style-type: none"> • Prévoir des services pouvant permettre de respecter non seulement les mesures d'isolement des cas suspects mais aussi de pouvoir les prendre en charge de manière adéquate (chambre individuelle) • Former les agents à l'accompagnement des patients en situation de stress et d'isolement • Assurer le côté « hôtellerie » de l'hospitalisation tout en respectant les mesures de PCI |

| | | | |
|---|---|--|--|
| Mise en place d'un système d'écoute | Stigmatisation au sein du personnel de santé | | <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la formation continue des agents de santé sur la prise en charge de la maladie à covid 19 • Vulgariser les mesures de PCI auprès des agents de santé |
| Mise en place d'un système de régulation des appels d'urgence | Le déni de la maladie et agressivité des patients et des familles | | <ul style="list-style-type: none"> • Revoir la communication envers le grand public pour l'adapter au contexte du pays • Faire des spots pour expliquer les modalités d'isolement et de prise en charge des patients • Impliquer les psychologues dans le counseling pré et post test |
| Organisation de quelques sessions de formations du personnel de santé | Retard dans la mise en place de la sous-commission psychosociale | | <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les spécialistes de la prise en charge psychosociale dans toutes les équipes de riposte et de prise en charge des patients COVID |
| Appui de l'équipe de prise en charge psychosocial | Démotivation des agents de la sous-commission psychosociale | | <ul style="list-style-type: none"> • Généraliser la motivation financière à l'ensemble des membres de la commission prise en charge |
| Mise en place de la sous-commission prise en charge psychosociale | Non fonctionnalité des équipes mobiles psychosociales | | <ul style="list-style-type: none"> • Constituer des équipes pluridisciplinaires pour un meilleur résultat thérapeutique • Assurer une bonne coordination entre les équipes |

| | | | |
|---|---|--|---|
| Prise en charge des cas et des familles | Non prise en compte des agents du privé dans les sessions de formations | | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la tutelle du Ministère de la Santé Publique sur le secteur privé de la santé • Assurer une bonne collaboration entre les deux secteurs (public et privé) de la santé • Prendre en compte le personnel du secteur privé de la santé dans les sessions de formations |
| Tenue régulière des réunions de la commission prise en charge et de ses démembrements | Insuffisance du nombre d'agents de santé formés sur l'auto gestion du stress | | <ul style="list-style-type: none"> • Généraliser la formation des agents de santé sur l'autogestion du stress |
| Participation aux réunions de coordination | Retard dans la formation des agents de santé sur la prise en charge COVID | | <ul style="list-style-type: none"> • Continuer la formation tout en faisant des mises à jour au fur et à mesure que de nouvelles données apparaissent |
| Formation à l'endroit des agents du SAMU sur l'écoute active | Difficulté d'entrée du personnel international avec la fermeture des frontières | | <ul style="list-style-type: none"> • Prendre les décisions politiques tout en faisant des marges pour d'éventuelles urgences |
| Formation des agents de santé en première ligne sur l'auto gestion du stress | Insuffisance dans la sécurité au travail des agents de santé au début de l'épidémie | | <ul style="list-style-type: none"> • Chaque structure sanitaire doit posséder un stock de sécurité en EPI • Les responsables des structures sanitaires doivent assurer la sécurité de leurs employés par la création des comités santé et sécurité au travail |
| Elaboration d'un guide pratique | Psychose engendrée par la | | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les campagnes de |

| | | | |
|--|--|--|---|
| sur l'auto gestion de stress | maladie au niveau des familles, des malades et du personnel soignant | | <p>sensibilisation sur la maladie à COVID19</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'implication des équipes psychosociales auprès des familles et des patients |
| Coordination pour la gestion de l'approvisionnement des intrants | Non maitrise de la définition des cas suspect aux services des tris | | <ul style="list-style-type: none"> • Réviser et valider la fiche de tris des patients • Vulgariser les nouveaux outils de tris des patients |
| Disponibilité d'une équipe pour la gestion et la distribution des intrants | Désinformation dans les réseaux sociaux | | <ul style="list-style-type: none"> • Multiplier et faciliter l'accès à l'information officielle • Sensibiliser sur les risques de la désinformation |
| La motivation financière de certaines équipes de la prise en charge | Taux de contamination du personnel soignant élevé en début d'épidémie (XXXX) | | <ul style="list-style-type: none"> • Chaque structure sanitaire doit posséder un stock de sécurité en EPI • Les responsables des structures sanitaires doivent assurer la formation et la sécurité de de leurs employés |
| Forte mobilisation des agents de santé dédiée à la prise en charge | Retard dans la validation du protocole de prise en charge | | <ul style="list-style-type: none"> • Mis à jour et vulgarisation du protocole de prise en charge de la maladie à covid |
| Mission de formation à l'intérieur du pays | Dysfonctionnement des services de santé | | <ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un circuit patient adapté permettant de continuer les soins de routine |
| Appui aux régions | Insuffisance coordination avec les | | <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des réunions |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | autres commissions | | <p>restreintes tournantes inter commissions chargées de la gestion de la pandémie à covid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer une fiche de rapportage pour les réunions des commissions • Inclure un représentant de la coordination à la réunion restreinte des commissions • Réunions restreintes tournantes inter commissions chargées de la gestion de la pandémie à covid • Constituer des équipes pluri disciplinaires dans la prise en charge covid |
| Mise en place des comités pluridisciplinaires de gestion de COVID au niveau des hôpitaux | L'existence des pertues des vues | | <ul style="list-style-type: none"> • Sécuriser les sites de prise en charge covid • Renforcer le counseling pour un consentement éclairé des personnes prélevées |
| Mise en place d'un système de tri avancé au niveau des hôpitaux | Changement brutal des procédures de prise en charge sans avis de la commission (délai et nombre des contrôles après | | <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des réunions restreintes tournantes inter commissions chargées de la gestion de la pandémie à covid |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | traitement, modalité de prise en charge) | | <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer une fiche de rapportage pour les réunions des commissions • Inclure un représentant de la coordination à la réunion restreinte des commissions |
| Mise en place d'unités de prise en charge des cas suspects | Nombre insuffisant du personnel dédié à l'écoute des patients suivi à domicile (2 médecins) | | <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les agents psychosociaux dans les équipes de prise en charge covid |
| Sensibilisation et renforcement des mesures d'hygiène et de PCI à l'endroit du personnel et des usagers | Insuffisance dans l'accompagnement psychosocial des familles | | <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les agents psychosociaux dans les équipes de prise en charge covid |
| Effort des hôpitaux dans le cadre de l'acquisition des intrants | Absence de counseling pré test des voyageurs | | <ul style="list-style-type: none"> • Systématiser le counseling lors du prélèvement des voyageurs • Elaborer un dépliant définissant les procédures pour les voyageurs départ/arrivée |
| Mise en place de centre de traitement COVID avec les partenaires | Insuffisance de la reconnaissance du travail par les autorités | | <ul style="list-style-type: none"> • Enclencher des procédures pour la délivrance de témoignage de satisfaction et des médailles |
| L'anticipation de la gestion de la crise (Préparation du système d'alerte) | Non prise en compte de certaines catégories de patients (VIP) dans l'organisation au début de la prise en charge | | <ul style="list-style-type: none"> • Humaniser l'ensemble des sites d'hébergement des patients |
| L'engagement politique fort | | | |
| Mise en place des sites de dépistage (SGSK) | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Existence de services des soins intensifs pour la gestion des cas suspects sévères | | | |
| Bonnes pratiques | | | |
| <i>La prise en charge à domicile des patients COVID 19</i> | | | |
| <i>La prise en charge intégrée (exemple de Zinder)</i> | | | |

5.3 Résultats détaillés des travaux des commissions

| 5.3.1 Coordination | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|---|---|
| PRATIQUES EXEMPLAIRES | | IMPACT(S) | FACTEURS FAVORISANTS | ACTIONS IMMEDIATE | ACTIONS MOYENS ET LONG TERMES |
| 1 | Multisectorialité du comité (One Health) | <ul style="list-style-type: none"> • Elaboration de plans sectoriels COVID-19 • Contribution des autres secteurs (Utilisation de leurs ressources) dans la lutte contre la pandémie • Execution rapide des décisions prises au cours des reunions de coordination | <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un comité One Health depuis 2018 • Expériences dans la gestion multisectorielle de certains évènements similaires (Ebola, FVR et Grippe aviaire) • Impact de la maladie sur l'ensemble des secteurs socio économiques • Le leadership au niveau ministériel | <ul style="list-style-type: none"> • Documenter les bonnes pratiques (archivages des directives, rapports, circulaires diverses) | <ul style="list-style-type: none"> • Redynamiser l'approche One Health |
| 2 | Réunions quotidiennes | <ul style="list-style-type: none"> • Prises de décisions inclusives et participatives | <ul style="list-style-type: none"> • Elaboration quotidienne d'un plan de résolution des problèmes (PRP) • Fort engagement des membres du comité • Présence effective des partenaires techniques et financiers | <ul style="list-style-type: none"> • Revoir le rythme des réunions en tenant compte de l'évolution de la situation épidémiologique | |
| 3 | Suivi régulier des recommandations | <ul style="list-style-type: none"> • Prises de décisions inclusives et participatives • mise en oeuvre à temps des décisions prises | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation quotidienne d'un plan de résolution des problèmes (PRP) • Fort engagement des membres du comité | | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| 4 | Appui des partenaires techniques et financiers y compris les OSC | <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des conditions de travail • Disponibilité de matériels et outils de travail | <ul style="list-style-type: none"> • Engagement de l'Etat et de ses partenaires. • L'élan de solidarité nationale suite à l'appel des autorités. • Organisation Table ronde de plaidoyer | | |
| 5 | Gestion efficace de la pandémie | <ul style="list-style-type: none"> • Application des décisions et des directives | <ul style="list-style-type: none"> • Fort engagement de l'Etat/Politique • Elaboration précoce d'un plan multisectoriel de riposte • Exercices de simulation • Décentralisation de la gestion au niveau des régions. (Large flexibilité pour les commissions) • Communication et échanges entre la coordination et les différentes commissions • Réactivité des autorités politiques | | |

| Coordination : DÉFIS | | IMPACT(S) | FACTEURS LIMITANTS | ACTIONS IMMEDIATE | ACTIONS MOYENS ET LONG TERMES |
|----------------------|--|--|--|--|---|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de la coordination avec les régions et les commissions | <ul style="list-style-type: none"> • Retard dans les prises de décision au niveau des coordinations régionales : • Remontée tardive de l'information au niveau des régions | <ul style="list-style-type: none"> • Manque de répondant disponible • Insuffisance de moyen de communication • Insuffisance de la supervision des régions • Temps de réunions trop long au dépend des actions de terrain (apprentissage, psychose de perte du contrôle de la gestion de la pandémie) | <ul style="list-style-type: none"> • Nommer un répondant regional • Assurer les supervisions des regions • Dégager plus de temps pour l'accompagnement des commissions et des régions | <ul style="list-style-type: none"> • Institutionnaliser l'utilisation de NTIC • Mettre en place un centre des opérations d'urgence en santé publique (COUSP) |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de réactivité des agents de santé dans la lutte contre la COVID-19 | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre élevé d'agents de santé infectés par covid-19 | <ul style="list-style-type: none"> • Retard dans la mise en place des EPI et autres matériels de protection • Insuffisance dans le briefing des agents de santé • Manque d'anticipation | <ul style="list-style-type: none"> • Veiller sur la disponibilité des EPI et autres matériels de protection • Renforcer les capacités des agents contre les maladies nosocomiales | <ul style="list-style-type: none"> • Inscrire l'acquisition des EPI et autres matériels de protection dans le budget des structures sanitaires • Mettre en place un centre des opérations d'urgence en santé publique (COUSP) |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> • Faible implication des structures sanitaires (DS-CSI-Privé) au début de la maladie | <ul style="list-style-type: none"> • Propagation de la maladie • Adhésion tardive des structures sanitaires dans la lutte contre la covid-19 | <ul style="list-style-type: none"> • Directives pas suffisamment claires pour les privés au début • Insuffisance dans le suivi de l'application | <ul style="list-style-type: none"> • Briefer toutes les unités Hospitalières sur la pandémie et les mesures de protection • Veiller régulièrement à l'application des | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des points focaux pour la gestion des épidémies |

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|
| | | • | des directives | directives à travers des supervisions • Mettre en place des directives claires à tous les niveaux | |
| 4 | Insuffisance de décentralisation de certaines activités dans la lutte contre la covid-19 | <ul style="list-style-type: none"> • Faible appropriation de la gestion de la pandémie par le niveau régional • Mise en œuvre des activités de lutte du niveau régional par le niveau central | <ul style="list-style-type: none"> • Faible capacité de certaines régions à faire face à la situation au début • Insuffisance dans la mise en œuvre des mesures d'isolement sanitaire | <ul style="list-style-type: none"> • Appuyer davantage les régions en ressources pour la mise en œuvre de leur plan • Impliquer les régions (autorités déconcentrées et décentralisées) dans les prises de décisions • Renforcer les supervisions formatives des régions | <ul style="list-style-type: none"> • Accélérer les transferts de compétences et des ressources • Prévoir les acquisitions de matériels et consommables dans les PAA des structures |
| 5 | -Faible mobilisation des ressources financières | <ul style="list-style-type: none"> • Faible niveau d'exécution du plan riposte en termes d'investissement pour être résilient | <ul style="list-style-type: none"> • Non maîtrise de ressources mobilisées dans les régions • Insuffisance de coordination des interventions des partenaires | <ul style="list-style-type: none"> • Valoriser systématiquement tous les dons • Mettre en place un système de remontée de l'information par rapport aux dons et acquisitions des régions • Accélérer la réalisation des activités d'investissement prévue dans le plan covid • Renforcer le plaidoyer auprès des partenaires • Mettre en place un outil de capture de ressources des partenaires | <ul style="list-style-type: none"> • Accorder une priorité aux investissements pour permettre au pays d'être plus résilient |

| | | | | | |
|----|--|--|--|---|--|
| 6 | Faible capacité d'absorption des ressources pour répondre aux sollicitations des commissions | <ul style="list-style-type: none"> • Dysfonctionnement des commissions et comités régionaux | <ul style="list-style-type: none"> • Lenteur dans les procédures de gestion malgré les facilitations accordées par l'état • Faible proactivité dans la mise en œuvre de certaines activités • Faible visibilité des apports des partenaires | <ul style="list-style-type: none"> • Appuyer les régions et les commissions dans l'élaboration des requêtes • Faire diligence dans le traitement des dossiers d'acquisition | <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser les achats groupés pour les grandes acquisitions |
| 7 | Insuffisance dans la communication entre la coordination nationale et les régions | <ul style="list-style-type: none"> • Lenteur dans la mise en œuvre de certaines décisions • Insuffisance dans la mise en œuvre des recommandations issues des réunions de coordination | <ul style="list-style-type: none"> • Indisponibilité des TIC • Insuffisance dans la réalisation des supervisions | <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la supervision au niveau des région • Assurer l'utilisation régulière des TIC acquises récemment | <ul style="list-style-type: none"> • Institutionnaliser l'utilisation de TIC |
| 8 | Maintien des bonnes pratiques | <ul style="list-style-type: none"> • Maîtrise de la pandémie • Meilleure gestion d'autres événements similaires | <ul style="list-style-type: none"> • Capitalisation • Perennisation | <ul style="list-style-type: none"> • Identifier et documenter les bonnes pratiques | <ul style="list-style-type: none"> • Institutionnaliser les bonnes pratiques |
| 10 | Répartition des tâches entre les différents membres du comité technique de coordination | <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de la participation des membres de la coordination • Insuffisance dans le suivi des recommandations des commissions | <ul style="list-style-type: none"> • Participation aux réunions de coordination différents responsables des commissions (voir formulation) | <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des visites périodiques des commissions par les membres de la coordination | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un centre des opérations d'urgence en santé publique (COUSP) |

| | | | | | |
|----|---|---|---|--|--|
| 11 | Renforcement du système de santé pour être plus résilient | <ul style="list-style-type: none"> • Résilience | <ul style="list-style-type: none"> • Investissement | <ul style="list-style-type: none"> • Accélérer la réalisation des activités d'investissement prévue dans le plan covid | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un centre des opérations d'urgence en santé publique (COUSP) |
| 12 | Insuffisance dans la gestion de l'approvisionnement | <ul style="list-style-type: none"> • Répartition inéquitable des ressources • Problème de confirmité des donations par rapport aux besoins réels du terrain • Sur stock des intrants | <ul style="list-style-type: none"> • Faible capacité d'expertise pour le contrôle de la qualité des donations • Expressions des besoins sans lien avec les utilisateurs | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un pool d'experts pour la réception des dons • Elaborer un plan de besoin urgent en matériels, équipements, etc | |

| Coordination : LECONS APPRISES | | IMPACT(S) | FACTEURS FAVORISANTS | ACTIONS IMMEDIATE | ACTIONS MOYENS ET LONG TERMES |
|--------------------------------|---|---|--|-------------------|-------------------------------|
| 1 | <p>La mise en oeuvre des mesures à temps a permis de vite circonscrire la maladie:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Etat d'urgence sanitaire; -Fermeture des frontières, -Isolement de la ville de Niamey, -Fermeture des lieux de cultes, -couvre feu, - mesures barrières, - confinement, etc | <ul style="list-style-type: none"> • Maitrise de la pandémie | <ul style="list-style-type: none"> • Engagement des responsables • Adhésion de la communauté • Mesures sociales et économiques d'accompagnement : exonération des taxes, prise en charge de l'eau et de l'électricité pour la tranche sociale | | |
| 2 | <p>La résilience du pays et des systèmes dans la gestion des urgences humanitaires, sanitaires, (L'expérience acquise dans la préparation à la réponse de Ebola, grippe aviaire) a contribué fortement dans la mise en œuvre de certaines composantes de la lutte</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Maitrise de la pandémie | <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'EIR • Mobilisation des COGÉPI • Disponibilité des matériels | | |
| 3 | <p>La promptitude de réaction de certains partenaires a permis de faire face à la pandémie</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge rapide | <ul style="list-style-type: none"> • Flexibilité des procédures de décaissement des fonds | | |

