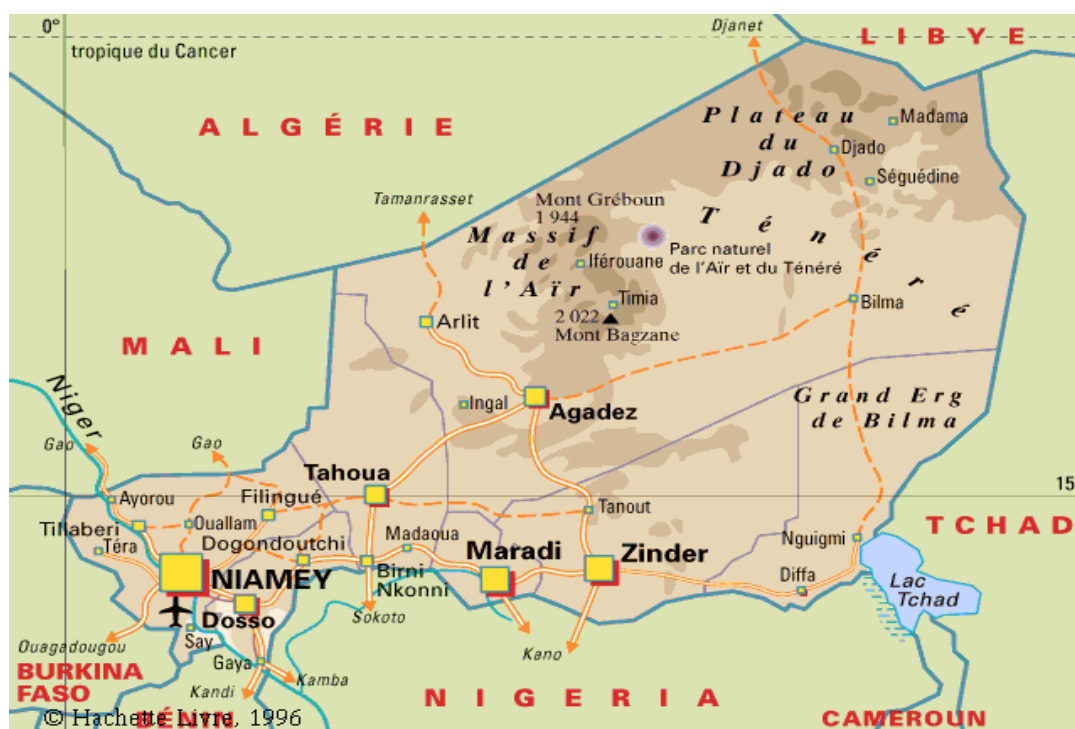
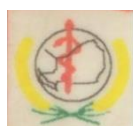


REPUBLIQUE DU NIGER
Fraternité-Travail-Progrès



MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION

DIRECTION DES IMMUNISATIONS



PLAN D'INTRODUCTION DE VACCIN POLIO INJECTABLE

DANS LE PEV DE ROUTINE

SEPTEMBRE 2014

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABBREVIATIONS	3
LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES GRAPHIQUES	6
LISTE DES ANNEXES	7
Plan d'introduction du VPI	8
Résumé du plan d'introduction	8
1. Justification de l'introduction du VPI et processus décisionnel national	10
2. Présentation générale du VPI	12
2.1 Préférences vaccinales	13
2.2 Homologation nationale	13
2.3 Population cible et disponibilité des vaccins	14
3. Considérations liées à l'introduction et à la mise en œuvre	16
3.1 Elaboration des politiques	16
3.2 Mécanisme de coordination national pour faciliter l'introduction du vaccin	17
3.3 Accessibilité économique et pérennité financière du vaccin	17
a) Analyse des financements futurs du PEV 2011-2015	22
b) Analyse des écarts de financements	23
3.4 Aperçu de la capacité de la chaîne du froid au niveau des districts et aux niveaux régional et national	24
a) Analyse des capacités de stockage des vaccins par niveau.....	24
b) Système de distribution en vaccins et consommables.....	27
3.5 Gestion des déchets et sécurité des injections	29
3.6 Formation et supervision des personnels de santé	30
3.7 Risques et défis.....	33
4. Analyse situationnelle du programme de vaccination	34
4.1 Contexte général du pays	34
a) La politique sanitaire du Niger	34
b) Le PEV dans la politique de santé	36
4.2 Obstacles géographiques, économiques, politiques, culturels, sexospécifiques et sociaux à la vaccination	37
4.3 Conclusions des récentes évaluations de programmes	39
4.4 Gestion des stocks.....	41
5. Suivi-évaluation	42
5.1 Mise à jour des instruments de suivi	42
6. Plaidoyer, communication et mobilisation sociale	44

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ACD	Atteindre Chaque District
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANR	Autorité Nationale de Régulation
AVS	Activités de vaccinations supplémentaires
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CCC	Communication pour un changement social et de comportement
CCIA	Comité de Coordination Inter Agence
CDI	Coordonnateur Départemental des Immunisations
CRI	Coordonnateur régional des Immunisations
CSI	Centre de Santé Intégré
DGSR	Direction générale de la sante de la reproduction
DI	Direction des immunisations
	Direction des pharmacies, des Laboratoires et de la Médecine
DPHL/MT	Traditionnelle
DRSP	Direction Régionale de La Santé Publique
DS	District sanitaire
DS	Direction de la statistique
DTC	Vaccin anti Diphtérie, Tétanos, Coqueluche
ECD	Equipe Cadre de District
EDS-MICS	Enquête démographique et de santé à Indicateurs Multiples
GAVI	Alliance mondiale pour la vaccination
HepB	Hépatite B
Hib	Hémophilus influenzae type b
IEC	Information éducation communication
IIV	Initiative Indépendance vaccinale
INS	Institut National de la Statistique
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
MAPI	Manifestation Adverse post immunisation
MenAfrivac	Vaccin conjugué contre la Méningite à Méningocoque A
MSP	Ministère de la santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAA	Plan d'action annuel
PCV 13	Vaccin contre l'infection à Pneumocoque
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PFA	Paralysie Flasque Aiguë
PFE	Pratiques familiales essentielles
PIB	Produit intérieur brut
PPAC	Plan Pluriannuel Complet
PTF	Partenaires techniques et financiers
PVDVc	polio virus vaccinaux dérivées du vaccin
RGPH	Recensement général de la population et de l'Habitat
ROTARIX	Vaccin contre les diarrhées à Rota virus
RSS	Renforcement du Système de Santé