Evaluer les fonds mobilisés par la COVID-19

Faire une proposition des mesures pour les élections à venir et pour le hadj

| 5.3.2 CSC | | | | | |
|-----------------------|---|--|---|--|--|
| PRATIQUES EXEMPLAIRES | | IMPACT(S) | FACTEURS FAVORISANTS | ACTIONS IMMEDIATE | ACTIONS MOYENS ET LONG TERMES |
| 1 | <p>Messages standards pour le pays:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboration des messages clés standards par la CSC qui doivent être adoptés par chacun et dans chaque support • Elaboration des messages en présence des acteurs(ONG,Medias,Artistes...) • Contrat et suivi de diffusion de messages communautaires • Elaboration d'une liste de message standards • Harmonisation des contenus des messages à diffuser par l'ensemble des intervenants • Développement de partenariat dans la diffusion des messages par les compagnies de téléphonie mobile • Validation de tous les messages Covid par la commission | <ul style="list-style-type: none"> • Messages harmonisés diffusés par l'ensemble des acteurs, • Renforcement de la collaboration entre les différentes parties prenantes | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'un plan de riposte national covid-19, • Expériences désagréables vécues par les membres de la CSC avec la diffusion des messages souvent contradictoires par plusieurs acteurs | <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir et vulgariser cette bonne pratique, • Documenter cette bonne pratique | <ul style="list-style-type: none"> • Formaliser le comité en charge de l'élaboration et la validation des messages clés sur les maladies au MSP |
| 2 | <p>Implication des autres secteurs dans les travaux de la commission et la mise en œuvre des activités sur le terrain:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implication des autres secteurs | <ul style="list-style-type: none"> • Partage d'expérience entre les membres de la commission (enrichissement mutuel), • Engouement autour | <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un comité ONE-HEALTH, • Création d'un comité technique national de coordination (multisectoriel), | <ul style="list-style-type: none"> • Documenter les activités mises en œuvre par les différents acteurs, | <ul style="list-style-type: none"> • Péreniser le mécanisme de coordination des acteurs |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| | <p>dans la CSC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaboration entre les partenaires (MSP,OMS,UNICEF,) a chaque etape de la conception • Collaboration intersectorielle (MSP,et les autres Ministeres) • Implication des responsables des CTS dans les structures controle du MSP(a verifier) • Implication de tous les leaders religieux, coutumiers a tous les niveaux • Implication de la jeunesse dans la lutte • Commission multi -acteurs(Santé -FDS-OSC-PTF.....) • Engagement des leaders religieux, jeunes leaders coutumiers relais communautaires • Intersectorialite et multi acteurs | <p>des activités de communication covid-19,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appropriation de la réponse par les autres acteurs hors santé | <ul style="list-style-type: none"> • Leadership des autorités (Organisation d'un séminaire gouvernemental, points de presse du Ministre de la Santé), • L'engagement des 1ers responsables du Ministere a été determinant dans la lutte • La collaboration des artistes a permis d'améliorer significativement le niveau de connaissance des populations sur la maladie et les meilleures barrières | <ul style="list-style-type: none"> • Faire une analyse critique de la mise en œuvre des activités de communication, • Renforcer le mécanisme de coordination des activités de communication, | |
| 3 | <p>Recrutement d'un gestionnaire pour assurer le suivi et la gestion des informations covid-19 des reseaux sociaux dont les rumeurs</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Reponses aux preoccupations du public, • Reajustement des activités de la communication | <ul style="list-style-type: none"> • Analyse de l'environnement de la communication par le CSC, • Expansion du monde digital, • Disponibilité d'un partenaire pour le financement de l'activité | <ul style="list-style-type: none"> • Documenter l'expérience de suivi et de gestion de l'information sur les réseaux sociaux, • -Renforcer les capacités de certains membres de la commission pour une appropriation de l'expérience | <ul style="list-style-type: none"> • Assurer le relais de l'activité par les membres de la CSC formés |

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| 4 | <p>Creation d'un chat box(WhatsApp MSP)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction du grand public par rapport aux questions sur la covid-19, • Disponibilité à temps réel des informations sur la covid-19 | <ul style="list-style-type: none"> • Facilité d'accès aux reseaux sociaux, • Canal preferé d'une bonne frange de la population(jeunes), • Disponibilité d'un partenaire pour le financement de l'activité planifiée, | <ul style="list-style-type: none"> • Suivre et mettre à jour les informations de la plate forme, • Poursuivre la vulgarisation de la plate forme | <ul style="list-style-type: none"> • Formaliser la plate forme comme outils de communication du MSP • Elargir la couverture de la plate forme à d'autres problèmes de santé publique |
| | <p>Création de groupes WhatsApp restreint et élargi entre les différents membres de la commission</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Facilitation du travail de la CSC, • Fluidité de l'information au sein de la CSC | <ul style="list-style-type: none"> • Enthousiasme des membres CSC à utiliser la plate forme, • Disponibilité de la connexion internet (WIFI et Modem, crédits de communication, Disque dur) | <ul style="list-style-type: none"> • Doter les membres des CSC des régions et départements en kit de connexion | <ul style="list-style-type: none"> • Continuer à utiliser la plate forme pour toutes les activités de la communication |
| 5 | <ul style="list-style-type: none"> • Production, validation et dissémination des outils de communication • Revalidation des produits des comités des différents partenaires • Prise en compte des spécificités (personnes handicapées, FDS, écoles ...) dans la conception des supports • Production de différents supports de communication (Audio, audio-visuels, imprimés) • Dissémination des outils a été exhaustive et inclusive | <ul style="list-style-type: none"> • Facilitation du travail de tous les acteurs, • Harmonisation du contenu des messages • Meilleure connaissance de la maladie par le public, • Meilleure visibilité du MSP et autres partenaires | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'une grande gamme des outils de communication : • Les petites videos, spots, et les ringtones ont ete benefiques et instructifs • Recrutement d'un infographe | <ul style="list-style-type: none"> • Continuer à rendre disponible les outils de communication de la covid-19 | <ul style="list-style-type: none"> • Adapter les outils de communication selon le contexte, • Enquête CAP • Mener une étude évaluative des outils utilisés |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| | Engagement et contribution de tous les médias publics, privés, communautaires et ceux en ligne dans la lutte contre la covid-19 | <ul style="list-style-type: none"> • Meilleure information du public • Large couverture du public (formats et langues de diffusion des messages) | <ul style="list-style-type: none"> • Pandémie de la covid-19, • Elan patriotique des responsables des médias | <ul style="list-style-type: none"> • Initier un point de presse pour témoigner de la satisfaction des engagements des médias par le MSP | <ul style="list-style-type: none"> • Adresser un témoignage individuel de satisfaction aux médias |
| 7 | Mise en place de comité de veille villageoise dans la sensibilisation des ménages et la signalisation des cas suspects | <ul style="list-style-type: none"> • Large couverture des cibles y compris les groupes spécifiques • Implication de tous les leaders communautaires • Reconnaissance de l'existence de la maladie | <ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement technique et financier d'un partenaire, • Existence des structures organisées (ACTN, Associations religieuses, Organisations des jeunes et femmes...) • Facilitation par les niveaux DRSP et district, | <ul style="list-style-type: none"> • Suivre et superviser les activités des comités par la DRSP et le District | <ul style="list-style-type: none"> • Capitaliser l'expérience des comités pour les autres événements de santé publique |
| 8 | Fonctionnement de la commission CSC | <ul style="list-style-type: none"> • Elaboration prompte des messages et supports de communication • Le président de la Commission CSC est mieux préparé pour prendre part aux réunions de coordination • Equipe engagée et déterminée | <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un plan de communication • Révision du plan pour adaptation à l'évolution de la situation • Formation des membres de la CSC, • Suivi périodique des activités, • Calendrier d'activité journalière • Rapport journalier des activités de la commission | <ul style="list-style-type: none"> • Documenter l'expérience de fonctionnement de la commission CSC avec les autres commissions, • Former à la CIP les autres commissions | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la capacité des commissions en dynamique du groupe dans les événements de santé publique à venir |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none">• Archivage quotidien des dossiers de la commission• Proactivité des membres• Répartition quotidienne des tâches des membres de la CSC• Fort engouement des membres de la CSC• La bonne ambiance du comité qui a un bon travail d'équipe | | |
| | | | | | |

| CSC : DÉFIS | | IMPACT(S) | FACTEURS LIMITANTS | ACTIONS IMMEDIATE | ACTIONS MOYENS ET LONG TERMES |
|-------------|---|---|---|---|--|
| 1 | Production tardive des supports élaborés par la commission | <ul style="list-style-type: none"> • Information parvenue tardivement aux publics • Mauvaise perception du travail de la CSC | <ul style="list-style-type: none"> • Dépendance financière • Lourdeur des procédures de certains PTF | <ul style="list-style-type: none"> • Suivi régulier des requêtes par le SG | <ul style="list-style-type: none"> • Financement des supports de communication par l'Etat |
| 2 | Non désignation d'un porte-parole pour les différents points lors des sorties médiatiques - | <ul style="list-style-type: none"> • Les autorités se comportaient en porte-parole • La population accorde plus de crédit aux propos des techniciens • Décision prise en cas de conseil des Ministres (contenu à vérifier) | <ul style="list-style-type: none"> • Non maîtrise des principes de la communication de crise par les autorités | <ul style="list-style-type: none"> • Briefing des autorités sur les principes de la communication de crise • Désignation des portes paroles | <ul style="list-style-type: none"> • Désignation d'un Porte-parole habilité au début de chaque événement de Santé publique |
| 3 | Insuffisance de partage d'information entre les différentes commissions Insuffisance dans la prise en compte des propositions de la CSC par la Coordination - | <ul style="list-style-type: none"> • Sous information de certains membres des commissions • Persistance du déni de la maladie • Frustration des acteurs des autres secteurs (ministères des enseignements, communication) | <ul style="list-style-type: none"> • Craintes que certains membres des commissions balancent des informations dans les réseaux sociaux • La non maîtrise des aspects de la communication de crise • Existence de commission parallèle de communication | <ul style="list-style-type: none"> • Catégoriser les types d'information à partager par niveau et par commission • Formation en communication de risque des principaux membres de la coordination | <ul style="list-style-type: none"> • Formaliser les procédures de communications • Briefing en communication de risque et engagement communautaire |

| CSC :DÉFIS | | IMPACT(S) | FACTEURS LIMITANTS | ACTIONS IMMEDIATE | ACTIONS MOYENS ET LONG TERMES |
|------------|---|---|--|--|--|
| 4 | <p>Lourdeur administrative et financières</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retard dans le financement des activités • Lenteur des partenaires dans le financement • Motivation à revoir • Insuffisance des ressources financières pour les actions • Insuffisance de financement de la communication | <ul style="list-style-type: none"> • Retard dans la mise en oeuvre des activités de la communication de risque et engagement communautaire (CREC) 2ème phase | <ul style="list-style-type: none"> • Les ressources sont supportées par les partenaires ayant des procédures lourdes • Plusieurs partenaires sans synergie • La non maîtrise des activités réalisées par certains partenaires | <ul style="list-style-type: none"> • Réunion avec les partenaires sous la présidence du SG | <ul style="list-style-type: none"> • Présenter le budget au gouvernement |
| 5 | <p>Le respect des gestes barrières</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'acceptation de la maladie • Le relâchement dans l'observance des mesures barrières • Le déni de l'existence de la maladie • Respect des mesures barrières | <p>Persistance de la contamination</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Diminution des cas et des décès • Le déni | <ul style="list-style-type: none"> • Rendre certaines mesures barrières obligatoire dans les lieux publics organisés • Le suivi des respects des gestes barrières dans les lieux organisés | <ul style="list-style-type: none"> • Identification des groupes retissant (cf. enquête socio-anthropologique) • Renforcement du CREC |

| CSC : DÉFIS | | IMPACT(S) | FACTEURS LIMITANTS | ACTIONS IMMEDIATE | ACTIONS MOYENS ET LONG TERMES |
|-------------|---|---|--|---|---|
| 6 | <p>Réticences de certains cadres à accorder des interviews aux médias</p> <p>Interventions sur les médias sans coordination avec la CSC</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Retard dans la mise en oeuvre des activités de communications • Persistance de rumeur et de mauvaise perception • Mauvaise perception des populations de la fermeture des mosquées et de la non fermeture des marchés ainsi que du couvre feu • Amplification des rumeurs • Mauvaise coordination des témoignages | <ul style="list-style-type: none"> • La peur des médias • La crainte des sanctions administratives • Insuffisance des points de presse • Capacités limitées de certains intervenants • Développement d'un certain antagonisme de la cellule communication | <ul style="list-style-type: none"> • Briefing en communication de crise pour les membres de la coordination | <ul style="list-style-type: none"> • Formation des différents responsables santé à tous les niveaux • Sensibilisation a travers les débats et conférence publics • Créer une commission unique chargée de la communication |
| 7 | <p>Insuffisance de Collecte et remontée des données</p> | <ul style="list-style-type: none"> • La non disponibilité des données de communication des régions au niveau national | <ul style="list-style-type: none"> • La non formalisation des attentes spécifiques du niveau central vis-à-vis des régions | <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation du canevas de rapportage conçu à cet effet • Transmission hebdomadaire des données de la communication | <ul style="list-style-type: none"> • Concevoir une matrice de rapportage des données face à un événement • Intégration des données à envoyer au niveau central dont celles de la communication |
| 8 | <p>Insuffisance dans le renforcement des capacités des acteurs nationaux, régionaux et</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Non remontée des données, • Difficultée de certains communicateurs des régions à diriger des activités de CREC | <ul style="list-style-type: none"> • Absence d'opportunité • Non perception de l'importance de la CREC par le responsable à tous | <ul style="list-style-type: none"> • Créer des opportunités de formation en CREC pour les différents acteurs | <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer un module de formation en CREC dans les écoles de santé • Renforcer les capacités de |

| CSC :DÉFIS | | IMPACT(S) | FACTEURS LIMITANTS | ACTIONS IMMEDIATE | ACTIONS MOYENS ET LONG TERMES |
|------------|------------------------|--|--------------------|-------------------|-------------------------------|
| | départementaux en CREC | <ul style="list-style-type: none"> Insuffisance dans l'élaboration des plans de communication de risque et d'engagement communautaire | niveaux | | l'ensemble du personnel |

| CSC: LECONS APPRISES | | IMPACT(S) | FACTEURS FAVORISANTS | ACTIONS IMMEDIATE | ACTIONS MOYENS ET LONG TERMES |
|----------------------|---|--|--|--|--|
| 1 | Integration des FDS dans les travaux de la commission | <ul style="list-style-type: none"> -Facilitation d'accès à la hierarchie militaire et des camps -Formation des pairs éducateurs parmi les FDS -Innovation des techniques d'approche dans les casernes | <ul style="list-style-type: none"> -Perception des risques liés à la maladie: promiscuité -Protocole d'accord Santé-Defense en santé | <ul style="list-style-type: none"> • Documenter les acquis de la sensibilisation (vehicule sonorisé) dans les camps des FDS • Vulgariser l'integration des FDS dans les activités de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Revisiter le protocole d'accord Santé-Defense pour tenir compte des situations nouvelles |
| 2 | Le recrutement d'un gestionnaire de rumeurs a permis de repondre a certaines interrogations des internautes | | | | |
| 3 | La mise en place de la multisectorialite a permis d'anticiper la mise en place d'un dispositif preparatoire a la rentrée scolaire | | | | |

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| | Approche inclusive | | | | |
| 4 | L'élaboration d'une liste de message standards a permis d'éviter des messages contradictoires | | | | |

Autres recommandations pour la commission

Insérer les leçons apprises

Sensibiliser l'administration publique sur la pandémie COVID-19 à travers un comité à mettre en place

Mettre en place un dispositif d'information en amont pour les voyageurs

Elaboration des messages sur certaines thématiques : stigmatisation

| 5.3.3 Surveillance et Riposte | | | | | |
|-------------------------------|---|--|---|----------------------------------|-------------------------------|
| PRATIQUES EXEMPLAIRES | | IMPACT(S) | FACTEURS FAVORISANTS | ACTIONS IMMEDIATE | ACTIONS MOYENS ET LONG TERMES |
| 1 | <p>Engagement ferme des autorités</p> <p>Engagement des acteurs a tous les niveaux</p> <p>Implication de tous les acteurs</p> | - | - | | |
| 2 | <p>Promptitude de l'investigation des alertes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des supports et combinaison pour les investigations des cas suspects • Prélèvement et investigation de tous les cas • Les investigations sont faites à temps | <ul style="list-style-type: none"> • Identification et notification à temps • Réaction rapide face à la maladie • Isolement des cas suspects à temps (limitation de la contamination) • Prise en charge rapide des cas (Prélèvement à temps, disponibilité des résultats à temps, référence des cas confirmés) | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de la logistique (Transport) • Disponibilité des ressources humaines • Disponibilité des supports de collectes des données • Disponibilité et Efficacité du système d'alerte | Maintenir et poursuivre l'action | Continue |
| 3 | <p>La rigueur dans les sites de confinement des contacts</p> <p>Rigueur de confinement</p> <p>Confinement des cas contacts</p> <p>Mise en isolement de tous les voyageurs</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Limite la contamination et la propagation de la maladie • Permet de détecter les éventuels contacts positifs | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des sites de confinement • Disponibilité des ressources humaines • Affectation des ressources financières pour la prise en charge des cas confinés | Maintenir et poursuivre l'action | Moyen terme |
| 4 | Réactivités et interconnectivité des différentes commissions | - | - | | |

| | | | | | |
|---|--|--|---|----------------------------------|--|
| | Tenue régulière des réunions | | | | |
| 5 | Gratuite du diagnostic et de la prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic de tous les cas suspects • Augmente la demande du bilan | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des réactifs et médicaments de la prise en charge • Prise en charge de l'achat des réactifs par l'Etat et ses partenaires | Maintenir et poursuivre l'action | Moyen terme |
| 6 | La mise en place d'une plateforme de suivi des contacts <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des fiches de suivi de contacts • Existence d'un service de suivi de contacts • Suivi systématique des contacts • Suivi des contacts des cas positifs • Traçage de l'itinéraire | <ul style="list-style-type: none"> • Limite la contamination et la propagation de la maladie • Permet de détecter les éventuels contacts positifs • Economie des ressources humaines et financières • Met en confiance la communauté dans le suivi (Confidentialité) | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de la logistique (Transport) • Disponibilité des ressources humaines • Disponibilité des supports de collectes des données • Disponibilité et Efficacité du système d'alerte • Disponibilité de la plateforme | Maintenir et poursuivre l'action | continue |
| 7 | Elaboration des directives nationales, des protocoles de surveillance -Etablissement d'une liste de cas suspects et de cas confirmés Disponibilité d'un plan de riposte <ul style="list-style-type: none"> • Répartition des tâches au sein des commissions, créations des sous-commissions | <ul style="list-style-type: none"> • Orientation des actions de la surveillance • Meilleures organisations de travail en équipe • Facilitation la prise des décisions | <ul style="list-style-type: none"> • L'existence d'un plan de réponse aux épidémies pour le pays • Fonctionnalité des comités de gestions des épidémies (One Health) • L'accompagnement des partenaires | Maintenir et poursuivre l'action | Réadaptation et révision des directives et protocoles en fonction de l'évolution de la situation |

| | | | | | |
|---|--|--|--|----------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un protocole de surveillance Covid-19 • Elaboration des supports de collecte des données a temps • Elaboration/Adapatation des outils • Elaboration vulgarisation des protocoles et directives • Travaux en commission • Travail en équipe pour conception des documents stratégiques et l'analyse situationnelle | | technique et financiers | | |
| 8 | <p>Présence d'un centre d'alerte (Services des alertes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enregistrement de toutes les alertes • Investigations de toutes les alertes • Investigation des alertes • Diminution des données des alertes • Dispositif pour la gestion des alertes • Mise en place d'une cellule de gestion des alertes • Amélioration du système d'alerte • L'utilisation du numéro vert 15 de SAMU et 118 de la GD PC • Disponibilité d'une équipe d'intervention rapide • Le centre d'alerte • Enregistrement des alertes à travers différentes sources | <ul style="list-style-type: none"> • Promptitude dans l'annonce des alertes • Facilite l'organisation des investigations • Allège le travail des personnels de santé • Information et sensibilisation de la communauté | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de la logistique (Transport) • Disponibilité des ressources humaines • Disponibilité des supports de collectes des données • Disponibilité et Efficacité du système d'alerte • Disponibilité de la plateforme • Disponibilité des moyens de communication | Maintenir et poursuivre l'action | Multilplication des centres d'alerte dans d'autres région |
| 9 | <p>Efficacité dans la prise en charge (traitement, désinfection, PCI) et confirmation des cas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des produits antiseptiques, hydroalcoolique et savon liquide • Bonne prise en charge des cas testés au | | NON | | |

| | | | | | |
|----|---|--|---|---|--|
| | Covid-19 | | | | |
| 10 | <p>Supervision formative au niveau des structures sanitaire du niveau périphérique</p> <p>Visite de terrain</p> <p>Formation des points d'entrée aérienne et terrestre</p> <p>Formation des agents de santé de différentes structures sanitaires</p> | <ul style="list-style-type: none"> • La mise à niveau des agents de santé • La recherche active des cas • Amélioration des indicateurs de la surveillance | <ul style="list-style-type: none"> • La disponibilité des supports • L'accompagnement des partenaires technique et financiers • Disponibilité d'un plan d'activité | Maintenir et poursuivre l'action de supervision | Continue |
| 11 | <p>Implication des relais communautaire a travers la sensibilisation et la notification des cas</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Notification communautaire des cas • Augmentation de nombres des alertes • Prise de conscience de la population sur la maladie • La fréquentation des services de santé par la population | <ul style="list-style-type: none"> • Engagement communautaire • Disponibilité des relais • Prise de consciences des populations | Maintenir et poursuivre l'action | Continue |
| 12 | <p>Réponse rapide de la riposte a l'aéroport et au point d'entrée</p> <p>-</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Limitation de la propagation de la maladie • Prise en charge rapide des cas • Réduction de la mortalité • Confinement des voyageurs suspects | <ul style="list-style-type: none"> • Formation des acteurs aux points d'entrées • Disponibilités supports de sensibilisations • Mise en place des équipes spéciales des points d'entrées aériens • Disponibilités des agents aux points d'entrées terrestres • Sensibilisation aux | Maintenir et poursuivre l'action | Equiper tous les points d'entrés terrestre par des dispositifs de lavage de main et des TDRs |

| | | | | | |
|----|----------------------------------|-----------------|---|--------------|---------------------|
| | | | <p>points d'entrée</p> <ul style="list-style-type: none"> • La gestion de la pandémie a été prise en charge très tôt ce qui a permis de maîtriser la maladie avec moins de cas par rapport à d'autres pays de la sous-région • La sensibilisation des agents de Santé et la mise en place à temps de la définition de cas • Fermeture des frontières au moment de la crise • Le confinement de Niamey • Mesures de prévention mise en place • Sensibilisation de la population • Capacité de gestion de situation au cas par cas • Mise en place d'une surveillance auprès des voyageurs dès février 2020 • Mise en place d'un comité national de lutte contre Covid | | |
| 13 | Ressources humaines à la hauteur | Promptitude des | Motivation du personnel | Maintenir et | Intégrer au système |

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| | -Equipe pour les investigations des cas et contact tracing -Réunion d'évaluation et d'amélioration de l'intervention | investigations | Personnel qualifiés recrutés Disponibilité des investigateurs | poursuivre l'action | de surveillance de routine des CSI et districts |
| 14 | Implication des districts sanitaires dans la recherche active et au poste d'entrée | <ul style="list-style-type: none"> • Recherche active des cas • Remonter des données du niveau périphérique vers le niveau central • Renforcement des suivis des points d'entrées | <ul style="list-style-type: none"> • Formations des agents de santé sur la surveillance covid • Mise à la disposition des districts des directives et protocoles de surveillance • organisation des supervisions formatives • Mission sur la recherche active des cas | | Intégrer la recherche active au système de surveillance de routine des CSI et districts |
| 15 | Réunion d'évaluation et d'amélioration de l'intervention Réunion d'analyse et de validation des données Tenue des réunions journalières en commissions Tenue des réunions de restitutions Réunions de coordination | <ul style="list-style-type: none"> • Permis l'élaboration des documents stratégiques • Analyse des données et suivi des tendances • Elaboration des sitreps • Discuter des difficultés et prendre des décisions appropriées | <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un cadre formel de décision • Disponibilités des locaux pour la tenue des réunions • Appui des partenaires techniques • Appui et accompagnement des autorités à la fonctionnalité du dispositif de coordination | Maintenir la périodicité de la tenue des réunions | Adapter le rythme des réunions à la situation |
| 16 | Communication avec les autres | | NON | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| | <p>commissions</p> <p>-Echange avec les autres commissions</p> <p>Large flexibilité de différentes commissions</p> | | | | |
| 17 | <p>Collaboration multisectorielle recours aux équipes de santé de l'armée</p> <p>Implication des structures privées, Militaire et publique dans la surveillance et la gestion de Covid</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Enregistrement des voyageurs par les forces de défense et sécurités • Accessibilité des investigateurs dans les camps militaires et chez les hautes personnalités • Facilité le respect des mesures de confinement • Renforcement de la collaboration des services de santé militaire et privés | <ul style="list-style-type: none"> • Volonté des plus hautes autorités • Application du concept One Health • Détermination des différents acteurs impliqués dans la lutte covid • Détermination des acteurs à l'atteinte des objectifs | <ul style="list-style-type: none"> • Maintien la collégialité militaire et civile dans la surveillance • Capitaliser les acquis nés de la collaboration multisectorielle publique, privée et militaire | - |
| 18 | <p>Recours aux starts up pour la création de la plateforme contact et investigations</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Faciliter la gestion des alertes • Suivi automatisé des contacts • Maintien de la communication entre les cas contacts suivis et les investigateurs • Accès à l'information en temps réel • Réduction du coût des suivis et | <ul style="list-style-type: none"> • Cadre institutionnel qui a autorisé l'utilisation des plateformes (Agence Nationale pour la société de l'information : ANSI) • Financement du développement des plateformes | <p>Veiller à une meilleure utilisation de ces plateformes</p> | <p>Réadapter la grille de collecte des plateformes afin de permettre l'extraction et l'analyse des données</p> |

| | | | | | |
|----|---|---|--|---|--|
| | | investigations | | | |
| 19 | Système de gestion centralisé à Niamey et décentralisé dans les régions | | NON | | |
| 20 | <p>Elaboration quotidienne du Sitrep</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmission des rapports journaliers • Le suivi rapproche à facilité la transmission à temps • Tenue des réunions quotidiennes • Analyse des données et la transmission ont facilité la prise de décision • Promptitude et complétude des données • Analyse permanente de la base des données • Elaboration de sitrep • Partage des données • Diffusion quotidienne des résultats de labo • Analyse permanente de la base des données • La base des données à jour • Le laboratoire fonctionne • Suivi des tendances journalières | <ul style="list-style-type: none"> • Diffusion à large échelle de l'Information en temps réel au niveau national et international • Prise de décision rapide est facilitée • Apurement régulier des données pour la prise de décisions • L'appui des partenaires a été facilité | <ul style="list-style-type: none"> • Appui en ressource humaine par les partenaires techniques et financiers • Engagement de tous les acteurs impliqués dans la surveillance | <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre l'élaboration du sitrep et l'analyse des données • Mettre à la disposition de la surveillance les ressources, humaines, matérielles et financières requises pour la poursuite des actions | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des moyens de communication • Edition d'un journal de surveillance COVID-19 • Revue après action de la gestion COVID-19 |

| Surveillance et Riposte | | | | | |
|-------------------------|--|---|---|---|---|
| Défis | IMPACT(S) | FACTEURS FAVORISANTS | ACTIONS IMMEDIATE | ACTIONS MOYENS ET LONG TERMES | |
| 1 | Elaboration et exécution des termes de référence des commissions | <ul style="list-style-type: none"> • Retard dans l'investigation des cas confirmés • Retard dans la prise en charge des cas confirmés • La réticence de la communauté à accepter les activités de la riposte autour du cas confirmés • La propagation de la maladie | <ul style="list-style-type: none"> • La stratégie et la méthode d'annonce des résultats. • Retard du rendu du résultat ; • Non présentation de bulletin | <ul style="list-style-type: none"> • La coordination doit désigner et responsabiliser au sein de la commission laboratoire les modalités et le responsable de l'annonce des résultats | Mettre en place des SOPs de gestion des urgences |
| 2 | Amélioration des indicateurs de suivi des contacts (69%) | <ul style="list-style-type: none"> • Détection tardive des contacts devenus suspects • Propagation de la maladie | <ul style="list-style-type: none"> • Abandon de suivi physique par manque des ressources. • Désistement dans le remplissage de la plate forme par certains contacts (31%) . | <ul style="list-style-type: none"> • Continuer le suivi électronique pour ceux qui sont aptes à remplir dans la plate forme et le suivi physique aux contacts qui ne le peuvent pas. | Mettre en place des stratégies communautaires dans le suivi de contact |
| 3 | Identification exhaustive des cas suspects | <ul style="list-style-type: none"> • Propagation de la maladie • Forte létalité • Propagation de la maladie • Forte létalité | <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance des alertes dans la communauté et formations sanitaire ; Recours tardif aux structures de soins ; • Non respect du système de gestion d'alerte dans certaines formations sanitaires ; • Retard dans la gestion des alertes • Non investigation avant le prélèvement des voyageurs | <ul style="list-style-type: none"> • La sensibilisation adaptée aux réalités. • Former tous les acteurs des soins (public, privé et tradi praticien) dans l'identifications des cas suspects. • Former l'équipe de santé de l'aéroport dans les investigations afin d'investiguer tous les voyageurs sans test négatif Covid | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la surveillance à base communautaire. • Mettre en place un seul centre de gestion des alertes • Renforcer la surveillance à base communautaire. |

| | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> qui arrivent sans test négatif Covid • Non respect des mesures d'auto confinement par des voyageurs, contacts et confirmés ambulatoires | | |
| 4 | <p>Orientation des actions de santé publique proportionnées par des investigations approfondies</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Limitation dans l'analyse de la base des données et la prise des décisions • Difficultés de lier les cas confirmés (chaîne de transmission) | <ul style="list-style-type: none"> • Nouveau problème de santé publique ; • Absence de formation des agents de terrain sur l'investigation | <ul style="list-style-type: none"> • Former les investigateurs dans le remplissage correct de l'outil de collecte (mapping des cas confirmés, listage des contacts ...) | <p>Impliquer les équipes d'expert d'intervention rapide</p> |
| 5 | <p>Dissuader les décideurs dans la gestion de la COVID 19 à Niamey au niveau central</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Centralisation de la gestion de la COVID 19 dans la région de Niamey • Difficulté dans l'intégration dans la SIMR • Difficulté dans la gestion des données et réponse COVID • Surcharge de travail au niveau central limitant les capacités de prendre en compte d'autres aspects de la surveillance | <ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle maladie • Non prise en compte des propositions de la décentralisation dans la gestion Covid 19 à Niamey • Démotivation de certains agents | <ul style="list-style-type: none"> • Impliquer véritablement et progressivement la région de Niamey dans la réponse contre la Covid 19 (alerte, investigations) • Accompagner les équipes de la région pendant cette période de transition • Rétrocéder véritablement et progressivement à la région de Niamey la réponse contre la Covid 19 (alerte, investigations, ...) • Accompagner les équipes de la région pendant cette période de transition | <ul style="list-style-type: none"> • Laisser totalement la gestion de la Covid 19 à la région de Niamey • Respecter les cahiers de charge de chaque niveau à l'image des autres urgencies • Mettre en place un plan de rétrocession des données Covid par district |

| | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|
| 6 | Insuffisance dans le contrôle sanitaire des voyageurs au niveau des points d'entrée terrestre et aérien | Propagation de la maladie | <ul style="list-style-type: none"> • Porosité des frontières • Insuffisance des ressources • Mouvement forcé des migrants • Retard dans le paiement de la gratification des volontaires dans la surveillance aux points d'entrée | <ul style="list-style-type: none"> • Organisation d'un suivi/supervision trimestriel des points d'entrée • Supervision formative au niveau des aéroports | Organisation de formation multisectorielle (One Health) des agents affectés aux points d'entrée |
| 7 | Coordination adéquate des interventions de la surveillance pour une meilleure riposte | <ul style="list-style-type: none"> • Lenteur dans la réponse aux autres épidémies • Perturbation dans le fonctionnement des commissions • Non rationalisation des ressources humaines et temporelles | <ul style="list-style-type: none"> • Cahier de charge non adapté, non validé et non appliqué ; | <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des réunions journalières entre les commissions surveillance et riposte | <ul style="list-style-type: none"> • Fusionner les deux commissions en une seule pour une meilleure coordination des interventions • Documenter Archiver, toutes les actions menées à la réponse |
| 8 | Protection de la santé et la sécurité des acteurs impliqués dans la réponse | <ul style="list-style-type: none"> • Propagation de la maladie chez les acteurs impliqués dans la réponse • Décès des acteurs • Diminution et démotivation des ressources humaines | <ul style="list-style-type: none"> • Non respect de la disposition de la mesure de protection universelle par les acteurs de la réponse ; | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre à la disposition des acteurs des EPI • Sensibilisation des acteurs | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une surveillance des maladies nosocomiales |
| 9 | Amélioration de la promptitude dans la réponse aux alertes | <ul style="list-style-type: none"> • Retard dans les investigations ; • Propagation de la maladie • Remous social • Démotivation des prestataires • Diminution de la confiance communautaire envers la riposte | <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisances de moyens logistiques • Lenteur dans la réception et traitement des alertes • Insuffisance de sensibilisation des VIP sur les procédures des investigations • Duplication des sites | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre à la disposition des commissions de moyens logistiques en permanence et suffisants • Former les investigateurs à tous les niveaux (central, régional, district et point d'entrée) ; • Maintenir un seul site | <ul style="list-style-type: none"> • Organiser chaque année un séminaire gouvernemental et un autre pour les hautes autorités sur la gestion des urgences de santé publique • Mettre en place un centre d'opérations d'urgence en |