SAGE	Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination
SERAM	Service d'entretien et de Réparation des équipements biomédicaux
SERMEX	Service d'entretien et de Réparation du Matériel d'exploitation
SERPA	Service d'Entretien et de Réparation du Parc Automobile
SNIS	Système national d'information sanitaire
SSV	Soutien aux services de vaccination
TMN	Tétanos maternel et néonatal
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VAA	Vaccin Anti- amaril
VAR	Vaccin Anti-rougeoleux
VAT	Vaccin Anti- tétanique
VPI	Vaccin polio injectable
VPO	Vaccin polio oral
VPOb	Vaccin polio oral bivalent
VPOt	Vaccin polio oral trivalent

LISTE DES TABLEAUX

N°	Titre	Page
Tableau N°1	Présentation préférée du VPI et date estimée d'introduction	13
Tableau N°2	Raisons du choix de la présentation et taux de perte vaccinale escompté	13
Tableau N°3	Population cible du VPI de 2015 à 2018	15
Tableau N°4	Calendrier vaccinal actuel et futur du PEV Niger	16
Tableau N°5	Résumé du coût et financement de l'introduction du VPI en US\$	18
Tableau N°6	Les besoins du PEV Niger de 2011- 2015	21
Tableau N°7	Eléments des coûts non financés et composition des écarts financiers (coûts Spécifiques uniquement)	23
Tableau N° 8	Table de GAVI sur les investissements pour combler le gap en capacité stockage	25
Tableau N°9	Capacité de conservation des vaccins au niveau régional et équipements requis	26
Tableau N°10	Capacité de conservation des vaccins au niveau district	27
Tableau N°11	Situation des incinérateurs modernes du pays	30
Tableau N°12	Tendances de la couverture nationale	37

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique N° 1	Projection des Financements assurés	22
Graphique n°2	Projection des Financements assurés et probables	22
Graphique n°3	Gap en capacité de stockage à +5°c	25
Graphique n°4	Capacité de stockage après investissement	25

LISTE DES ANNEXES

N°	Titre
Annexe 1	Annexe C : Résumé du chronogramme d'introduction
Annexe 2	Annexe D : Budget d'introduction du VPI
Annexe 3	Rapport de l'inventaire de la chaîne de froids
Annexe 4	Rapport de l'enquête Gestion efficace des vaccins
Annexe 5	Manifestation d'intérêt
Annexe 6	Annexe B : Formulaire de Demande
Annexe 7	Rapport du CCIA avec liste des participants du 7 mai 2014
Annexe 8	Rapport du CCIA avec liste des participants du 8 septembre 2014
Annexe 9	Protocole d'accord entre l'UNICEF
Annexe 10	Arrêté portant création du CCIA
Annexe 11	Arrêté portant création du GTCV

Plan d'introduction du VPI

Résumé du plan d'introduction

Le Niger, à l'instar des autres pays, a souscrit à l'éradication de la Poliomyélite et réaffirmé cet engagement en 1996 à Yaoundé. Depuis 1997, le Niger organise des activités en rapport avec cet objectif d'éradication de la poliomyélite (campagnes de vaccination supplémentaires, renforcement de la surveillance et de la vaccination de routine).

Lors de la 65^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé tenue en mai 2012, l'éradication de la polio a été déclarée comme une urgence de santé publique au niveau mondial et le groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE), réunie en novembre 2013, a recommandé d'ajouter au moins une dose du Vaccin Polio Injectable (VPI) dans les programmes de vaccination systématique.

L'introduction du VPI aura pour rôle principal de maintenir l'immunité collective des enfants contre les types de poliovirus, en particulier le type 2 et permettra de :

- Réduire le risque de polio en cas d'exposition au type 2 après le retrait du VPOt
- Améliorer la réaction immunitaire à un VPO monovalent type 2 si celui-ci est utilisé en cas de flambée
- Renforcer l'immunité contre les poliovirus sauvages des types 1 et 3.
- Réduire la transmission d'un poliovirus de type 2 si il est réintroduit.

Au Niger, la qualité des campagnes de vaccination supplémentaires contre la Polio et les couvertures élevées de VPO3 chez les moins d'un an, ont permis d'interrompre la circulation du Poliovirus sauvage. En effet, avec des indicateurs de surveillance des PFA performants dans toutes les régions sanitaires du pays, aucun cas de Poliovirus sauvage n'a été détecté depuis novembre 2012.

Si la circulation du poliovirus sauvage a pu être arrêtée, l'isolement de 15 polio virus vaccinaux dérivées du vaccin (PVDVc) entre 2008 et 2014, justifie l'engagement du Niger à introduire le VPI afin d'atténuer les risques inhérents au retrait du VPO2.

Le Niger, a une assez longue expérience d'introduction de nouveaux vaccins dans son programme (introduction du Hib et HepB en 2008 sous forme de vaccin Pentavalent ; introduction en 2014 des vaccins contre le pneumocoque et le rota virus). Lors de toutes les formations liées à l'introduction des nouveaux vaccins, le Niger a renforcé les compétences du personnel dans la gestion du PEV. Le pays a eu aussi à améliorer la capacité de stockage des vaccins à tous les niveaux pour répondre aux exigences de conservation des vaccins dans les conditions requises.

En effet, la disponibilité actuelle est de 130 m³, au niveau central. Avec 80 m³ prévu dans le cadre de la soumission au Renforcement du Système de Santé (RSS), 160 m³ prévus dans le projet de renforcement de la Chaîne de froid soumis à GAVI en juin 2014, le pays disposera d'une capacité de stockage positive totale de 370 m³ au niveau central, ce qui permettra de faire face aux besoins en capacité de stockage jusqu'au-delà de 2017.

Le choix de Niger qui a porté sur le conditionnement de vaccin de dix doses, tient compte de la capacité de stockage, de la logistique de transport de l'objectif escompté (80%) de la cible à vacciner (cohorte de naissances) et du mode d'utilisation du vaccin dans le PEV systématique.

Le VPI sera introduit dans la vaccination systématique d'emblée au niveau national et sera administré au moment de l'administration de la 3ème dose de VPO. Les trois stratégies qui seront utilisées pour son administration sont celles retenues pour la vaccination de routine à savoir : stratégie fixe, avancée et mobile.

L'engagement du Niger et de ces partenaires Techniques et Financiers (PTF) à accompagner le PEV dans ce processus permettra de rehausser le niveau de financement afin de couvrir les besoins liés à l'introduction des nouveaux vaccins. Ainsi, le budget planifié pour la présente soumission s'élève à un total XOF 442 430 596 FCFA soit 884 861 dollars US (1 dollars est égale à 500 FCFA).

Pour la gestion des déchets, le pays dispose de 5 incinérateurs modernes de grandes capacités dans 4 régions. Cependant, pour se conformer aux réglementations internationales en matière de gestion des déchets biomédicaux, le Pays projette d'équiper les quatre autres régions non couvertes d'incinérateurs.