| | | | | | |
|----|--|---|--|--|--|
| | | | <p>d'atterrissage des alertes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non respect des procédures des investigations par des prestataires • Crainte d'une nouvelle maladie par les prestataires, ... • Nombre insuffisant des préleveurs surtout dans les régions • Nombre élevé des fausses alertes | d'atterrissage des alertes | santé publique |
| 10 | Améliorer les capacités de détection des cas | <ul style="list-style-type: none"> • Identification précoce des cas suspects • Réponse rapide • Rupture de la chaîne de transmission | <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de la surveillance à base communautaire • Insuffisance de la détection des suspects au niveau des formations sanitaires • Insuffisance dans la surveillance basée sur les événements | <ul style="list-style-type: none"> • Identifier des activités en cours sur la SBC de la COVID | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place la surveillance à base communautaire complète ; • Formation des prestataires dans la détection des cas suspects ; • Mettre en place une surveillance complète basée sur les événements |

| Surveillance et Riposte : LECONS APPRISSES | | IMPACT(S) | FACTEURS FAVORISANTS | ACTIONS IMMEDIATE | ACTIONS MOYENS ET LONG TERMES |
|---|--|--|--|---|--|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> Le retard dans la formation et/ou briefing des acteurs de la surveillance (agents de santé et formation sanitaire et points d'entrée) à limiter l'identification précoce et la notification des cas dans les formations sanitaires (privées, publiques et confessionnelles) et communautaire | <ul style="list-style-type: none"> Insuffisance dans l'engagement des agents de santé; Insuffisance de la détection des suspects au niveau des formations sanitaires; Propagation de la maladie | <ul style="list-style-type: none"> Manque de fonds destinés à l'activité ; Lenteur dans le traitement des requêtes | <ul style="list-style-type: none"> Suivi/supervision régulière à tous les niveaux ; Partage des informations utiles | <ul style="list-style-type: none"> Continuer la motivation des agents sur le terrain ; |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> Le manque des formations des équipes d'investigations a engendré un problème dans le remplissage des outils de collecte des données rendant difficiles les analyses et orientation des décisions | <ul style="list-style-type: none"> Lenteur dans les investigations ; Insuffisance dans la coopération des personnes confirmées positives ; Difficultés dans le remplissage des bases de données ; Insuffisance dans les analyses de données Risque de propagation de la maladie ; | <ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de coordination des activités de surveillance et de réponse | <ul style="list-style-type: none"> Partage des informations utiles; Révision de la composition de l'arrêté Clarification du cahier de charge des commissions | <ul style="list-style-type: none"> Formation des acteurs des investigations ; Suivi/supervision régulière à tous les niveaux ; |

| | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> Le maintien du One Health dans la lutte a permis de résoudre certains problèmes de logistique et mise en œuvre des mesures de lutte (zone d'insécurité, prélèvement, suivi contact, salle de réunion, formations (Surveillance, GenExpert, TDR) | <ul style="list-style-type: none"> Prise en compte de tous les aspects de la lutte; Facilitation de la mise en œuvre des actions de réponse | <ul style="list-style-type: none"> Partage d'information; Engagement des décideurs | <ul style="list-style-type: none"> Renforcer les dispositions existantes; | <ul style="list-style-type: none"> Organiser une formation du comité chaque trimestre, tenant compte des nouvelles mises à jour |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> L'engagement de plus hautes autorités a permis la réduction des difficultés dans la mise en œuvre des directives de la surveillance (investigation) | <ul style="list-style-type: none"> Motivation régulières des acteurs; | <ul style="list-style-type: none"> | <ul style="list-style-type: none"> Continuer la pratique | <ul style="list-style-type: none"> Organiser des échanges internationaux pouvant faciliter la mise à jour des informations |
| 5 | <p>La centralisation de la gestion de la COVID 19 a rendu difficile sa prise en compte dans la SIMR ;</p> | <p>Perturbation du système initial; Démotivation des acteurs départementaux; Lenteur dans la prise de décision</p> | <p>Surcharge au niveau central ; Diminution des capacités de réalisations des autres activités du PAA</p> | <p>Préparer la remise de la gestion aux districts sanitaires de Niamey et respecter le système traditionnel</p> | <p>Remettre la gestion aux districts sanitaires de Niamey et respecter le système traditionnel Organiser des supervisions et suivi journalier, puis hebdomadaire et mensuel</p> |
| 6 | <p>Le manque de préparation psychologique des cas confirmés et contacts a rendu la prise en charge et suivi difficiles ;</p> | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 7 | L'enquête au niveau de la communauté a permis de comprendre les causes de la diminution de l'utilisation des services de santé et du lancement des alertes | Denouement des goulots d'étranglement; Rehaussement de la détection des cas | | Suivre les activités au niveau des formations sanitaires | Organiser des supervisions et suivi journalier, puis hebdomadaire et mensuel |
|---|--|--|--|--|--|

| 5.3.4 PCI | | | | | |
|-----------------------|---|---|--|-------------------|-------------------------------|
| PRATIQUES EXEMPLAIRES | | IMPACT(S) | FACTEURS FAVORISANTS | ACTIONS IMMEDIATE | ACTIONS MOYENS ET LONG TERMES |
| 1 | Creation du groupe WhatsApp | <ul style="list-style-type: none"> • Partage d'information en temps reel pour tous les membres de la comission • Visibilite des activites du terrain au sein de la commission • Eviter tout regroupement pour les reunions | <ul style="list-style-type: none"> • Connaissance des risques de contamination lies aux reunions physiques • Participation active des membres aux echanges | | |
| 2 | Evaluation de la PCI dans des formations sanitaires | <ul style="list-style-type: none"> • Identification des points forts et points a ameliorer • Disponibilite d'un plan de resolution des problemes (PRP) | <ul style="list-style-type: none"> • Appui technique et financier des partenaires • Disponibilite des membres de la commission • Collaboration des responsables des formations sanitaires | | |
| 3 | Decentralisation des operations PCI | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement des capacites des equipes des EDS dans les structures de prise en charge • Positionnement des equipes fixes dans les sites de confinement et autres sites sensibles | <ul style="list-style-type: none"> • Appui technique, financier et en ressources humaines des partenaires • Vision strategique de la commission | | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| 4 | <p>Integration des leaders communautaires dans la realisation des activites PCI en communaute (Respect des coutumes et cultures)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Prise de conscience de la communaute en ce qui concerne l'existence et la propagation de la maladie • Bonne collaboration entre la communaute et les prestataires du terrain • Engagement communautaire | <ul style="list-style-type: none"> • Vision strategique de la commission • Refus de cooperation de certaines familles | | |
| 5 | <p>Bonne organisation et opérationnalisation de la commission</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Application des précautions standards dans les formations sanitaires, banques, pharmacies, compagnies de transport et écoles • 77% des décès due au COVID- 19 ont bénéficié de l'EDS² • 90 % des ménages / lieux de travail des cas confirmés covid-19 ont bénéficié de désinfection • 100% des sites de confinement et centres de prises en charge ont bénéficié d'une bonne gestion des déchets | <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place des trois sous commissions avec des cahiers de charge • La tenue régulière des réunions • Le déploiement des équipes dans les différents sites de NIAMEY • Disponibilisation d'un incinérateur conventionné • Qualification des équipes de gestion des déchets | | |

² EDS : enterrement digne et sécurisé

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|
| | | | | | |
| 6 | Elaboration, validation et mise en œuvre des SOP ³ s et des fiches d'opérations | <ul style="list-style-type: none"> • Conduite des activités selon les normes et standards • La disponibilité des données • 0 contamination au COVID-19 dans la commission | <ul style="list-style-type: none"> • Expertise des membres de la commission • Engagement des membres de la commission • Disponibilité des supports adaptés | | |
| 7 | Appui technique, financier, matériel et ressources humaines des partenaires à la commission | <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la qualité des activités mises en œuvre • Formation et renforcement des capacités des 1000 agents de santé sur les mesures PCI • Evaluation des mesures PCI dans les structures des soins de NIAMEY et dans d'autres régions • X formations sanitaires ont été dotées en intrants PCI | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des RH • Disponibilité des intrants • Mobilisation des ressources financières • Application des SOPs | | |

³ SOPs: standards operational process (procédures opératoire standardisées)

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| 8 | Renforcement des capacités des acteurs du terrain | <ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la propagation de la maladie | <ul style="list-style-type: none"> • Organisation des sessions de formations • Disponibilité des intrants • Mobilisation des ressources financières • Disponibilité des fiches techniques | | |
| 9 | Bonne coordination de la commission | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des données et des informations à temps réel | <ul style="list-style-type: none"> • Création du groupe WhatsApp • Tenue régulière des réunions • Supervision des activités • La répartition des tâches entre les membres de la commission | | |

| PCI: DÉFIS | | IMPACT(S) | FACTEURS LIMITANTS | ACTIONS IMMEDIATE | ACTIONS MOYENS ET LONG TERMES |
|------------|---|---|--|-------------------|-------------------------------|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> Améliorer la coordination et la collaboration avec les autres commissions | <ul style="list-style-type: none"> Retard dans la désinfection des résidences Non réalisation des certaines activités | <ul style="list-style-type: none"> Manque d'information inter commission Rupture de carburant par moment Véhicules Indisponibilité des par moment | | |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> Manque de supervision par le comité Technique national | <ul style="list-style-type: none"> Manque de feedback | | | |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> Valorisation des activités dans les sitreps | <ul style="list-style-type: none"> Manque de visibilité des activités PCI Démotivation au sein de la commission | <ul style="list-style-type: none"> Manque de collaboration inter commission | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Manque de coordination avec le niveau régional | <ul style="list-style-type: none"> Manque d'information des activités PCI dans des régions | <ul style="list-style-type: none"> Manque de mécanisme de coordination avec les régions | | |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> Gestion de l'information | <ul style="list-style-type: none"> Manque de base des données Manque de cartographie des opérations | <ul style="list-style-type: none"> Manque de personnel qualifié en gestion de l'information Faible collaboration avec les autres commissions (riposte, surveillance ...) | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 9 | <ul style="list-style-type: none"> • Désinfection dans les 24H des résidences et lieux de travail des cas confirmés | <ul style="list-style-type: none"> • Propagation de la maladie • La psychose dans certaines familles | <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'information en temps réel • Résistance de certaines familles • La crainte de stigmatisation | | |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> • Sécurité de personnel des EDS et désinfection | <ul style="list-style-type: none"> • Aggression • Réticence de certains personnels à l'exécution des certaines tâches | <ul style="list-style-type: none"> • Manque de sensibilisation • Manque d'engagement communautaire • Non accompagnement des équipes de terrain par FDS (force de défense et de sécurité) | | |
| 11 | <ul style="list-style-type: none"> • Logistique | <ul style="list-style-type: none"> • Retard dans l'exécution de certaines interventions • Démotivation des personnels de terrain | <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance des véhicules pour faire le terrain • Rupture de carburant par moment • Manque des moyens de communication • Manque de certains matériels de travail : ° moyens informatiques. | | |

| PCI : Lecons apprises ; | IMPACT(S) | FACTEURS FAVORISANTS | ACTIONS IMMEDIATE | ACTIONS MOYENS ET LONG TERMES |
|---|--|--|-------------------|-------------------------------|
| Necessite de la collaboration inter commission pour la reussite des operations PCI | <ul style="list-style-type: none"> -Retard dans des interventions -Refus de cooperation des certaines familles Paquet de prestations incomplet | <ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation communautaire Partage d'information Etude et analyse des donnees | | |
| Integration des leaders communautaires dans la realisation des activites PCI en communaute (respect des coutumes et cultures) | <ul style="list-style-type: none"> Prise de conscience de la communaute en ce qui concerne l'existence et la propgation de la maladie Bonne collaboration entre la communaute et les prestataires du terrain Engagement communautaire | <ul style="list-style-type: none"> Vision strategique de la commission Refus de cooperation de certaines familles | | |
| | | | | |

| 5.3.5.Laboratoire et recherche | | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|-------------------|-------------------------------|
| PRATIQUES EXEMPLAIRES | | IMPACT(S) | FACTEURS FAVORISANTS | ACTIONS IMMEDIATE | ACTIONS MOYENS ET LONG TERMES |
| 1 | <p>La coordination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de la commission par le MSP/Arrêté N° • La tenue des réunions régulières avec PV • Esprit One Health au niveau de la commission • Multi acteurs et polyvalence • Répartition des membres en sous commissions • La vision à portée nationale • La planification des interventions/activités • La création d'une plateforme whatsapp • La revue périodique des données • Appui des partenaires • Mobilisation des compétences additionnelles des différentes structures • Elaboration des SOP (prélèvement et laboratoire) • Elaboration d'une stratégie de diagnostic • Elaboration et soumission des requêtes | <ul style="list-style-type: none"> • Le suivi des activités de laboratoire et recherche • Assurer l'efficacité et la disponibilité des dispositifs • La prise des décisions et l'orientation des interventions • La mobilisation de ressources humaines et matérielles • Amélioration de la collaboration intersectorielle • Permis une traçabilité sur les circuits des prélèvements et le rendu des résultats • La continuité des activités de laboratoire (apport des autres laboratoires en matériels et consommables) | <ul style="list-style-type: none"> • L'esprit One Health • La polyvalence des différents acteurs de la commission • L'engagement personnel et la disponibilité des membres • Laissez passer des membres | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Mutualisation des équipements et consommables • La collaboration entre les différentes commissions | | | | |
| 2 | <p>L'approvisionnement</p> <ul style="list-style-type: none"> • La planification des besoins à la hiérarchie et aux partenaires • Mobilisation des intrants et matériels et leur distribution dans les différents laboratoires • Mise en place d'une unité de gestion des stocks | <ul style="list-style-type: none"> • Suivi régulier de la consommation des consommables de laboratoire • L'expression des besoins en temps réel | <ul style="list-style-type: none"> • L'organisation interne de la commission • Le dynamisme du comité de gestion • Le rapport régulier de la sous commission | | |
| 3 | <p>Prélèvement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collecte et acheminement échantillons Covid 19 vers pôles PCR) • Formation de 115 agents préleveurs en région • Organisation des préleveurs de Niamey en équipe • Briefing des préleveurs sur le remplissage des supports • Mise en place d'un mécanisme de transport sécurisé des échantillons • Investigation et exploration autour de certains résultats discordants | <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats au niveau des régions • Exhaustivité des prélèvements de toutes les alertes • Remplissage correcte des supports de collecte des données • Permis une couverture du diagnostic covid 19 à l'échelle nationale | <ul style="list-style-type: none"> • La disponibilité des partenaires pour transport des échantillons • L'appui en ressources humaines et financière des partenaires • L'appui des partenaires en consommables pour le prélèvement | | |