Le Niger dispose d'un guide de surveillance, et de prise en charge des MAPI depuis la première campagne de vaccination de rattrapage contre la rougeole en 2004 et celle du MenAfrivac 2010 et 2011. Il existe aussi un comité de surveillance des MAPI qui a été redynamisé. Ce dernier sera utilisé pour l'introduction du VPI.

Les risques liés à l'introduction seront pris en compte dans un plan de communication détaillé pour l'introduction de ce vaccin et qui inclura la communication en période de crise.

Le suivi/évaluation suivra les mécanismes habituels tel que élaboré dans le guide de suivi évaluation du plan de développement sanitaire 2011- 2015 du ministère de la santé Publique.

Après la manifestation d'intérêt et un briefing du personnel des immunisations, la Direction des Immunisations a mis en place un comité technique chargé de la rédaction du Plan. Aussi, la Direction a profité des différentes réunions du Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) et des briefing des régions sur les aspects liés au

PEV pour informer les autorités sanitaires et le personnel de santé sur l'intérêt de l'introduction future du VPI dans le programme de vaccination systématique nigérien.

1. Justification de l'introduction du VPI et processus décisionnel national

- **Attester que les principaux décideurs des organismes concernés (ministère de la Santé, ministère des Finances, etc.) ont participé aux débats sur l'introduction, pris part aux décisions finales concernant l'introduction du VPI et approuvé celle-ci.**

Le Niger, à l'instar des autres pays, a souscrit à l'éradication de la Poliomyélite et réaffirmé cet engagement en 1996 à Yaoundé lors de la réunion des Chefs d'Etats et de Gouvernements de l'Union Africaine. Depuis 1997, le Niger organise des activités en rapport avec cet objectif d'éradication de la poliomyélite (campagnes de vaccination supplémentaires, renforcement de la surveillance et de la vaccination de routine). Malgré les efforts consentis par les différents pays, beaucoup reste à faire.

A cet effet, la 65ème Assemblée Mondiale de la Santé tenue en mai 2012, a déclaré l'éradication de la poliomyélite comme une urgence de santé publique au niveau mondial. Aussi, le groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE), réuni en novembre 2013, a recommandé d'ajouter au moins une dose du VPI dans les programmes de vaccination systématique afin de (i) réduire le risque de poliomyélite en cas d'exposition au type 2 après le retrait ; (ii) améliorer la réaction immunitaire à un VPO monovalent type 2 si celui-ci est utilisé en cas de flambée ; (iii) renforcer l'immunité contre les poliovirus sauvages des types 1 et 3 et (iv) réduire la transmission d'un poliovirus de type 2 si il est réintroduit.

Au Niger, la qualité des campagnes de vaccination supplémentaires contre la Poliomyélite organisées ces 5 dernières années et les couvertures élevées de VPO3 chez les cibles de moins d'un an, ont permis d'interrompre la circulation du Poliovirus sauvage. En effet, avec des indicateurs de surveillance de PFA performants dans toutes les régions sanitaires du pays, aucun cas de Poliovirus sauvage n'a été détecté depuis novembre 2012.

Si des résultats satisfaisants ont été atteints en si peu de temps par le Niger pour arrêter la circulation du poliovirus sauvage, la découverte de plus en plus de polio virus dérivé vaccinal (PVDVc) reste une préoccupation majeure pour le programme. C'est ainsi que de 2008 à 2014, le Niger a enregistré 15 cas de PVDVc tous types confondus et repartis comme suit :

- PVDV (Type 1) : 4 cas en 2012, (1 dans le DS de Filingué, 1 dans le DS de Konni, 1 dans le DS de Maradi, 1 dans le DS de Tahoua) ;

- PVDV (Type 3) : 6 cas dont 1 cas en 2008 (DS de Madaoua) et 5 cas en 2012 (1 dans le DS de Filingué, 1 dans le DS de Keita, 1 dans le DS de Kollo, 1 dans le DS de Konni et 1 dans le DS de Maradi).
- PVDV (Type 2) : 5 cas dont 2 cas en 2011 (1 dans le DS de Keita et 1 dans le DS de Kollo) et 1 cas respectivement en 2012 (DS de Filingué), 2013 (DS de Diffa) et 2014 (DS de Diffa).

Les deux derniers cas de PVDV (Type 2) détectés en 2013 et 2014 dans la région de Diffa frontalière avec le Nigéria et le Tchad confortent le Niger dans ce choix.

Le Niger, comme les autres pays de la sous région a respecté son engagement et a déjà introduit une demande de soumission de l'introduction du vaccin poliomyélite injectable à GAVI.

Le présent plan d'introduction a été soumis à la validation du CCIA, présidé par le Ministre de la Santé Publique, regroupant les partenaires techniques et financiers, les organisations de la société civile, les universitaires, le secteur privé et les représentants du Ministère des secteurs connexes.

- **Décrire le niveau de participation des principales parties prenantes (organisations de la société civile, représentants communautaires, autorités nationales de régulation, établissements universitaires, centres de formation et, le cas échéant, le secteur privé) au processus de prise de décision finale.**

Deux réunions du CCIA se sont tenues le 25 mars et le 07 Mai 2014, en présence des partenaires de la vaccination, au cours desquelles, la Direction des Immunisations a présenté le contexte mondial et la nécessité pour le Niger d'introduire une dose de VPI dans son Programme de vaccination. Le CCIA, a reconnu les progrès réalisés par le Niger dans le domaine de l'éradication de la poliomyélite. Il a jugé nécessaire d'adhérer au plan mondial stratégique d'éradication de la Poliomyélite et aux recommandations du SAGE qui préconise l'introduction d'au moins une dose de VPI dans le PEV systématique d'ici à 2015. Ainsi, les participants ont approuvé cette décision d'introduction du VPI. Ceci a permis au Ministre de la Santé de signer la Manifestation d'intérêt le 12 Mai 2014. Rappelons que le CCIA qui est l'instance de prise de décisions en matière de vaccination, créé par arrêté n°0174/MSP/CAB du 23 août 2001, a entre autres pour mandat de valider les documents d'introduction.

- **Etablir la faisabilité technique et opérationnelle de l'introduction du VPI, compte tenu de l'expérience acquise par le pays en matière d'introduction d'autres nouveaux vaccins.**

Le Niger, a une assez longue expérience d'introduction de nouveaux vaccins dans son programme : i) introduction du HepB et Hib en 2008 sous forme de vaccin Pentavalent associé au DTC ; ii) introduction en 2014 des vaccins contre le pneumocoque et le rotavirus dans le PEV systématique et celui du cancer du col utérin sous forme pilote dans trois districts (Niamey 3, 4 et Madarounfa).

Lors des différents processus liés à l'introduction des nouveaux vaccins, le Niger a renforcé les compétences du personnel dans la gestion du PEV, le plaidoyer et la mobilisation sociale, la sécurité des injections, la surveillance des manifestations adverses post immunisation (MAPI), la logistique roulante et la capacité de stockage des vaccins à tous les niveaux pour répondre aux exigences de conservation dans les conditions requises.

Par ailleurs, dans le cadre du renforcement des ressources humaines des structures sanitaires, 530 médecins et 1158 Para médicaux ont été recrutés en 2011, suivi de l'intégration de 672 agents contractuels. Le processus du recrutement de 130 autres médecins est en cours pour 2014.

L'introduction du VPI s'inscrit dans la même logique que les autres nouveaux vaccins.

Cependant, certaines insuffisances doivent être prises en compte dans le processus d'introduction du VPI, plus particulièrement dans le cadre du renforcement des compétences du personnel en gestion PEV, des capacités de la chaîne du froid, la communication, la gestion des déchets et la logistique roulante.

Ainsi, le VPI sera introduit au cours du second semestre de 2015 dans la vaccination systématique d'emblée au niveau national et donc sera administré dans toutes les structures sanitaires qui offrent la vaccination. Il sera administré concomitamment avec la 3ème dose de VPO et le DTC-HepB-Hib3 ainsi que le PCV13-3.

Les trois stratégies qui seront utilisées pour son administration sont celles retenues pour la vaccination de routine à savoir la stratégie fixe, avancée et mobile. Les vaccinations sont gratuites pour toutes les cibles et sur toute l'étendue du territoire.

2. Présentation générale du VPI

- **Veuillez spécifier vos préférences vaccinales dans le tableau B1 ci-dessous.**

Prenant en compte les considérations logistiques, le Niger optera pour une présentation sous forme de 10 doses afin de pallier aux problèmes de capacités de stockage induits par l'introduction des vaccins mono doses de pneumocoques et de rota virus en 2014.

2.1 Préférences vaccinales

Tableau N°1 : Présentation préférée du VPI et date estimée d'introduction

Présentation préférée du VPI	Mois et année de la première vaccination	Seconde présentation préférée	Troisième présentation préférée
[VPI 10 doses]	[Juin 2015]	[VPI: 5 doses]	[VPI: 1dose]

Tableau N°2 : Raisons du choix de la présentation et taux de perte vaccinale escompté

Préférences vaccinales (en ordre, de 1 à 3) :	Mois et année de la première vaccination	Raison(s) du choix de la présentation :	Taux de perte vaccinale escompté* :
1. VPI 10 doses	Juin 2015	–Capacité de stockage limité –introduction de deux autres nouveaux Vaccins mono doses en 2014 (Pneumo, Rota)	50%
2. VPI: 5 doses	JUIN 2015	–Si le premier choix n'est pas disponible sur le Marché	30%
3, [VPI: 1dose]	Juin 2015	Si le deuxième choix n'est pas disponible	5%

2.2 Homologation nationale

- Fournir des informations sur le statut de l'autorité nationale de régulation, c'est-à-dire si elle est fonctionnelle et/ou certifiée par l'OMS.

Au Niger, l'Autorité Nationale de Régulation (ANR), est représentée par la Direction des Pharmacies des laboratoires et de la médecine traditionnelle (DPHL/MT) qui a en charge l'enregistrement des produits pharmaceutiques y compris les vaccins et de la délivrance des autorisations de mises sur le marché. La DPHL/MT dispose des expériences en matière d'enregistrement de nouveaux vaccins, notamment les vaccins de MenAfriVac, HepB- Hib, Gardasil, PCV13, Rotarix.

- **Indiquer si une homologation nationale s'avérera nécessaire pour le VPI, en plus de pré qualification de l'OMS ; si tel est le cas, décrire la procédure et préciser sa durée. Indiquer si le pays accepte des vaccins pré qualifiés de l'OMS.**

L'homologation nationale n'est pas nécessaire, le Niger va acquérir le VPI qui est un vaccin pré qualifié OMS. Le processus réglementaire pour ce vaccin, sera fait en utilisant une procédure accélérée.

Après acceptation de la soumission, les mécanismes de commande de vaccins auprès de l'UNICEF seront privilégiés et ajustés comme pour les autres vaccins. Ainsi les procédures de ravitaillement en vaccins des différents niveaux du système de santé telles que définies dans les différentes procédures d'approvisionnement du programme seront appliquées.

- **Fournir le statut d'évaluation de la demande d'homologation de la présentation préférée et de toute autre présentation alternative.**

Les différentes présentations choisies par le pays sont pré qualifiées OMS. La demande de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) introduite par la firme pharmaceutique productrice Sanofi en présentation de dix (10) doses a été approuvée par la DPHL/MT.

- **Spécifier les réglementations douanières en vigueur au niveau local, les exigences en matière d'inspection avant livraison, les prescriptions spécifiques applicables à la documentation qui risqueraient de provoquer des retards de livraison des vaccins. Si ces retards sont prévus, indiquer quelles sont les mesures qui ont été prises pour y remédier.**

Les réglementations douanières en vigueur au Niger autorisent l'enlèvement immédiat pour tous les produits périssables dont les vaccins. Les procédures de dédouanement suivent après, cependant les vaccins du PEV sont exonérés de toutes taxes. Pour l'enlèvement de l'aéroport et la livraison à la Direction des immunisations, le Ministère de la Santé Publique utilise le service d'un transitaire agréé.

2.3 Population cible et disponibilité des vaccins

- **Fournir une estimation de la population cible pour une dose unique du VPI à administrer avec le VPO3, simultanément aux vaccins DTC3/Penta3 (ou DTC2, selon le calendrier de vaccination DTC en vigueur, tel qu'énoncé à la section 2.3 des directives concernant l'introduction du VPI), chaque année jusqu'en 2018, à compter de la première année d'introduction du VPI. Le nombre de personnes à vacciner avec la première dose du VPI doit être ajusté en fonction du mois d'introduction.¹**

¹ GAVI déterminera les besoins en vaccins et seringues autobloquantes en fonction de la taille de la population cible et des préférences vaccinales, en tenant compte du taux de perte et du stock régulateur de vaccins (25 %

L'outil de prévision pluriannuelle de la logistique de l'OMS (Epi-log Forecasting) a été utilisé pour l'estimation des besoins en vaccins et consommables de 2015 à 2018. La présentation choisie par le pays est celle de 10 doses.

Tableau N° 3 : Population cible du VPI de 2015 à 2018

Années	Population cible pour le VPI	Nombre de la cohorte de naissance	Nombre de nourrissons survivants
2015	1 114 317	1 114 317	1 037 467
2016	1 157 775	1 157 775	1 077 928
2017	1 202 928	1 202 928	1 119 968
2018	1 249 842	1 249 842	1 163 646

Source : RGPH 2012, INS

Commentaires : la population utilisée est celle du RGPH 2012 (17 129 076) à laquelle il a été appliqué le taux d'accroissement de 3,90%.