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Production des rapports d'activités selon les périodes • Permanence des équipes de préleveurs au niveau du laboratoire de 8h à 00 h et 7J/7J | | | | |
| 4 | <p>Laboratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place précoce de diagnostic covid 19 • Décentralisation de la RT-PCR au niveau de trois régions (Maradi, Zinder et Tahoua) • Mise en place d'une base des données des tests réalisés • Formation en bio sécurité • Renforcement de l'équipe pour la réception des échantillons • Création des postes d'extraction (utilisation des hottes) pour pallier aux insuffisances liées aux boîtes à gant • Disponibilité des équipes du labo de 8h à 00 h et 7J/7J | <ul style="list-style-type: none"> • Permis la confirmation locale des premiers cas suspect au Niger • Permis la confirmation et prise en charge à temps des cas au niveau des régions • Réduction du délai du rendu des résultats • Faciliter la communication et la gestion des données • Prévention de la contamination des personnels de santé • Permis d'accroître le nombre des tests réalisés par jour | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'un équipement déjà nécessaire pour le diagnostic de la covid 19 • Initiative de la commission de réquisitionné les ressources humaines et équipement • L'existence d'un personnel formé et qualifié | | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| 5 | <p>Communication</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le partage des résultats à temps • Mise en place d'un mécanisme pour le rendu des résultats négatifs • Participation à la réunion de la validation des données journalières entre les différentes commissions | <ul style="list-style-type: none"> • Permis d'avoir une base des données à jour • Une prise en charge rapide des cas et le suivi des contacts • Désengorgement des hôpitaux et diminution des stress • Programmation des contrôles après traitement • Programmation d'une meilleure des actions de surveillance et de la prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • La disponibilité des résultats • Amélioration progressive de l'organisation du système de gestion de la pandémie • Mise en place d'une base des données | | |
| 6 | <p>Recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboration de 6 protocoles en cours de recherche et 3 autres à venir • Evaluation des tests rapides <p>Mobilisation des bailleurs aux appels d'offres</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Motivation des personnels de santé sur l'importance de leurs travaux • Recrutement et formation des personnels pour les investigations • Suivi épidémiologique des populations à risque | <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation des ressources techniques et financières pour la conduite des activités • Disponibilité des ressources humaines formées pour mener des études • Connexion de CERMES aux instituts pasteur | | |
| | | | | | |

| Laboratoire et recherche: Defis | IMPACT(S) | FACTEURS LIMITANTS | ACTIONS IMMEDIATE | ACTIONS MOYENS ET LONG TERMES |
|---|---|--------------------|---|-------------------------------|
| <p>1</p> <p>La coordination (A reformuler les trois derniers points ci dessous)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ressources limitées • Non respect des procédures (définition des cas à prélever) • Insuffisance dans l'arrêté portant création et composition et fonctionnement de la commission * • Non appropriation du plan de riposte COVID-19 • Insuffisances dans la motivation du personnel affecté à la tâche (salaire des personnels de CERMES, montant de prime alloué, pause café/pause déjeuné, communication) • Manque d'équité dans la prise en charge des membres du comité comparé aux autres commissions • Problème de leadership dans la coordination des activités du laboratoire • Difficulté de collaboration | <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés pour faire face aux besoins • Influence dans le fonctionnement de la commission • Démotivation des certains membres de la commission • Retard dans la mise en œuvre de certaines recommandations faites lors des réunions du comité • | | <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les besoins réels en matière de laboratoire et les prendre en compte • Implication des spécialistes de laboratoire dans le processus de mise à jour du plan de réponse covid 19 | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|
| | <p>avec l'équipe technique du CERMES</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'insuffisance dans la mise en œuvre de la qualité du laboratoire • Certains SOP non mises à jour • Insuffisance dans la communication interne et externe • La mise en œuvre des certaines décisions n'est pas toujours effective • La gestion parallèle du laboratoire par rapport à la commission | | | | |
| 2 | <p>L'approvisionnement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté d'acquisition des réactifs et consommables de laboratoire • Problème de maintenance des appareils et d'approvisionnement continu des sites • Livraison non conforme aux besoins exprimés | <ul style="list-style-type: none"> • Rupture des stocks des réactifs et consommables de laboratoires • Influence sur l'efficacité du laboratoire • Ralentissement des activités | <ul style="list-style-type: none"> • Limitation des mouvements dans le transport aérien • Non respect des procédures d'acquisition | <ul style="list-style-type: none"> • Instaurer un système de gestion des consommables et des réactifs • Respect des procédures d'acquisition • Signer des contrats de maintenance périodique | |
| 3 | <p>Prélèvement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance dans l'organisation de travail des équipes de préleveurs pendant la période de crise • Non réalisation de la supervision terrain des | <ul style="list-style-type: none"> • Retard dans le rendu des résultats • Insuffisance dans le suivi des techniques des prélèvements | <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'intérêt par les partenaires technique et financiers | | <ul style="list-style-type: none"> • Assurer le financement de la supervision des activités de laboratoire |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|
| | <p>équipes de prélèvement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interférence/non-respect des procédures OMS | | | | |
| 4 | <p>Laboratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance des techniciens en quantité et en qualité • Insuffisance dans la gestion des stocks au CERMES • Non existence d'un système de suivi de traçabilité des personnes confirmées positifs par TDR au niveau des points d'entrée | <ul style="list-style-type: none"> • Surcharge de travail • Risque des ruptures des stocks des intrants • Perdu de vue des cas positifs confirmés par TDR | <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance du plateau technique des écoles de formation (en biologie moléculaire) | | <p>Promouvoir la formation continue en biologie moléculaire</p> |
| 5 | <p>Communication</p> <p>Insuffisance dans la communication inter commission</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Discordance des données entre les différentes commissions à la réunion du comité | <ul style="list-style-type: none"> • Problème de coordination inter commission | <ul style="list-style-type: none"> • Créer un cadre de concertation entre les commissions | |
| 6 | <p>Recherche</p> <p>Insuffisance dans la communication de l'évolution des différents projets de recherche</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Le non partage de l'évolution des différents projets de recherche | | <ul style="list-style-type: none"> • Partager le niveau de mise en œuvre de la recherche | |

| Laboratoire et recherche : Leçons apprises | | IMPACT(S) | FACTEURS FAVORISANTS | ACTIONS IMMEDIATE | ACTIONS MOYENS ET LONG TERMES |
|--|---|-----------|----------------------|---|-------------------------------|
| 1 | La nécessité de renforcer la collaboration entre les différents secteurs (One Health) | | | Créer un cadre de concertation inter secteur | |
| 2 | Capitaliser les expériences passées | | | Prévoir un budget pour la gestion des urgences sanitaires | |
| 3 | La nécessité de disposer d'un fond pour la gestion des urgences | | | Prévoir un budget pour la gestion des urgences sanitaires | |
| 4 | La nécessité d'avoir des spécialistes en biologie moléculaire et appareillage | | | Promouvoir la formation continue en biologie moléculaire | |
| 5 | La nécessité d'assurer la maintenance périodique des appareils | | | Signer des contrats de maintenance périodique | |
| 6 | La nécessité de décentraliser les activités de diagnostic | | | Renforcer le réseau des laboratoires | |
| 7 | La nécessité de respecter les procédures d'acquisition des intrants | | | Actualiser les procédures d'acquisition des intrants | |

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| 8 | La nécessité d'améliorer la communication entre les différentes commissions | | | Créer un cadre de concertation entre les différentes commissions | |
| | | | | | |

Autres recommandations pour la commission

Revoir la stratégie des counselings pour les cas positifs et négatifs
Insérer un point sur le résultat du contrôle interne

| 5.3.6 Prise en charge | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|---|
| PRATIQUES EXEMPLAIRES | | IMPACT(S) | FACTEURS FAVORISANTS | ACTIONS IMMEDIATE | ACTIONS MOYENS ET LONG TERMES |
| 1 | La mise à contribution des jeunes médecins et des étudiants en médecine | <ul style="list-style-type: none"> • Continuité du service dans la prise en charge des patients COVID • Renforcement des ressources humaines • Renforcement des capacités des acteurs | <ul style="list-style-type: none"> • Appui des partenaires (PTFs) • L'engagement volontaire des jeunes médecins et étudiants en médecine | <ul style="list-style-type: none"> • Documenter l'expérience sur l'engagement des jeunes volontaires • Délivrer des témoignages de Satisfaction au personnel ayant intervenu dans la gestion de l'épidémie à covid | <p>Créer un cadre formel de collaboration avec les associations intervenant dans le secteur de la santé</p> <p>Inciter les autres corps de la santé à créer un cadre associatif</p> |
| 2 | L'existence des différents documents de normes et procédures sur la maladie à COVID-19 | <ul style="list-style-type: none"> • Uniformisation de la prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Existence des documents identiques concernant EBOLA • Expérience des pays atteints avant le Niger • Mise à disposition des normes et directives OMS, CDC | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre à jour la documentation sur la prise en charge de la maladie à covid • Vulgariser la documentation sur la prise en charge de la maladie à covid | <p>Intégrer la prise en charge de la maladie à covid dans le curricula des écoles de santé</p> |
| 3 | Disponibilité des médicaments de base, consommables et équipements de protection pour la prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Optimisation de la prise en charge • Mise en confiance des patients et du personnel soignant | <ul style="list-style-type: none"> • Engagement politique • Appui des partenaires, des institutions étatiques, privées et particuliers | <ul style="list-style-type: none"> • Constituer des stocks de sécurité (lots catastrophe) • Constituer des kits sanitaires d'urgences | <p>Former des logisticiens chargés de la gestion des stocks d'urgences</p> |

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Contribution à un bon taux de guérison | <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un dispositif d'approvisionnement national • Réorientation des stocks • D'intrants des formations sanitaires | <ul style="list-style-type: none"> • Veiller à une gestion rationnelle du stock | |
| 4 | Mise en place d'un pool de prise en charge (PEC) de la maladie à covid dans chaque région | <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'accessibilité aux soins • | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de ressources humaines qualifiées • Mise en place de dispositif de prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser le dispositif de Veille de la prise en charge • Organiser des sessions de formation continue des agents de santé sur la prise en charge de la maladie à covid • | <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des sessions de formation continue des agents de santé sur la prise en charge de la maladie à covid • Intégrer la PEC de la maladie à COVID dans le paquet des soins |
| 5 | La collaboration/complémentarité et contribution des partenaires | <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'accessibilité de la prise en charge • Optimisation de la prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un cadre formel de concertation Ministère de la Santé Publique/partenaires techniques et financiers/organisations de la société civile du secteur de la santé (OSC) | <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir la synergie au sein du cadre de concertation Ministère de la Santé Publique/partenaires techniques et financiers/organisations de la société civile du secteur de la santé (OSC) | <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir la synergie au sein du cadre de concertation Ministère de la Santé Publique/partenaires techniques et financiers/organisations de la société civile du secteur de la santé (OSC) • Intégrer la PEC de la COVID dans le paquet des soins |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6 | L'organisation structurelle et fonctionnelle de la prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Optimisation de la prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Capitalisation des expériences des autres pays et des acquis de la préparation à EBOLA • Implication des autorités administratives et politiques • L'adaptation et la flexibilité des structures de santé | <ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser le dispositif de Veille de la prise en charge de la maladie à covid | <ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser le dispositif de Veille de la prise en charge de la maladie à covid |
| 7 | La mise en place d'une base de données | <ul style="list-style-type: none"> • La disponibilité des données qui permettent l'analyse et la prise des décisions | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des compétences et des moyens | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre à jour la base des données | <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la base des données • Intégrer la base des données dans une plateforme sécurisée |
| 8 | Existence et fonctionnalité de la commission prise en charge comprenant l'ensemble des parties prenantes (public, privée, FDS, PTFs, OSC ...) | <ul style="list-style-type: none"> • Intégration de toutes les parties prenantes dans le processus de la PEC de la maladie à covid | <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un cadre de concertation Ministère de la Santé Publique/partenaires techniques et financiers/organisations de la société civile du secteur de la santé (OSC) • Disponibilité et engagement des partenaires/OSC | <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir le dispositif en état de veille de la prise en charge de la maladie à covid • Elaboration des rapports d'activités | <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir le dispositif en état de veille de la prise en charge de la maladie à covid |

| | | | | | |
|----|--|--|--|---|--|
| 9 | Bonne performance dans la gestion des cas de la covid-19 | <ul style="list-style-type: none"> • Obtention d'un bon taux de guérison | <ul style="list-style-type: none"> • Gratuité de la PEC • Existence des normes et procédures • Existence des moyens et compétences | <ul style="list-style-type: none"> • Rédiger le document définissant les rôles et responsabilités dans la prise en charge de la maladie à COVID-19 • Pérenniser les mesures de précautions universelles en milieu de soins • Redéfinir le circuit normal du patient et celui en période de crise • Adapter les ordinogrammes pour les situations de crise | <ul style="list-style-type: none"> • Vulgariser les documents définissant les rôles et responsabilités dans la PEC de la maladie à covid • Vulgariser les mesures de précautions universelles en milieu de soins • Mettre à jour le circuit normal du patient et en période de crise • Mettre à jour les ordinogrammes en situation de crise |
| 10 | taux de guérison élevé | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la santé de la population • Renforcement de la confiance des populations envers le système de santé • Motivation des soignants • Atténuation de la psychose vis-à-vis de la maladie à COVID | <ul style="list-style-type: none"> • Anticipation des soins • Respects des protocoles existants • Disponibilité des médicaments spécifiques | <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir la disponibilité des médicaments et autres équipements • Renforcer la formation du personnel de santé • Pérenniser le dispositif de veille de la PEC de la maladie à covid | <ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser le dispositif de veille de la PEC de la maladie à covid |

| | | | | | |
|----|---|---|--|--|---|
| | | | | | |
| 11 | Répartition des rôles, responsabilités et bonne collaboration | <ul style="list-style-type: none"> • Meilleure organisation et fluidité dans la prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Anticipation des procédures | <ul style="list-style-type: none"> • Rédiger le document définissant les rôles et responsabilités dans la prise en charge de la maladie à COVID • Pérenniser les mesures de précaution universelle en milieu de soins • Redéfinir le circuit normal du patient et celui en période de crise • Adapter les ordinogrammes pour les situations de crise | <ul style="list-style-type: none"> • Vulgariser les documents définissant les rôles et responsabilités de PEC de la maladie à covid • Vulgariser les mesures de précaution universelle en milieu de soins • Mettre à jour le circuit normal du patient et en période de crise • Mettre à jour les ordinogrammes en situation de crise |
| 12 | Implication du secteur privé à travers la plateforme | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la détection des cas covid • Prise en charge inclusive | <ul style="list-style-type: none"> • Création de la plateforme du secteur privé de la santé | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le cadre de collaboration du Ministère de la Santé Publique avec le secteur privé de la santé • Renforcer la Formation du personnel des structures privées du secteur de la santé sur | <ul style="list-style-type: none"> • Inciter le secteur privé de la santé à se réorganiser pour une meilleure collaboration dans la gestion des épidémies |

| | | | | | |
|----|---|---|--|--|--|
| | | | | <p>la PEC de la maladie à COVID</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clarifier la gestion des procédures des cas COVID | |
| 13 | <p>Mise en place des équipes mobiles de prise en charge à domicile</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du pré hospitalier • Allègement du travail des hôpitaux • Atténuation de la psychose pour les patients et les familles • Humanisation de la prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Appui des PTFs • Disponibilité des jeunes médecins • Adaptation des expériences d'ailleurs | <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer des ordigrammes pour la prise en charge à domicile • Délivrer des témoignages de satisfaction aux agents ayant participé à la prise en charge à domicile (personnel de santé et d'appui) | <ul style="list-style-type: none"> • Créer et actualiser la base des données du personnel des équipes mobiles |
| 14 | <p>Mise en place des sites secondaires de prise en charge de la maladie à covid</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du tri et de l'isolement des cas • Amélioration de la qualité des soins | <ul style="list-style-type: none"> • Intervention des PTFs et de l'aide humanitaire | <ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser le fonctionnement des sites de prise en charge de la maladie à covid • Généraliser la prise en charge des patients COVID à l'ensemble des centres hospitaliers | <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'appropriation par l'Etat du financement de ces activités |
| 15 | <p>Gratuité de la prise en charge</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Accès des soins à tous • Uniformité de la prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Fort engagement politique de l'Etat • Aide de divers partenaires | <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer des textes clairs en période de crise sanitaire sur la gratuité des soins • Etablir les procédures | <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la PEC de la COVID dans le panier de soins pour la couverture santé universelle |

| | | | | | |
|----|---|--|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Contribution au bon taux de guérison | | de remboursement des hôpitaux | |
| 16 | Mise en place d'un système de transport médicalisé | <ul style="list-style-type: none"> • Qualité des transferts • Réduction des complications • Valorisation du SAMU (changement de statut) | <ul style="list-style-type: none"> • Existence du SAMU • Renforcement des capacités du pré hospitalier | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la logistique du SAMU • Renforcer le fonctionnement du SAMU • Création des antennes régionales du SAMU | <ul style="list-style-type: none"> • Créer une plateforme regroupant les structures pré hospitalières/services des urgences |
| 17 | Organisation des transferts des patients | <ul style="list-style-type: none"> • Meilleure régulation des patients | <ul style="list-style-type: none"> • Expérience du SAMU | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la logistique du SAMU • Création des antennes régionales du SAMU | <ul style="list-style-type: none"> • Créer une plateforme regroupant les structures pré hospitalières/services des urgences |
| 18 | Mise en place d'un système d'écoute | <ul style="list-style-type: none"> • Meilleure coordination • Meilleure écoute de la population • Meilleur accès à l'information | <ul style="list-style-type: none"> • Appui de l'Etat et des PTFs • Mise à contribution des jeunes médecins | <ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser le système d'écoute | <ul style="list-style-type: none"> • Elargir le réseau d'écoute à l'ensemble de la plateforme des services pré hospitalières/services des urgences |
| 19 | Mise en place d'un système de régulation des appels d'urgence | <ul style="list-style-type: none"> • Meilleure gestion des appels pour aide médicale | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du logiciel de régulation | <ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser le système d'écoute | <ul style="list-style-type: none"> • Elargir le réseau d'écoute à l'ensemble de la plateforme des services pré hospitalières/services des urgences |

| | | | | | |
|----|---|--|---|--|---|
| 20 | Organisation de quelques sessions de formations du personnel de santé | <ul style="list-style-type: none"> • Mise en confiance du personnel • Amélioration de la qualité de la prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Formation de formateur antérieure | <ul style="list-style-type: none"> • Continuer la formation et assurer le recyclage du personnel • Faire la mise à jour des modules de formation | <ul style="list-style-type: none"> • Introduire les modules de formation dans le curricula des universités et écoles de santé |
| 21 | Appui de l'équipe de prise en charge psychosocial | <ul style="list-style-type: none"> • Meilleure gestion de la psychose et de toutes ses implications | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'un pool de professionnel | <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la prise en charge psychosociale dans toutes les équipes de riposte et la prise en charge de la maladie à covid | <ul style="list-style-type: none"> • Introduire les modules de formation sur la prise en charge psychosociale dans le curricula des universités et écoles de santé • Vulgariser le guide de gestion de stress |
| 22 | Mise en place de la sous-commission prise en charge psychosociale | <ul style="list-style-type: none"> • Systématisation de la prise en charge psychologique sur certains sites | <ul style="list-style-type: none"> • Organisation en commission qui permet une meilleure synergie d'action | <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la prise en charge psychosociale dans toutes les équipes de riposte et la prise en charge de la maladie à covid | <ul style="list-style-type: none"> • Introduire les modules de formation sur la prise en charge psychosociale dans le curricula des universités et écoles de santé • Vulgariser le guide de gestion de stress |
| 23 | Prise en charge des cas et des familles | <ul style="list-style-type: none"> • Diminution du stress | <ul style="list-style-type: none"> • Existence de la cellule psycho sociale | <ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser l'intégration des spécialistes de la prise en charge psychosociale dans les équipes | <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les spécialistes de la prise en charge psychosociale dans les équipes du dispositif de veille de la prise en charge de la maladie à covid |
| 24 | Tenue régulière des réunions de la commission prise en charge et de ses démembrements | <ul style="list-style-type: none"> • Bonne coordination et mise à jour des données et protocoles de prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Existence de points focaux sur les différents sites | <ul style="list-style-type: none"> • Etablir un calendrier à intégrer au dispositif de veille de la prise en charge de la maladie à covid | <ul style="list-style-type: none"> • Capitaliser les données issues des réunions des commissions |

| | | | | | |
|----|--|---|---|--|---|
| 25 | Participation aux réunions de coordination | <ul style="list-style-type: none"> • Meilleure organisation | <ul style="list-style-type: none"> • Le caractère inclusif de l'organisation générale | <ul style="list-style-type: none"> • Etablir un calendrier à intégrer au dispositif de veille de la prise en charge de la maladie à covid | <ul style="list-style-type: none"> • Capitaliser les données issues des réunions des commissions |
| 26 | Formation à l'endroit des agents du SAMU sur l'écoute active | <ul style="list-style-type: none"> • Meilleure gestion des appels à la régulation • Meilleure inter action patient /soignant en pré hospitalier | <ul style="list-style-type: none"> • Existence de la commission psychosociale | <ul style="list-style-type: none"> • Assurer le recyclage des équipes du SAMU sur l'écoute active | <ul style="list-style-type: none"> • Créer une base de données du personnel formé sur l'écoute active et éventuellement les fidéliser à la structure |
| 27 | Formation des agents de santé en première ligne sur l'auto gestion du stress | <ul style="list-style-type: none"> • Bonne motivation • Meilleur moral des agents soignant | <ul style="list-style-type: none"> • Existence de la commission psychosociale | <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la prise en charge psychosociale dans toutes les équipes de riposte et la prise en charge de la maladie à covid | <ul style="list-style-type: none"> • Introduire les modules de formation sur la prise en charge psychosociale dans le curricula des universités et écoles de santé • Vulgariser le guide de gestion de stress |
| 28 | Elaboration d'un guide pratique sur l'auto gestion de stress | <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la gestion de stress • Facilité de vulgarisation | <ul style="list-style-type: none"> • Existence de la commission psychosociale | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre rapidement la vulgarisation du guide | <ul style="list-style-type: none"> • Introduire le guide de gestion de stress dans le curricula de formation |
| 29 | Coordination pour la gestion de l'approvisionnement des intrants | <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la disponibilité constante d'intrants | <ul style="list-style-type: none"> • Implication de l'ONPPC et l'existence de points focaux sur les différents sites | <ul style="list-style-type: none"> • Assurer un stock de sécurité • Veiller à une gestion rationnelle des intrants | <ul style="list-style-type: none"> • Adapter les normes et procédures de passation des marchés en situation d'urgence |

| | | | | | |
|----|--|--|--|---|---|
| 30 | Disponibilité d'une équipe pour la gestion et la distribution des intrants | <ul style="list-style-type: none"> • Facilitation des livraisons | <ul style="list-style-type: none"> • Organisation de la commission prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la gestion de stock en situation d'urgence | <ul style="list-style-type: none"> • Adapter les normes et procédures de gestion de stock en situation d'urgence |
| 31 | La motivation financière de certaines équipes de la prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Valorisation des agents | <ul style="list-style-type: none"> • Dispositions préalablement prises par l'Etat | <ul style="list-style-type: none"> • Formaliser les primes de motivation • Généraliser cette prime de motivation à l'ensemble des acteurs de la prise en charge de la maladie à covid | <ul style="list-style-type: none"> • Création d'une ligne budgétaire dans les budgets des structures de santé pour la prise en charge des primes de motivation en situation d'urgences |
| 32 | Forte mobilisation des agents de santé dédiée à la prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la qualité de la prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Fort Volontariat des agents de santé • Appui des ONG et PTFs qui ont recruté du personnel | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un système de réserve des agents formés à la prise en charge de la maladie à covid au niveau de toutes les structures de santé | <ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser le dispositif global de réponse à la pandémie de la maladie à covid |
| 33 | Mission de formation à l'intérieur du pays | <ul style="list-style-type: none"> • Uniformisation de la prise en charge sur tout le territoire National | <ul style="list-style-type: none"> • Anticipation sur la formation des formateurs • L'appui financier des PTFs et ONG | <ul style="list-style-type: none"> • Appuyer les équipes de formation à l'intérieur du pays | <ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser et assurer une mise à jour régulière de formations des formateurs |
| 34 | Appui aux régions | <ul style="list-style-type: none"> • Uniformisation de la prise en charge sur le territoire National | <ul style="list-style-type: none"> • La bonne coordination avec les différents points focaux à l'intérieur du pays | <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'interaction entre les différents responsables des structures | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un dispositif de veille opérationnel de la prise en charge de la maladie à covid dans chaque région |
| 35 | Mise en place des comités pluridisciplinaires de gestion de COVID au niveau des hôpitaux | <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge globale prenant en compte tous les différents aspects de | <ul style="list-style-type: none"> • L'adhésion de tous les acteurs | <ul style="list-style-type: none"> • Prendre un acte administratif pour la création et le fonctionnement de veille sanitaire | <ul style="list-style-type: none"> • Uniformiser le modèle et le mécanisme de fonctionnement des comités pluridisciplinaires de gestion de COVID au niveau des |

| | | la prise en charge | | | hôpitaux |
|----|---|--|--|---|---|
| 36 | Mise en place d'un système de tri avancé au niveau des hôpitaux | <ul style="list-style-type: none"> • Réduction du taux de contamination • Meilleure orientation des patients • Renforcement de la confiance des usagers et des prestataires • Réorganisation des services des urgences | <ul style="list-style-type: none"> • Fort engagement des hôpitaux (recrutement des RH additionnel, ressources financières) • Existence de plans blancs (gestion de crise sanitaire) • Appui des PTFs • Prise en compte des procédures des pays déjà impactés par la COVID 19 | <ul style="list-style-type: none"> • Créer ou pérenniser le système de tri avancé au niveau des hôpitaux | <ul style="list-style-type: none"> • Créer ou pérenniser le système de tri avancé sur l'ensemble des structures de santé |
| 37 | Mise en place d'unités de prise en charge des cas suspects | <ul style="list-style-type: none"> • Sécurisation des patients • Sécurisation de la population | <ul style="list-style-type: none"> • Efficacité du dispositif • Implication à tous les niveaux | <ul style="list-style-type: none"> • Créer ou pérenniser le système de PEC des cas suspects covid | <ul style="list-style-type: none"> • Créer ou pérenniser le système de PEC des cas suspects covid |
| 38 | Sensibilisation et renforcement des mesures d'hygiène et de PCI à l'endroit du personnel et des usagers | <ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la transmission de la covid 19 | <ul style="list-style-type: none"> • Campagne médiatique | <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir l'application des différentes mesures d'hygiène et de PCI | <ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser l'application des différentes mesures d'hygiène et de PCI |
| 39 | Effort des hôpitaux dans le cadre de l'acquisition des intrants | <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients | <ul style="list-style-type: none"> • Réaménagement budgétaire • Existence des caisses mini dépenses dans les | <ul style="list-style-type: none"> • Création d'une ligne budgétaire dans les budgets des structures de santé pour la prise en charge des primes | <ul style="list-style-type: none"> • Etablir les procédures de remboursement des hôpitaux |

| | | | | | |
|----|--|--|---|---|--|
| | | | hôpitaux | de motivation en situation d'urgences | |
| 40 | Mise en place de centre de traitement COVID avec les partenaires | <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la qualité des soins • Décentralisation des soins • Eviter le surpeuplement des hôpitaux | <ul style="list-style-type: none"> • Bonnes relations avec les PTFs et ONG | <ul style="list-style-type: none"> • Appuyer les centres hospitaliers pour la création d'unité de traitement COVID | <ul style="list-style-type: none"> • Inclure la prise en charge dans le panier de soins de la couverture santé universelle |
| 41 | L'anticipation de la gestion de la crise (Préparation du système d'alerte) | <ul style="list-style-type: none"> • Meilleure gestion de la crise sanitaire | <ul style="list-style-type: none"> • L'expérience de la gestion dans d'autres pays atteints avant le Niger | <ul style="list-style-type: none"> • Formaliser les normes et procédures de prise en charge COVID | <ul style="list-style-type: none"> • Création de la base de données de l'ensemble des acteurs de la gestion de crise |
| 42 | L'engagement politique fort | <ul style="list-style-type: none"> • Facilité de la mise en œuvre de la riposte face à la pandémie | <ul style="list-style-type: none"> • Bonne compréhension de la crise sanitaire | <ul style="list-style-type: none"> • Obtenir un engagement financier formel et perrain pour les actions d'urgences sanitaires par un vote à l'assemblée nationale Maintenir l'engagement politique | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le plaidoyer pour le financement de la santé de la part de l'état |
| 43 | Mise en place des sites de dépistage (SGSK) | <ul style="list-style-type: none"> • Accélération de la détection des cas • Amélioration du délai de prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Implication politique • Appui des PTFs et ONG | <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer le fonctionnement des sites de dépistage • Mettre en place un laboratoire mobile | <ul style="list-style-type: none"> • Identifier et rendre opérationnel un nouveau site permanent de gestion des grandes épidémies |

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 44 | Existence de services des soins intensifs pour la gestion des cas suspects sévères | <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge optimale des cas graves | <ul style="list-style-type: none"> • Existence préalable de certaines unités de soins intensifs • Récente rénovation des urgences de certains hôpitaux avec création de soins intensifs | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les unités de soins intensifs • Former des réanimateurs et des intensivistes | <ul style="list-style-type: none"> • Créer des unités de soins intensifs dans l'ensemble des CHR |
|----|--|---|---|---|---|

| Prise en charge : DEFIS | | IMPACT(S) | FACTEURS LIMITANTS | ACTIONS IMMEDIATE | ACTIONS MOYENS ET LONG TERMES |
|-------------------------|--|--|---|--|---|
| 1 | Retard dans la mise en place de l'unité de réanimation affectée au cas COVID | <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté dans la prise en charge des premiers cas graves | <ul style="list-style-type: none"> • Délai nécessaire pour adapter les locaux et redéployer les équipements | <ul style="list-style-type: none"> • Installer des unités de réanimation permanentes sur chaque site de prise en charge covid • Renforcer les équipements des services de réanimations et de soins intensifs existants | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre tous les CHR et hôpitaux aux normes en matière d'urgences et réanimation |
| 2 | L'absence d'un réseau entre les réanimateurs | <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté dans l'établissement des premiers protocoles de prise en charge des cas graves covid • Absence de mutualisation des réanimateurs des différents hôpitaux | <ul style="list-style-type: none"> • Dysfonctionnement de la SONARMU (association des réanimateurs) • Lourdeur des procédures administratives | <ul style="list-style-type: none"> • Redynamiser la SONARMU • Elaborer des guides pour les soins spécifiques de réanimation en matière de covid | <ul style="list-style-type: none"> • Formaliser les procédures permettant la mutualisation des réanimateurs • Vulgariser les guides pour les soins spécifiques de réanimation covid |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|
| 3 | L'absence de dossier systématique accompagnant les patients transférés et au cours de la prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté dans la PEC • Diminution de la qualité des soins • Méconnaissance des antécédents des patients | <ul style="list-style-type: none"> • Déficit de communication entre les hôpitaux • Transmission non effective entre les équipes • Non application des procédures de référence et contre référence | <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer un dossier standard suivant le patient sur tout son parcours de prise en charge • Sensibiliser les soignants sur la tenue des dossiers • Améliorer l'archivage des dossiers | <ul style="list-style-type: none"> • Informatiser le dossier patient |
| 4 | Absence de supports papiers pour le test PCR | <ul style="list-style-type: none"> • Pas de documents tangibles pour étayer le diagnostic • Renforcement du déni | <ul style="list-style-type: none"> • Psychose collective et sentiment de stigmatisation des patients covid (trop de secret) | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibiliser un bulletin pour le résultat | <ul style="list-style-type: none"> • Inclure le test dans les examens de routine des structures de prise en charge |
| 5 | L'insuffisance des items de la base de données | <ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise complétude des dossiers • Difficultés dans l'analyse et la recherche | <ul style="list-style-type: none"> • Absence de dossier consensuel pour chaque patient • Absence de concordance des données | <ul style="list-style-type: none"> • Compléter les items de la base de données des cas covid • Sécuriser la base de données des cas covid et assurer l'anonymat et la confidentialité des données | <ul style="list-style-type: none"> • Exploiter la base de données des cas covid pour la recherche |
| 6 | Inadéquation du temps de mise à disposition des équipements de réanimation | <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté dans la prise en charge • Difficulté dans • L'application de certains protocoles | <ul style="list-style-type: none"> • Déficit de coordination | <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à la répartition des différents équipements de réanimation au plus tôt | <ul style="list-style-type: none"> • Tenir un répertoire pour la comptabilité matière des équipements de réanimation |

| | | | | | |
|----|---|---|--|---|---|
| 7 | L'absence de mise à jour du protocole en réanimation | <ul style="list-style-type: none"> • Dysfonctionnement du réseau des réanimateurs | <ul style="list-style-type: none"> • Dysfonctionnement de la SONARMU | <ul style="list-style-type: none"> • Instaurer des mises à jour périodiques du protocole de réanimation dans la prise en charge covid • Mettre la SONARMU à contribution | <ul style="list-style-type: none"> • Inclure le protocole de réanimation dans la prise en charge covid dans le curricula d'enseignement universitaire et des écoles de santé |
| 8 | La limite du système de communication entre labo-sites et équipe de transfert-sites | <ul style="list-style-type: none"> • Retard dans la prise en charge des cas | <ul style="list-style-type: none"> • Déficit de communication | <ul style="list-style-type: none"> • Créer une ligne directe de communication entre les sites de gestion de l'épidémie • Formaliser le circuit de transmission des informations dans la gestion des cas | <ul style="list-style-type: none"> • Elargir la plateforme du SAMU aux urgences et sites de prise en charge covid |
| 9 | Difficultés d'approvisionnement des drogues de prise en charge des comorbidités (XXXXX) | <ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la qualité de la PEC • Difficulté pour les hôpitaux d'acquérir des drogues de prise en charge des comorbidités (caisse vide) | <ul style="list-style-type: none"> • Lourdeur administrative • Non prise en compte des produits de prise en charge des comorbidités dans l'approvisionnement initial | <ul style="list-style-type: none"> • Inclure les produits de prise en charge des comorbidités dans les commandes covid • Créer un répertoire des produits de prise en charge des comorbidités | <ul style="list-style-type: none"> • Créer un stock de sécurité des produits de prise en charge des comorbidités |
| 10 | La lenteur du rendu des résultats PCR pour les cas en isolement et les cas instables | <ul style="list-style-type: none"> • Retard de prise en charge • Aggravation secondaire de certains patients | <ul style="list-style-type: none"> • Dichotomie entre le laboratoire (résultat) et les praticiens hospitaliers (urgence clinique) | <ul style="list-style-type: none"> • Prioriser les tests des cas en isolement et des cas instables • Augmenter la quantité d'équipement nécessaire à la réalisation des tests de diagnostic | <ul style="list-style-type: none"> • Délocaliser les tests au niveau des centres de traitement des cas covid |

| | | | | | |
|----|---|---|--|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Optimiser l'utilisation des équipements d'analyse | |
| 11 | Difficulté de gestion de l'annonce des résultats des tests non concluants | <ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise compréhension des résultats • Création d'un climat de méfiance | <ul style="list-style-type: none"> • Absence des procédures préétablies pour la gestion des résultats non concluants | <ul style="list-style-type: none"> • Etablir et vulgariser les procédures pour la gestion des résultats non concluants | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la formation des techniciens assurant les prélèvements et la réalisation des tests |
| 12 | La sous-estimation initiale du besoin en personnel | <ul style="list-style-type: none"> • Surcharge du travail pour le personnel • | <ul style="list-style-type: none"> • Absence de mutualisation initiale des ressources humaines | <ul style="list-style-type: none"> • Former l'ensemble du personnel de santé afin de constituer un stock de réservistes | <ul style="list-style-type: none"> • Etablir les normes pour les équipes de prise en charge covid |
| 13 | Déficit de retro information des références | <ul style="list-style-type: none"> • Déficit de la complétude des dossiers | <ul style="list-style-type: none"> • Absence des dossiers patients dès le transfert | <ul style="list-style-type: none"> • Systématiser la fiche de référence • Mettre en place un dispositif de communication entre les sites de prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Vulgariser les procédures de référence contre référence |
| 14 | Déficit d'information aux familles | <ul style="list-style-type: none"> • Accentuation de la psychose • Installation d'un climat de méfiance | <ul style="list-style-type: none"> • Déficit en personnel • Surcharge de travail • Insuffisance de la prise en charge psychosociale | <ul style="list-style-type: none"> • Impliquer d'avantage les unités psycho sociales et les services de communication dans la gestion des cas covid | <ul style="list-style-type: none"> • Créer les cellules de communication, d'appui et d'aide psycho sociale sur tous les sites de prise en charge covid |
| 15 | Insuffisance des mesures de protection du personnel soignant au début de l'épidémie | <ul style="list-style-type: none"> • Accentuation de la psychose du personnel soignant • Installation d'un climat de méfiance du personnel soignant | <ul style="list-style-type: none"> • Déficit en intrants • Méconnaissance des procédures de PCI • Retard de la formation sur la PCI | <ul style="list-style-type: none"> • Faire des stocks de sécurité au niveau des sites de prise en charge • Répartition rationnelle de l'équipement sur la base des données antérieures | <ul style="list-style-type: none"> • Créer un stock de sécurité des EPI au niveau National |