En attendant les résultats détaillés du RGPH 2012, la cohorte des naissances (cibles pour le VPI) représente 5,8% issue de la population de consensus utilisée dans les planifications antérieures.

- **GAVI achète et distribue les vaccins par l'intermédiaire de l'UNICEF ou du Fonds renouvelable de l'OPS. Un pays souhaitant utiliser un autre mécanisme sera tenu de présenter les informations suivantes avec sa demande de soutien :**
 - **une description de ce mécanisme et des vaccins ou fournitures que le pays achètera ; et**
 - **les fonctions de l'autorité nationale de régulation (évaluées par l'OMS) afin de montrer qu'elles sont conformes aux procédures d'approvisionnement et aux attentes de qualité de GAVI.**

Le Gouvernement du Niger représenté par le Ministère de la Santé Publique et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) ont conclu un accord de base le 08 décembre 1995. L'UNICEF, en accord avec son mandat et l'Initiative Indépendance vaccinale (IIV), est d'accord d'aider le Gouvernement à s'approvisionner en vaccins de qualité au meilleur cours du marché.

Ainsi, l'approvisionnement en vaccins par l'UNICEF pour le compte du Gouvernement sera effectué en conformité avec les règlements financiers de l'UNICEF, avec les procédures d'achats standards de l'UNICEF (qui comporte une offre semestrielle de la part des fournisseurs préalablement qualifiés) et avec les procédures de contrôle de qualité de l'UNICEF (qui comportent des certificats de mise en vente des autorités nationales de

la première année). Si l'on constate des différences entre les estimations de couverture fournies par le pays et celles de l'OMS et de l'UNICEF, le Secrétariat s'en remettra aux estimations fournies par ces derniers.

contrôles des pays où les vaccins ont été fabriqués, attestant que les lots de vaccins fournis répondent aux exigences nationales et à celles de l'OMS).

Après expiration de la validité de l'accord qui est de trois (3) ans, les deux parties amendent l'accord. Le dernier accord de l'IIV en date du 16 août 2011 est prolongé jusqu'au 31 décembre 2015. Dans le cas du VPI, le Niger va recevoir les vaccins par l'intermédiaire de l'UNICEF comme précédemment conclu avec le Gouvernement.

3. Considérations liées à l'introduction et à la mise en œuvre

3.1 Elaboration des politiques

Décrire les mesures nécessaires pour modifier la politique nationale de vaccination et ainsi intégrer le VPI dans le programme national de vaccination, y compris tout changement apporté au calendrier en vigueur et l'impact probable sur les contacts de vaccination existants. Aligner le calendrier d'administration du VPI sur celui du DTC (voir section 2.3 des directives concernant l'introduction du VPI).

Le Niger a, en 2013, révisé son calendrier vaccinal pour prendre en compte l'introduction des vaccins contre le pneumocoque, le Rota virus et l'introduction de la 2ème dose de vaccin anti rougeoleux. L'introduction du VPI prévue en 2015, concernera la population des 0- 11 mois.

Tableau N°4 : Calendrier vaccinal actuel et futur du PEV Niger

Calendrier actuel Chez les enfants : 0-11 mois	Calendrier Futur Chez les enfants : 0-11 mois
– Naissance : BCG ; VPO 0	– Naissance : BCG ; VPO 0
– 6 semaines : Penta1; VPO1; PCV13-1; Rotarix1	– 6 semaines : Penta1; VPO1; PCV13-1; Rotarix1
– 10 semaines : Penta2 ; VPO2;PCV13-2; Rotarix2	– 10 semaines : Penta2 ; VPO2;PCV13-2; Rotarix2
– 14 semaines : Penta3; VPO3, PCV13-3	– 14 semaines : Penta3; VPO3- VPI ; PCV13-3
– 6 mois : Vitamine A	– 6 mois : Vitamine A
– 9 mois : VAR ; VAA	– 9 mois : VAR ; VAA
– 16 mois : Rappel : VAR 2	– 16 mois : Rappel : VAR 2

Penta =DTC-HepB-Hib

- **Fournir des informations sur les décisions concernant les pratiques de vaccination (sites d'injection, commande des injections, et choix du membre pour deux injections ou plus).**

Les pratiques de vaccination actuelles consistent à administrer le Pentavalent à la face antéro- externe de la cuisse gauche et le PCV13 sur la face antéro- externe de la cuisse droite.

Le VPI sera administré en une dose, en intramusculaire aussi à la face antéro- externe de la cuisse droite à environ 2 cm de l'injection du PCV13. Cela se traduira par la mise à jour des directives pour tenir compte du VPI.

En plus de la formation spécifique liée à cette introduction, toutes les autres occasions de rencontre avec le personnel en charge de la vaccination seront mises à profit pour renforcer les capacités des agents de santé sur l'administration de tous les vaccins du programme y compris le VPI.

- **Décrire tout type de prestation intégrée ou d'autres interventions de santé qui seraient planifiées.**

A l'heure actuelle, aucune intervention n'a été planifiée concomitamment avec l'introduction du VPI.

3.2 Mécanisme de coordination national pour faciliter l'introduction du vaccin

- **Résumer du calendrier d'introduction du VPI, (cf annexe C)**

Dans le cadre de l'introduction du vaccin du VPI, l'accent sera mis sur les stratégies suivantes : (i) le développement institutionnel et du partenariat, (ii) la communication (plaidoyer, IEC/CCC), (iii) le renforcement des capacités, (iv) le renforcement de la législation et de la réglementation, (v) la promotion de la recherche et le suivi/évaluation.

- **Décrire les organes de supervision de l'introduction du VPI au niveau national, y compris les comités de pilotage et/ou sous-comités chargés de superviser les diverses activités liées à l'introduction du vaccin.**

Trois niveaux de supervision sont actuellement en vigueur suivant le guide national de supervision élaboré par le Ministère de la Santé Publique (MSP). Ainsi le Niveau national supervise le niveau régional, ce dernier supervise le niveau district qui à son tour supervise les centres de santé intégrés (CSI). Il existe les comités et sous comités de mobilisation sociale, techniques et logistiques à tous les niveaux qui participent aux activités de supervision suivant le schéma du guide national.