| | | | | | |
|----|--|---|--|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Confectionner des EPI réutilisables | |
| 16 | Déni de la maladie à COVID-19 par certains agents de santé | <ul style="list-style-type: none"> • Aggravation de l'état de santé de certains patients • Retard dans la prise en charge de certains patients | <ul style="list-style-type: none"> • Absence de synergie administrative et médicale • Non vulgarisation des documents de directives nationales et de protocole de prise en charge en matière de covid au Niger | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la formation du personnel de santé sur les directives de prise en charge covid • Améliorer la sensibilisation sur la maladie à covid • Vulgariser les documents nationaux officiels en matière de prise en charge de la maladie à covid auprès des agents de santé | <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir la coordination entre les différents composants de la réponse contre la pandémie à covid • Inclure la prise en charge de la maladie à covid dans le paquet de soins |
| 17 | Inadéquation des procédures d'accueil et d'isolement des cas suspects (hébergement, toilette, convivialité, stigmatisation...) | <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté de gestion des patients • Refus des soins • Circulation de fausses ou alarmantes rumeurs | <ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise anticipation des besoins sur les sites des soins | <ul style="list-style-type: none"> • Prévoir des services pouvant permettre de respecter non seulement les mesures d'isolement des cas suspects mais aussi de pouvoir les prendre en charge de manière adéquate (chambre individuelle) • Former les agents à | <ul style="list-style-type: none"> • Inclure la prise en charge de la maladie à covid dans le panier de soins |

| | | | | | |
|----|--|---|---|--|---|
| | | | | <p>l'accompagnement des patients en situation de stress et d'isolement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer le côté « hôtellerie » de l'hospitalisation tout en respectant les mesures de PCI | |
| 18 | <p>Stigmatisation au sein du personnel de santé</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à recruter et renforcer les équipes dédiées à la prise en charge des patients covid positif | <ul style="list-style-type: none"> • Retard de formation • Désinformation | <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la formation continue des agents de santé sur la prise en charge de la maladie à covid 19 • Vulgariser les mesures de PCI auprès des agents de santé | <ul style="list-style-type: none"> • Entreprendre une forte campagne médiatique de sensibilisation sur santé et sécurité au travail |
| 19 | <p>Le déni de la maladie et agressivité des patients et des familles</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Refus de soins • Aggravation de l'état de santé de certains cas • Propagation de la maladie | <ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise information initiale sur la pathologie | <ul style="list-style-type: none"> • Revoir la communication envers le grand public pour l'adapter au contexte du pays • Faire des spots pour expliquer les modalités d'isolement et de prise en charge des patients • Impliquer les psychologues dans le counseling pré et post test | <ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser le système d'écoute et d'information pour le grand public • Renforccer les capacités en CIP des agents de santé |

| | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|
| 20 | Retard dans la mise en place de la sous-commission psychosociale | <ul style="list-style-type: none"> • Entretien de la psychose • Retard dans la mise en œuvre du plan psychosocial | <ul style="list-style-type: none"> • Vision divergente au sein de la commission prise en charge au sujet de la prise en charge psychosociale | <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les spécialistes de la prise en charge psychosociale dans toutes les équipes de riposte et de prise en charge des patients COVID | <ul style="list-style-type: none"> • Introduire les modules de formation sur l'assistance psychologique en cas d'épidémie dans le curricula des universités et écoles de santé |
| 21 | Démotivation des agents de la sous-commission psychosociale | <ul style="list-style-type: none"> • Absence des psychologues sur le terrain dès le début de l'épidémie à COVID • Mauvaise gestion du stress des équipes et des patients | <ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise coordination • Vision divergente au sein de la commission prise en charge au sujet de la prise en charge psychosociale | <ul style="list-style-type: none"> • Généraliser la motivation financière à l'ensemble des membres de la commission prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les spécialistes de la prise en charge psychosociale dans toutes les équipes de riposte et de prise en charge des patients COVID |
| 22 | Non fonctionnalité des équipes mobiles psychosociales | <ul style="list-style-type: none"> • Absence des psychologues sur le terrain dès le début • Mauvaise gestion du stress des équipes et des patients | <ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise coordination | <ul style="list-style-type: none"> • Constituer des équipes pluridisciplinaires pour un meilleur résultat thérapeutique • Assurer une bonne coordination entre les équipes | <ul style="list-style-type: none"> • Constituer une base de données de l'équipe de la PEC et pérenniser le dispositif de Veille |
| 23 | Non prise en compte des agents du privé dans les sessions de formations | <ul style="list-style-type: none"> • Disparité dans la prise en charge • Frustration du secteur privé • Propagation de la maladie | <ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise coordination • Mauvaise collaboration d'une manière générale entre le secteur privé et le secteur public de la santé | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la tutelle du Ministère de la Santé Publique sur le secteur privé de la santé • Assurer une bonne collaboration entre les deux secteurs (publique et privé) de la santé • Prendre en compte le personnel du secteur privé de la santé dans les | <ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser la collaboration entre les deux secteurs (publique et privé) de la santé • Le MSP doit veiller à la fonctionnalité de la plateforme du secteur privé |

| | | | | sessions de formations | |
|----|---|---|---|--|--|
| 24 | Insuffisance du nombre d'agents de santé formés sur l'auto gestion du stress | <ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise répartition sur le territoire National • Mauvaise relation agent de Santé et malade | <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisances des moyens disponibles • Retard de la formation sur l'auto gestion du stress | <ul style="list-style-type: none"> • Généraliser la formation des agents de santé sur l'autogestion du stress | <ul style="list-style-type: none"> • Introduire le module auto gestion de stress dans le curricula des universités et des écoles de santé |
| 25 | Retard dans la formation des agents de santé sur la prise en charge COVID | <ul style="list-style-type: none"> • Contamination des agents de santé • Relation tendue entre agents de santé et patients • Désinformation du personnel | <ul style="list-style-type: none"> • Retard dans la mise en œuvre de la riposte à la pandémie | <ul style="list-style-type: none"> • Continuer la formation tout en faisant des mises à jour au fur et à mesure que de nouvelles données apparaissent | <ul style="list-style-type: none"> • Introduire l'enseignement de la maladie à COVID dans le curricula des universités et des écoles de santé |
| 26 | Difficulté d'entrée du personnel international avec la fermeture des frontières | <ul style="list-style-type: none"> • Limitation de la prise en charge et de l'approvisionnement en intrants • Retard dans le renforcement des équipes | <ul style="list-style-type: none"> • Suspension des vols au niveau international et la fermeture des frontières | <ul style="list-style-type: none"> • Prendre les décisions politiques tout en faisant des marges pour d'éventuelles urgences | <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer dans le plan ORSEC une compoSanté relative à la circulation des convois humanitaires • Prendre les décisions politiques tout en faisant des marges pour des éventuelles urgences |
| 27 | Insuffisance dans la sécurité au travail des agents de santé au début de l'épidémie | <ul style="list-style-type: none"> • Entretien de la psychose • Difficulté de recruter pour renforcer les équipes | <ul style="list-style-type: none"> • Déficit en intrants • Méconnaissance des procédures | <ul style="list-style-type: none"> • Chaque structure sanitaire doit posséder un stock de sécurité en EPI | <ul style="list-style-type: none"> • Faire des formations sur la sécurité au travail de l'agent de santé |

| | | | | | |
|----|--|--|---|---|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Les responsables des structures sanitaires doivent assurer la sécurité de leurs employés par la création des comités santé et sécurité au travail | |
| 28 | Psychose engendrée par la maladie au niveau des familles, des malades et du personnel soignant | <ul style="list-style-type: none"> • Accentuation du stress | <ul style="list-style-type: none"> • Absence de formation et d'information des populations • Problème de communication | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les campagnes de sensibilisation sur la maladie à COVID19 • Renforcer l'implication des équipes psychosociales auprès des familles et des patients | <ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser et actualiser les campagnes de sensibilisation sur la maladie à COVID19 |
| 29 | Non maîtrise de la définition des cas suspect aux services des tris | <ul style="list-style-type: none"> • Retard dans la détection des cas • Surcharge de travail | <ul style="list-style-type: none"> • Retard dans la formation | <ul style="list-style-type: none"> • Réviser et valider la fiche de tris des patients • Vulgariser les nouveaux outils de tris des patients | <ul style="list-style-type: none"> • Inclure les outils de tris des patients dans les directives nationales de prise en charge de la maladie à covid |
| 30 | Désinformation dans les réseaux sociaux | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du stress, du déni et de la méfiance | <ul style="list-style-type: none"> • Mauvais contrôle des réseaux sociaux • Insuffisance dans la communication officielle | <ul style="list-style-type: none"> • Multiplier et faciliter l'accès à l'information officielle • Sensibiliser sur les risques de la désinformation | <ul style="list-style-type: none"> • Contrôler les réseaux sociaux • Créer un cadre d'échange entre les soignants et le comité en charge de la communication |
| 31 | Taux de contamination du personnel soignant élevé en début d'épidémie (XXXX) | <ul style="list-style-type: none"> • Dysfonctionnement de certains services hospitaliers | <ul style="list-style-type: none"> • Manque de formation • Méconnaissance des procédures | <ul style="list-style-type: none"> • Chaque structure sanitaire doit posséder un stock de sécurité en EPI • Les responsables des structures sanitaires doivent assurer la | <ul style="list-style-type: none"> • Créer des comités/service de santé et sécurité au travail |

| | | | | | |
|----|---|--|---|---|---|
| | | | | formation et la sécurité de de leurs employés | |
| 32 | Retard dans la validation du protocole de prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Non adhésion de certains cliniciens aux dispositifs mis en place • Retard dans la prise en charge spécifique des patients COVID • | <ul style="list-style-type: none"> • La non perception de l'urgence sanitaire • Lourdeur administrative | <ul style="list-style-type: none"> • Mis à jour et vulgarisation du protocole de prise en charge de la maladie à covid | <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer un canevas générique de rédaction de protocole pour la prise en charge des grandes endémies et catastrophes sanitaires |
| 33 | Dysfonctionnement des services de santé | <ul style="list-style-type: none"> • Arrêt du suivi médical de certains patients chroniques • Chute des recettes des hôpitaux | <ul style="list-style-type: none"> • Psychose généralisée • | <ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un circuit patient adapté permettant de continuer les soins de routine | <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer le circuit patient adapté au fonctionnement de toutes les structures de santé |
| 34 | Insuffisance dans la coordination avec les autres commissions | <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance d'inter action • Retard dans la prise en charge des patients • Incompréhension et impasse de procédure • Désinformation • Pluralité des équipes dans la prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Méconnaissance des procédures régulières | <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des réunions restreintes tournantes inter commissions chargées de la gestion de la pandémie à covid • Elaborer une fiche de rapportage pour les réunions des commissions • Inclure un représentant de la coordination à la réunion restreinte des commissions • Réunions restreintes | <ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser les réunions restreintes tournantes inter commissions chargées de la gestion de la pandémie à covid-19 <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la notion d'équipe pluri disciplinaires dans le dispositif de veille de prise en charge covid |

| | | | | | |
|----|--|--|---|---|--|
| | | | | <p>tournantes inter commissions chargées de la gestion de la pandémie à covid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constituer des équipes pluri disciplinaires dans la prise en charge covid | |
| 35 | L'existence des perdues des vues | <ul style="list-style-type: none"> • Accroissement du risque de contamination | <ul style="list-style-type: none"> • Légèreté du dispositif sécuritaire des sites • Mauvais contact fournis | <ul style="list-style-type: none"> • Sécuriser les sites de prise en charge covid • Renforcer le counseling pour un consentement éclairé des personnes prélevées | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la formation en counseling du personnel dédié au prélèvement du dépistage covid |
| 36 | Changement brutal des procédures de prise en charge sans avis de la commission (délai et nombre des contrôles après traitement, modalité de prise en charge) | <ul style="list-style-type: none"> • Incompréhension entre les équipes • Disparité dans la prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise coordination | <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des réunions restreintes tournantes inter commissions chargées de la gestion de la pandémie à covid • Elaborer une fiche de rapportage pour les réunions des commissions • Inclure un représentant de la coordination à la réunion restreinte des commissions | <ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser les réunions restreintes tournantes inter commissions chargées de la gestion de la pandémie à covid |

| | | | | | |
|----|--|--|--|---|--|
| 37 | Nombre insuffisant du personnel dédié à l'écoute des patients suivi à domicile (2 médecins) | <ul style="list-style-type: none"> • Surcharge de travail • Diminution de la qualité de prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Déficit en ressources humaines | <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les agents psychosociaux dans les équipes de prise en charge covid | <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la notion d'équipe pluri disciplinaires dans le dispositif de veille de prise en charge covid |
| 38 | Insuffisance dans l'accompagnement psychosocial des familles | <ul style="list-style-type: none"> • Installation d'un climat de méfiance et d'incompréhension • Non-respect des consignes | <ul style="list-style-type: none"> • Désinformation • Retard dans la mobilisation des équipes psychosociales | <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les agents psychosociaux dans les équipes de prise en charge covid | <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la notion d'équipe pluri disciplinaires dans le dispositif de veille de prise en charge covid |
| 39 | Absence de counseling pré test des voyageurs | <ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise préparation psychologique des voyageurs • Incompréhension ou colère en cas de retard ou d'annulation de voyage | <ul style="list-style-type: none"> • Pas de formation en counseling • Conformité aux exigences mondiales | <ul style="list-style-type: none"> • Systématiser le counseling lors du prélèvement des voyageurs • Elaborer un dépliant définissant les procédures pour les voyageurs départ/arrivée | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la formation en counseling du personnel dédié au prélèvement |
| 40 | Insuffisance de la reconnaissance du travail par les autorités | <ul style="list-style-type: none"> • Démotivation et frustration | <ul style="list-style-type: none"> • Lourdeur administrative | <ul style="list-style-type: none"> • Enclencher des procédures pour la délivrance de témoignage de satisfaction et des médailles | <ul style="list-style-type: none"> • Systématiser les procédures de décoration en cas de gestion des urgences et catastrophes |
| 41 | Non prise en compte de certaines catégories de patients (VIP) dans l'organisation au début de la prise en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Improvisation fréquente pour adapter les procédures | <ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise anticipation des réalités sociales de certains patients | <ul style="list-style-type: none"> • Humaniser l'ensemble des sites d'hébergement des patients | <ul style="list-style-type: none"> • Finaliser la construction du site dédié à la prise en charge des grandes épidémies |

| Prise en charge : Leçons apprises | Action recommandée | |
|---|---|---|
| | Mise en œuvre immédiate | Mise en œuvre à moyen et long terme |
| <ul style="list-style-type: none"> • Le respect de la sécurité au travail des agents de santé | <ul style="list-style-type: none"> • Chaque structure sanitaire doit posséder un stock de sécurité en EPI • Les responsables des structures sanitaires doivent assurer la sécurité de leurs employés avec la création des comités santé et sécurité au travail | <ul style="list-style-type: none"> • Faire des formations sur la sécurité au travail de l'agent de santé |
| <ul style="list-style-type: none"> • L'intérêt de la prise en charge psychosocial | <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la prise en charge psychosociale dans toutes les équipes de riposte et de prise en charge des patients COVID | <ul style="list-style-type: none"> • Introduire les modules de formation sur l'assistance psychologique en cas d'épidémie dans le curricula des universités et écoles de santé |
| <ul style="list-style-type: none"> • L'importance d'une bonne coordination pour l'atteinte des résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des réunions restreintes tournantes inter commissions chargées de la gestion de la pandémie à covid • Elaborer une fiche de rapportage pour les réunions des commissions chargées de la gestion de la pandémie à covid | <ul style="list-style-type: none"> • Pérenniser les réunions restreintes tournantes inter commissions chargées de la gestion de la pandémie à covid |

| | | |
|---|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Inclure un représentant de la coordination à la réunion restreinte des commissions chargées de la gestion de la pandémie à covid | |
| <ul style="list-style-type: none"> • L'importance de la formation du personnel en soins intensif | <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les unités de soins intensifs • Former des réanimateurs et des intensivistes en soins intensifs • | <ul style="list-style-type: none"> • Créer des unités de soins intensifs dans l'ensemble des CHR |
| <ul style="list-style-type: none"> • L'importance de la communication | <ul style="list-style-type: none"> • Systématiser la fiche de référence • Mettre en place un dispositif de communication entre les sites de prises en charge covid • Impliquer davantage les unités psycho sociale et les services de communication dans la prise en charge covid • Vulgariser les documents nationaux officiels en matière de prise en charge de la | <ul style="list-style-type: none"> • Vulgariser les procédures de référence contre référence • • Créer les cellules de communication, d'appui et d'aide psycho sociale sur tous les sites de prise en charge covid • Pérenniser le système d'écoute et d'information pour le grand public |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>maladie à covid auprès des agents de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revoir la communication sur la maladie à covid envers le grand public pour l'adapter au contexte du pays • Faire des spots pour expliquer les modalités d'isolement et de prise en charge des patients covid • Impliquer les psychologues dans le counseling pré et post test | |
|--|---|--|

Bonnes pratiques

1. La prise en charge à domicile des patients COVID 19

La pandémie à Covid-19 provoquée par le coronavirus SARS-CoV-2 a débuté en novembre/décembre 2019 dans la ville de Wuhan, en Chine centrale, puis s'est propagée dans le monde entier. Au vu de sa rapide propagation et de sa forte transmissibilité, il est apparu que les hôpitaux seraient rapidement débordés et que l'option d'une prise en charge à domicile devait être rapidement mise en place pour le traitement des patients covid légers ou peu symptomatiques.

Pour cela, la commission « prise en charge » du Ministère de la Santé Publique a mis en place des équipes mobiles de soin pour la prise en charge à domicile des patients. En début avril 2020, il est dépisté à Niamey 20 patients positifs par jour, dépassant rapidement les possibilités d'hospitalisation des centres de prise en charge. Ce qui nous a rapidement conduit à mettre en place les équipes mobiles dans toutes les régions mais principalement à Niamey qui reste l'épicentre.

Ainsi, une équipe de 37 médecins répartis en 10 équipes, ont été déployés à Niamey au plus fort de l'épidémie. Ces équipes restent déployer à ce jour. Ils ont pris en charge 547 patients.

Cette activité est un exemple de bonne pratique. Ceci nous a permis de prendre en charge de patients qui n'aurait pas pu être pris en charge, ce qui a permis de rompre la chaîne de transmission.

2. La prise en charge intégrée (exemple de Zinder)

Les directives nationales sur la gestion de la maladie à covid 19 a prévu plusieurs commissions dont les rôles sont complémentaires de la détection du cas jusqu'à la fin de sa prise en charge. Ce qui fait que plusieurs équipes s'activent autour d'un même cas simultanément.

A Zinder, sur le terrain, d'une manière pratique, l'équipe du niveau central envoyée en appui à la région au début de l'épidémie dans cette région, a relevé l'inexistence de la multitude de sous commissions comme prévu par le dispositif national mais intégration dans chaque équipe d'une compétence pour assurer les attributions dévolues (investigation, riposte, PCI, prise en charge ensemble). Cela permet une prise en charge globale du patient suspect dans le même temps. Le Directeur Régional de la Santé Publique a expliqué qu'ils ont dû s'adapter à l'insuffisance de ressources humaines qui ne leur permettait pas de créer plusieurs commissions avec plusieurs membres. C'est un point fort et une bonne pratique, exemple d'efficience, d'atteinte des résultats avec moins de moyens.

3. Le fort volontariat des agents de santé et l'appui des ONG en personne

6. Annexes

6.1. Liste des participants aux travaux des commissions

| N° | Nom et Prénom | Structure | Contact | Email |
|---|--------------------------------|-----------------|----------|--------------------------------|
| Commission surveillance et riposte | | | | |
| Responsables | Issoufou Aichatou Mohaman A | DSRE/MSP | 96895277 | Aicha.arzika@yahoo.fr |
| | Dr Djibo Issoufou | DSRE/MSP | 96480457 | Dj_issif@yahoo.fr |
| 3 | Amadou Idé | DSRE/MSP | 96574225 | idamadou@yahoo.fr |
| 4 | Dr Issaka Salifou | DSRE/MSP | 96978065 | Issaka_salifou@yahoo.fr |
| 5 | Mody Issaka | DSRE/MSP | 96505117 | Issakamody357@yahoo.fr |
| 6 | Dr Mayaya Eric | Africa CDC | 81302646 | erichsteinm@gmail.com |
| 7 | Dr Kaganga Lubalé Trésor | Africa CDC | 81305422 | Trekat01@gmail.com |
| 8 | Maman Zaneidou | DSRE/MSP | 96996054 | mzaneidou@gmail.com |
| 9 | Dr Mahamadou Yacouba Moustapha | DSRE/MSP | 96550005 | Hamadoumoustapha1980@gmail.com |
| 10 | Sori Diallo Ibrahim | Garde Nationale | 89093680 | sorydialloi@yahoo.fr |
| 11 | Magagi Ali | DSRE/MSP | 97971897 | magagiali905@gmail.com |
| 12 | Abdoul Aziz Idrissa | Epicentre | 96843532 | sourgoaziz@gmail.com |
| 13 | Behidi Mbainaindouba Oscar | DSRE/MSP | 88081395 | Behidi.m.oscar@gmail.com |
| 14 | Med/ It Col Idé Habibatou | BPELTP | 91125030 | Ide.habibatou@yahoo.fr |
| 15 | Harouna Rahana | ANVD | 98097010 | abarchi.rah@gmail.com |
| 16 | Hamadou Moumouni Rachidatou | DSRE/MSP | | rachidatoumoumouni44@gmail.com |
| 17 | Gbaguidi C A Patrick | DSRE/MSP | 96963031 | gpatrickfr@gmail.fr |
| 18 | Agbokou Rolland | DSRE/MSP | 97829787 | hardcom.ms@gmail.com |
| 19 | Safia Ahamadou | DSRE/MSP | 91916782 | ahamadousafi@gmail.com |
| 20 | Hadiza Epiphane | DSRE/MSP | 96146060 | epifanehadiza13@gmail.com |
| 21 | Natsuko Sawaya | OIM | 80070124 | nsawaya@iom.int |
| 22 | John Kamwina Kebela | Africa CDC | 98785240 | kamwinakebela@gmail.com |

| Commission coordination | | | | |
|---------------------------------|---------------------------|-------------|----------|-----------------------------------|
| Responsable | Dr Ranaou Abaché | SG/MSP | 96256378 | aranaoudf@gmail.com |
| 24 | Dr Adamou Moustapha | DSRE/MSP | 96402467 | admmous@yahoo.fr |
| 25 | Dr Nassirou Ousmane | DN/MSP | 96879816 | Naous001@yahoo.fr |
| 26 | M. Boulama Ousmane | DHPES/MSP | 96279964 | boulamalogo@yahoo.fr |
| 27 | M. Ali Hassane | DRFM/DMR | 98161650 | Alihassane3@yahoo.fr |
| 28 | Dandobi Moussa | DGA/MHA | 90909539 | mdandobi@yahoo.com |
| 29 | Bawan Allah Goubakoy | SGA/MSP | 96266225 | goubekoy@yahoo.fr |
| 30 | Dr Ibrahim Souley | DGSR | 96884198 | ibrahimsouley34@gmail.com |
| 31 | Dr Garba Abari | Cab PM | 96889193 | Abarigarba2015@gmail.com |
| 32 | Dr kane Maimouna | PRN | 90342493 | Kanemaimouna20@yahoo.fr |
| 33 | Dr Arba Nouhou | DGSP | 96468425 | alphaarba@yahoo.fr |
| 34 | Méd col Major Adam Moussa | FAN/DCGGA | 80438326 | moussaalabbo@gmail.com |
| 35 | Dr Mounkaila Aïda | DS/MSP | 99990100 | amounkaila@msp.ne |
| 36 | Col Massalatchi M. Sani | CT/MES | 98176536 | massalat@yahoo.com |
| Commission PCI | | | | |
| Responsable | Mahamane Ali | DH/PES/MSP | 96964239 | Mahamaneali6@gmail.com |
| 38 | Adamou Moussa | Croix rouge | 96006471 | Adamoumoussamahamadou96@gmail.com |
| 39 | Mahamadou Moussa | Croix rouge | 97134642 | mahamadoumoussaid@gmail.com |
| 40 | Salifou Moussa | MSP | 96278660 | Salif_moussa2003yahoo.fr |
| 41 | Kukangidila Emmanuel | Africa CDC | 81303685 | emmanuelkukangidila@yahoo.fr |
| 42 | Keita Alama | Unicef | 80065975 | akeita@unicef.org |
| 43 | Moké Mpaki Nancy | Africa CDC | 81305402 | nancypakimoke@gmail.com |
| 44 | Dr Mossi Maiga Alhassane | CRN | 96820436 | Sonrai_2000@yahoo.fr |
| Commission communication | | | | |
| Responsable | Mahamadou Illo | DAID/RP/MSP | 96560230 | millo@msp.ne |
| 46 | Mme Zakari Fassouma | DSRE/MSP | 97895818 | Fassoumilou@yahoo.fr |

| | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------|----------|-----------------------------|
| 47 | Abdou Hassane | DAID/RP/MSP | 96492172 | Abdouhassane48@yahoo.fr |
| 48 | Hallarou Chaibou | DSRE/MSP | 96893443 | hallaouchaib@yahoo.fr |
| 49 | Sita Mounkaila | UNICEF | 96598501 | Smounkaila2019@gmail.com |
| 50 | CDT Aichatou Ousmane | EMA/DCSSA/AS | 91334136 | aichatouousmane@hotmail.fr |
| 51 | Boureima Sadou | DPS/MSP | 97757781 | Bouresadou71@gmail.com |
| 52 | Mahamane Moumouni | DSRE/MSP | 90441594 | Mahamanemoumouni24@yahoo.fr |
| 53 | Souley Zabairou | MSP | 90162900 | Bouzou19@yahoo.fr |
| Commission prise en charge | | | | |
| Responsable | Pr Akehossi Eric | HGR/FSS | 96972114 | eadehossi@yahoo.fr |
| 55 | Dr Hamidou Ganda Oum Ramatou | MSP | 96978485 | oum_ramatou@yahoo.fr |
| 56 | Mme Sourghia Mariama | MSP | 96278066 | mariama662001@yahoo.fr |
| 57 | Dr Karadji Souleymane | SAMU | 91980454 | karadjisouleymane@yahoo.fr |
| 58 | Pr Garba Madeleine | Hospital nigéro-turque | 96431364 | grahamassi@gmail.com |
| 59 | Dr Elh Mabeye Soumaila | CNSS | 90054791 | msoumaila2020@yahoo.fr |
| 60 | Dr Gado Amadou Mahamadou | HNN | 90131085 | fredgado40@gmail.com |
| 61 | Dr Oudou Illo Mamoudou | HNABD | 96535937 | illooudou@unhcr.org |
| 62 | Dr Hanki Yahayé | HNN | 90522043 | yahayehanki@yahoo.fr |
| 63 | Dr Foumakoye Gado Adamou | HGR | 91410000 | foumakoyeadamou@gmail.com |
| 64 | Dr Hamidou Hanatou | CHR | 97473636 | hanatouh@yahoo.com |
| 65 | Dr Moussa Salia Amadou | HGR | 90636773 | moussa.saliam@yahoo.fr |
| 66 | Dr Lamine Ada Bara | CHR/Niamey | 96552990 | lamineada@yahoo.fr |
| 67 | Mme Iro Halima | HNABD | 92671333 | halimaarde@yahoo.fr |
| 68 | Dr Nounou Maman | UNFPA | 92196764 | maman@unfpa.org |
| 69 | Boureima Abdou | PNSM/MSP | 96889146 | Boureima-abdou@yahoo.fr |

| | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------|----------|---|
| 70 | Dr Niandou Mamoudou | HNABD | 97292114 | drniandou@yahoo.fr |
| 71 | Dr Ali Mamane | MSF-Suisse | 99907869 | msfch-niger-homassistant@geneva.msf.org |
| Commission Laboratoire | | | | |
| Responsable | Rabiou Labo | DG/CERMES | | rabioulabbo@yahoo.fr |
| 73 | Adamou Lagaré | CERMES | | adamsyn03@gmail.com |
| 74 | Dr Rolan Janbou | CERMES | | rjanbou@pasteur.fr |
| 75 | Dr Sani Ousmane | CERMES | | Saniousmane012@yahoo.fr |
| 76 | Dr Alouseini Daouda | HNN/UAM/FSS | | Amd145@yahoo.fr |
| 77 | Dr Moussa Saley Sahada | HNN | | Moussasaada@yahoo.fr |
| 78 | Dr Souley M Moutari | Labocel/Niamey | | Souleymamane@yahoo.fr |
| 79 | Dr Moumouni Sambo Halimatou | DSL/MSP | | halish@yahoo.com |
| 80 | Bello Dawa Mahamadou | CHA | | Bello_doua@yahoo.fr |
| 81 | Dr Diarra Salamatou Almoustapha | DSRE/MSP | 96143147 | diarra.salamatou@gmail.com |
| 82 | Capitain Elh Yacoudima | GNN | 96991820 | yaoudima@yahoo.fr |
| 83 | Dr Bonkaney Oumarou | DRSP/Ny | 96974781 | obonkaney@yahoo.fr |
| 84 | Dr Mohamed Tahe | UNICEF | | Motahe@unicef.org |
| Sécrétariat | | | | |
| 85 | Biey Joseph | OMS | 81273740 | biej@who.int |
| 86 | Dr Baruani Bienvenu | OMS | 92187142 | baruaningoyb@who.int |
| 87 | Dr Tambawé Didier | OMS | 92194821 | tambwed@who.int |
| 88 | Goli Mahamadou | OMS | 96274443 | golimaha@gmail.com |
| 89 | Kimba Moussa Harouna | OMS | 97146070 | hkimbamoussa@yahoo.fr |
| 90 | Dr Idi Ousmane | OMS | 91030162 | kadassa_danejo@yahoo.fr |
| 91 | Dr Batouré Oumarou | OMS | 92194834 | batoureo@who.int |
| 92 | Dr Mariama Baissa Kampaizé | OMS | 92194820 | mariamabaissaa@who.int |

| | | | | |
|----|------------------------------|-----|----------|--------------------------|
| 93 | Dr Sama Kanembe Rosine | OMS | 80065819 | samak@who.int |
| 94 | Yacouba Ali | OMS | 96662306 | ayacouba27@gmail.com |
| 95 | Mamane Wagé Anass | OMS | 96441410 | mamanewageanass@yahoo.fr |
| 96 | Dr Gbaguidi Aichatou Diawara | OMS | 92194841 | diawaraa@ who.int |

6.2. Liste des participants à l'atelier de synthèse

| Noms | Prénoms | Structure | Téléphone | Email |
|--------------------|-------------------|----------------------|-----------|--------------------------|
| Med Col Major Adam | Moussa | FAN/DCSSA | 80432326 | moussaalabblo@gmail.com |
| Dr Hamet | Mamadou Kaou | IGS/MSP | 96403053 | hamet.mamadou@yahoo.fr |
| Col Massalatchi | Mahaman Sani | CT/MESUDDD | 98176536 | massalat@yahoo.com |
| mahamidou | Illo | DMD/RP/MSP | 96560230 | millo@msp.ne |
| Dr Kane | Maimouna | PRN/Conseiller Santé | 96560230 | Kanemaimouna20@yahoo.fr |
| Dr Barwani | Ngom Bienvenu | OMS | 85598889 | barwaningoy6@who.int |
| Dr Adamou | Moustapha | DSRE/MSP | 96402467 | adamou@yahoo.fr |
| Boubacar | Goube Illiassou | SGA/MAG/EL | 96881165 | illiassougao@yahoo.fr |
| Bawan | Allah Goubekoy | SGA/MSP | 96266225 | goubekoye@yahoo.fr |
| Mamane | Wagé Anass | OMS | 96266225 | mamanewageanass@yahoo.fr |
| Maman | Zaneidou | DSRE/MSP | 96996054 | mzaneidou@gmail.com |
| Goli | Mahamadou | OMS | 96274443 | golimaha@gmail.com |
| Dr Idi | Ousmane | OMS | 91030162 | Kadassa_danejo@yahoo.fr |
| Kimba | Moussa Harouna | OMS | 97146070 | hkimbamoussa@yahoo.fr |
| Dr Abdoulaye | Moussa | DRSP/Niamey | 96876419 | mabdoulaye@yahoo.fr |
| Dr Hamidou | Oum Ramatou Ganda | Conseillère/MSP | 96978440 | Oum_ramatou@yahoo.fr |
| Dr Illo | Al Moustapha | CNO/MRY | 96981414 | bouta.illo@gmail.com |
| Dr Eli | Mathieu | CDC | 88138237 | Emm7@cdc.gou |
| Dr Garba | Abari | CAB/PM | 96889193 | abarigarba2015@gmail.com |
| Spela | Juntunen | FICR | 81938944 | spela.juntunen@irfc.org |
| Rabiou | Labbo | CERMES | 96596594 | rabioulabbo@yahoo.fr |
| Mr Mahaman | Zangui | PN/DSSAS | 98907522 | mahamanzangui@yahoo.fr |
| Samaila | Mamadou | SG/ROASSN | 96873114 | marssen@yhoo.fr |

| | | | | |
|----------|-----------------|--------------------|----------|-------------------------|
| Dr Mossi | Maiga Alhassane | CRN | 96820436 | sonrai_zoo@yahoo.fr |
| Salifou | Moussa | PCI | 96278660 | salifou_moussa@yahoo.fr |
| Dr Hanki | Yaye | HNN | 90522043 | yahayehanki@yahoo.fr |
| Agbokou | Rolland | Commission Riposte | 97829787 | hardcom.ms@gmail.com |
| Gbaguidi | Patrick | Commission Riposte | 96963091 | gpatrickfr@gmail.com |
| Ali | Yacouba | OMS | 96662306 | ayacouba27@gmail.com |