3.3 Accessibilité économique et pérennité financière du vaccin

- **Résumer le budget et le financement de l'introduction du VPI, tel que présenté à l'annexe D.**

Tableau N°5 : Résumé du Coût et financement de l'introduction du VPI en US\$

	Postes budgétaires	Total (monnaie locale)	COUT TOTAL	Financeme nt du Gouverne ment	Soutien financier des partenaires*		Soutien financier de GAVI
				Montant	Nom	Montant	Montant requis
				US\$		US\$	US\$
1	Gestion et coordination du programme						
	Coordination technique pour la mise en œuvre	6194400	12389				12389
	Réunion du comité du pilotage (CCIA)	572000	1144				1144
	Appui à la maintenance et au fonctionnement des Groupe électrogène	4432000	8864				8864
	visite de terrain MSP/PTF	4790000	9580				9580
2	Planification et préparations						
	Atelier d'élaboration du document	4908950	9818				9818
	Mission d'appui à la micro-planification	11659012	23318				23 318
	Elaboration des Micro Plan CSI district	41 050 000	82100				82100
3	Formation et réunions						
	Préparation des ateliers de révision des modules de formation	5730900	11462				11462
	Formation des formateurs	10983714	21967				21967
	Formation des District	9123256	18247				18247
	Formation des agents de santé	36550000	73100				73100
4	MOBILISATION SOCIALE						
	Plaidoyer	2500000	5000				5000
	Production des supports éducatifs	15950000	31900				31900
	Médias	15980000	31960				31960
	briefing presse et supervision sous comité mobilisation sociale	13400000	26800				26800
	société civile/ONG communautaire	7400000	14800				14800
	Lien avec les leaders communautaire	39699000	79398				79398
	IEC communautaire	33795000	67590				67590
	Supervision	23776000	47552				47552
5	Reproduction de matériels						
	Carte de vaccination	30000000	60000				60000
	Fiches de température	62500	125				125
	registre de cochage	1500000	3000				3000

	registre de stock	8000000	16000				16000
	registre de commande	3000000	6000				6000
6	TRANSPORT DE VACCINS, MATERIEL ET CONSOMMABLES						
	Ravitaillement en vaccin	1945280	3891				3891
	Ravitaillement en matériel et consommables	5156000	10312				10312
7	Gestion des déchets						
	Construction fosse	840000	1680				1680
	Combustibles	210000	420				420
	Matériels et équipement de protection	1050000	2100				2100
	Perdiem	1505000	3010				3010
	Carburant pour transporter des déchets	323400	647				647
8	Surveillance Des MAPI						
	Formation des formateurs et chefs CSI	25267960	50536				50536
	Prise en charge des cas de MAPI	8484500	16969				16969
	Supervision par l'équipe centrale de surveillance des MAPI	6028960	12058				12058
	Réunions des Experts pour classification des cas MAPI	2016000	4032				4032
	Frais d'investigation des MAPI	7588960	15178				15178
	Révision des supports de collecte des données des MAPI	395680	791				791
9	Evaluation post-introduction:						
	Evaluation interne /externe	15000000	30000				30000
10	Assistance technique						
	Consultants d'appui	5000000	10000				10000
11	APPUI AUX CSI ET DISTRICTS						
	Entretien/ maintenance correctrice de la chaine de froids	4675000	9350				9350
	Pièces détachées (forfait)	8120000	16240				16240
12	Supervision Niveau central vers les régions						
	Région Agadez	2544648	5089				5089
	Région de Diffa	2682160	5364				5364
	Région de Dosso	2243220	4486				4486
	Région de Maradi	2393060	4786				4786
	Région de Tahoua	2380100	4760				4760
	Région de Tillabéri	2211740	4423				4423
	Région de Zinder	2450856	4902				4902
	Région de Niamey	861340	1723				1723
	Détail de l'élément 2... [veuillez ajouter des lignes si nécessaire]						
	Total	442430596	884861	0	0	0	884861

- **Préciser la méthode utilisée pour estimer ces coûts.**

La planification du budget de l'introduction est partie de la population totale qui a permis de calculer la population cible VPI. A partir de cette population et en fonction des introductions antérieures d'autres vaccins, mais aussi sur les résultats des évaluations passées, une série d'activités a été retenue et les coûts ont été élaborés.

- **Préciser les coûts opérationnels non vaccinaux identifiés pour l'introduction et si les fonds sont garantis.**

Les coûts non vaccinaux identifiés pour l'introduction du VPI s'élèvent à un total XOF 442 430 596 FCFA soit 884 861 dollars US (1 dollars est égale à 500 FCFA). Les principales activités retenues sont :

- ✓ La Gestion et coordination du programme d'introduction ;
- ✓ La Planification et préparations des différentes phases pour la mise en œuvre;
- ✓ Elaboration des guides de formation sur l'introduction
- ✓ Atelier pour le renforcement des capacités des agents;
- ✓ l'organisation des réunions périodiques d'information avec les principaux intervenants ;
- ✓ l'élaboration et production des supports et communication ;
- ✓ l'élaboration des stratégies de mobilisation sociale au niveau communautaire ;
- ✓ la reproduction de matériels de collecte de données révisés et de mobilisation sociale ;
- ✓ le ravitaillement vaccin, matériel et consommable de Vaccination des formations sanitaires qui vaccinent sur l'ensemble du territoire (transport) ;
- ✓ l'élaboration des procédures de gestion et de destruction des déchets issues de la vaccination ;
- ✓ la mise en place des mécanismes de Surveillance des MAPI ;
- ✓ l'Evaluation post-introduction ;
- ✓ la mise en œuvre d'une supervision formative par niveau central vers les régions et les structures opérationnelles ;
- ✓ L'appui aux CSI et districts à la maintenance de la chaîne de froids ;
- ✓ L'assistance technique.

- **Examiner les tendances du financement de la vaccination à l'échelon national (fonds publics et fonds versés par les donateurs, le cas échéant), et prévoir d'absorber les coûts additionnels liés à l'introduction du VPI.**

Selon le PPAC, les besoins du PEV pour la période 2011-2015 s'élève à 270 421 962, \$ US, soit un coût moyen par an de 52 084 392 \$US, avec le minimum en 2012 de 29 106 365\$US et un maximum en 2014 de 87 660 832\$US. Entre 2011 et 2015, les coûts du PEV augmentent de près de 56 000 000 \$US. Cette augmentation est en grande partie due à l'introduction du vaccin contre le pneumocoque, le Rota virus et le PVH en 2014. L'augmentation est également due aux AVS qui sont programmées sur la période.

Pour accomplir ses objectifs à long terme, notamment l'atteinte d'un taux de couverture vaccinale nationale de 95% en DTC-HepB-Hib3 en 2015 ainsi que la performance d'un taux de couverture vaccinale en DTC-HepB-Hib3 de 80% dans tous les districts sanitaires, le PEV aura à faire face à des besoins financiers importants, liés aux stratégies opérationnelles qui seront développées. On note le renforcement de la mise en œuvre de l'approche Atteindre chaque District et la Stratégie d'Accélération de la Survie et du Développement du Jeune Enfant préconisées par l'OMS et l'UNICEF, le renouvellement de la chaîne de froid et du matériel roulant et les campagnes de vaccination.

En fonction des stratégies opérationnelles qui seront mises en œuvre, la vaccination de routine (stratégies fixe, avancée et mobile) occupe en moyenne 86% des coûts du PEV par an contre 12% pour les campagnes de vaccination. Quant aux coûts partagés, ils représentent 2%.

L'analyse des coûts par composante du système de vaccination fait ressortir la part primordiale occupée par les vaccins et la logistique. La composante vaccins, matériels d'injection et logistique représente 68,45% des coûts du programme sur la période 2011-2015. Les activités supplémentaires de vaccination représentent 14,46%, le plaidoyer et la communication 6,3%, les prestations de services 3,32%, la gestion du programme 4,51% et enfin le monitoring et la surveillance épidémiologique 0,89%. Le tableau n°6 montre le détail des coûts par composante des systèmes de vaccination.

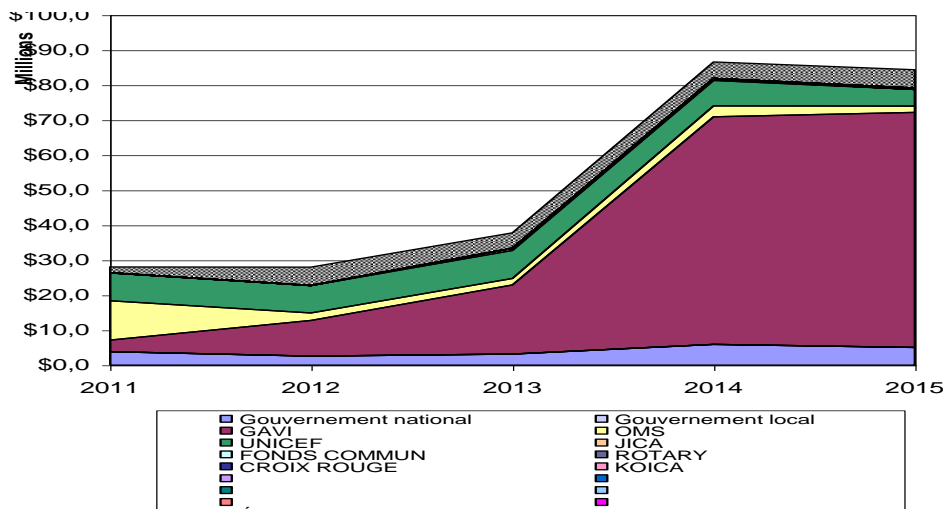
Tableau N° 6 : les besoins du PEV Niger de 2011- 2015

Composantes du Plan pluriannuel	Future Cost Projections					Total 2011 - 2015
	2011	2012	2013	2014	2015	
	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	
Vaccins et Logistiques	6 391 669	13 518 665	22 666 527	70 174 684	72 344 186	185 095 731
Prestation de service	1 631 012	1 784 605	1 919 703	1 786 688	1 867 820	8 989 828
Plaidoyer et Communication	4 448 860	4 196 096	4 256 131	3 000 297	1 130 798	17 032 182
Monitorage et Surveillance Epidémiologique	462 755	472 010	481 450	491 079	500 900	2 408 194
Management du Programme	2 433 837	2 604 222	2 817 487	2 001 057	2 346 136	12 202 739
AVS	12 669 290	5 414 386	5 657 253	9 178 502	6 178 159	39 097 590
Coûts partagés	1 392 755	1 116 381	993 943	1 028 525	1 064 094	5 595 698
GRAND TOTAL	29 430 177	29 106 367	38 792 493	87 660 834	85 432 094	270 421 962

a) Analyse des financements futurs du PEV 2011-2015

Eu égard au graphique n°1 ci-dessous, l'apport extérieur dans le financement assuré est le plus important 90,33% dont 61,59% pour le financement GAVI. A cette allure il serait impossible de mener les activités de vaccination en l'absence des ressources attendues de GAVI. Compte tenu de la situation épidémiologique, il est nécessaire de disposer des ressources attendues de GAVI et également d'envisager la mobilisation de ressources auprès d'autres acteurs et parties prenantes potentielles. La contribution de l'Etat représente 9,67%, ce qui met le pays dans une situation de vulnérabilité.

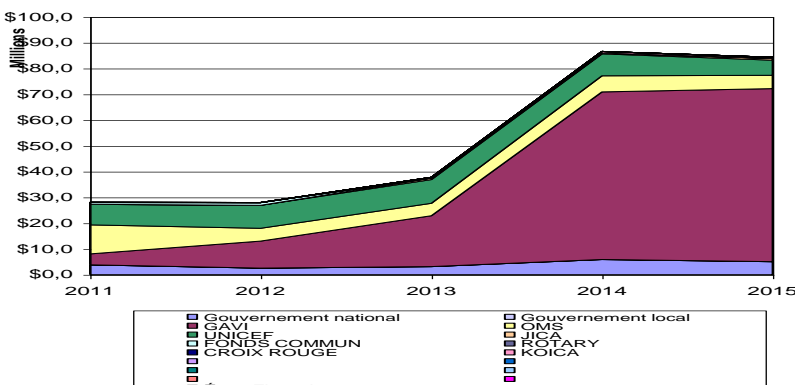
Graphique n°1: Projection des Financements assurés



Source: PPAC 2011- 2015.

En intégrant les financements assurés et probables, on se rend compte également de ce que la part attendue des ressources extérieures dans le cadre du financement du programme est également élevée.

Graphique n°2 : Projection des Financements assurés et probables



Source: PPAC 2011- 2015.

b) Analyse des écarts de financements

L'analyse des financements du Programme Elargi de Vaccination pour les cinq (05) prochaines années dégage un gap en financements sûrs des coûts spécifiques de 21 247 852 \$US. Lorsqu'on associe les coûts partagés, ce gap financier est de 26 843 550 \$US par rapport aux financements sûrs.

Tableau N°7 : Eléments des coûts non financés et composition des écarts financiers (coûts Spécifiques uniquement)

Composition des Écarts Financiers	2011	2012	2013	2014	2015	Moyenne 2011 - 2015
Vaccins et matériel d'injection	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Personnel	\$11 930	-\$1	\$0	\$1	\$0	\$11 930
Transport	\$1	-\$1	\$0	\$0	\$0	\$1
Activités et autres coûts récurrents	\$594 648	\$736 116	\$0	\$406 936	\$512 515	\$2 250 215
Logistiques (véhicules, chaîne du froid...)	\$1 016 241	\$518 930	\$230 288	\$0	\$178 861	\$1 944 320
Campagne de vaccination	\$1	\$4 002 332	\$4 169 359	\$4 343 774	\$4 525 920	\$17 041 386
Écart Financier*	\$1 622 821	\$5 257 377	\$4 399 648	\$4 750 711	\$5 217 296	\$21 247 852

La résorption de ces gaps financiers repose sur le degré d'engagement du Gouvernement et ses partenaires, la garantie d'un financement minimal de l'État et sur la mise en œuvre des stratégies efficaces de mobilisation de ressources additionnelles. Cette résorption dépendra aussi de l'organisation effective des campagnes de vaccination contre la Polio programmées entre 2012 et 2015.

Il est vrai que l'Etat fait déjà des efforts importants en augmentant graduellement chaque année sa contribution au financement de la vaccination, mais cela reste encore en deçà des objectifs de couverture que le programme ambitionne d'atteindre à l'horizon 2015. L'État devra s'engager à augmenter encore sa part du budget pour soutenir les coûts en vue de la pérennité du programme, à respecter ses engagements voire à y affecter des ressources complémentaires.

- **Dans le cas du cofinancement, indiquer dans quelle mesure les quotes-parts seront payées (et qui devra payer).**

L'achat des vaccins et matériel d'injection est assuré à travers une ligne budgétaire créée par l'Etat dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de l'Initiative de l'Indépendance Vaccinale en Afrique, qui prévoit une commande et deux livraisons annuelles. Les fonds propres de l'Etat permettent déjà de régler les salaires et certains coûts récurrents pour le

fonctionnement du programme. Ces fonds contribuent également au financement de la quote-part des coûts relatifs à l'introduction de certains nouveaux vaccins et vaccins sous utilisés (Penta, Pneumo, Rota, VAA) et autres coûts opérationnels des campagnes de vaccination.

Concernant le vaccin VPI, les couts relatifs à l'achat du vaccin et des consommables sont entièrement pris à 100% par GAVI Alliance.

En plus, le Niger a bénéficié d'un appui de 891 454 dollars US avec GAVI ALLIANCE, pour assurer le financement des coûts opérationnels.

3.4 Aperçu de la capacité de la chaîne du froid au niveau des districts et aux niveaux régional et national

- **Décrire l'adéquation des capacités de stockage du VPI à tous les niveaux de la chaîne du froid, en fonction de la disponibilité des vaccins et du système de distribution qui sera utilisé dans le cadre de l'introduction.**

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) a été officiellement lancé au Niger en fin Janvier 1987. A cette période, le PEV utilisait essentiellement les vaccins traditionnels (BCG, DTC, VPO, VAR et VAT) et le vaccin sous utilisé (VAA) pour une capacité brute de stockage positive de 50 m³. Dans la perspective de l'introduction du pentavalent en 2008 (DTC–HepB-Hib), celle-ci est passée à 90 m³ en 2006.

En 2011, grâce à la Coopération Coréenne, le Programme de vaccination a pu augmenter sa capacité de stockage de quatre (4) chambres froides positives de 40 m³ chacune dont une destinée au niveau central et les trois (3) autres aux régions identifiées prioritaires (Tillabéri, Maradi et Dosso). L'UNICEF a fourni à la même période 2 autres chambres froides dont une de 30 m³ à Diffa et l'autre de 20 m³ à Agadez.

Des Fridge-tag ont été placés dans les chambres froides et les réfrigérateurs à tous les niveaux en juin 2013. Cela permettra un meilleur suivi des conditions de conservation des vaccins à différents niveaux.

- a) Analyse des capacités de stockage des vaccins par niveau

Niveau central

Avec les 130 m³ déjà disponibles au niveau central, les 80 m³ prévu dans le cadre de la soumission au Renforcement du Système de Santé (RSS), les 160 m³ prévus dans le projet de renforcement de la Chaîne de froid soumis à GAVI en juin 2014, le pays disposera d'une capacité de stockage positive totale de 370 m³ au niveau central, ce qui permettra de faire face aux besoins en capacité de stockage jusqu'au-delà de 2017 et d'assurer ainsi l'introduction du vaccin polio injectable prévue en 2015.

Graph n° 3 : Gap en capacité de stockage à +5°C

Graph n°4 : capacité de stockage après investissement

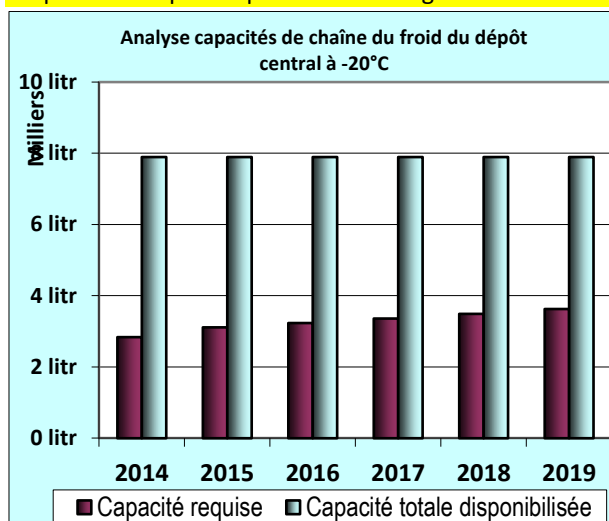


Tableau N°8 : Table de GAVI sur les investissements pour combler le gap en capacité de stockage

		Formules	2014	2015	2016	2017	2018	2019
A	Volume total annuel des vaccins en stockage positif	<i>Chiffre obtenu en multipliant le nombre total de doses de vaccin par le volume par dose</i>	63 143 litre	107 771 litre	115 227 litre	119 715 litre	124 376 litre	129 237 litre
B	Capacité positive totale nette existante de la chaîne du froid	#	30 952 litre	30 952 litre	30 952 litre	30 952 litre	30 952 litre	30 952 litre
C	Estimation du nombre minimum d'expéditions annuelles requises pour la capacité réelle de la chaîne du froid	A/B	2,04	3,48	3,72	3,87	4,02	4,18
D	Nombre annuel d'expéditions	<i>Sur la base du plan national d'expédition des vaccins</i>	2	2	2	2	2	2
E	Différence (le cas échéant)	((A/D) - B)	619 litre	22 933 litre	26 662 litre	28 906 litre	31 236 litre	33 666 litre
F	Estimation du coût de l'expansion	US \$	\$123 472	\$246 943	\$0	\$0	\$10 700	\$61 736

Niveau régional

Chacune des 7 régions dispose d'une chambre froide positive de capacité variant entre 20 et 40 m³ et pourra ainsi faire face aux besoins de stockage qui seront induits par l'introduction des nouveaux vaccins (Pneumo, Rota et VPI). Pour la région sanitaire de Niamey et une deuxième chambre froide de Zinder, le matériel est déjà fourni par l'UNICEF qui se chargera aussi du financement de la construction des locaux et de leur installation.

Voir le tableau ci-dessous selon la situation générée par l'outil Epi log 2014.

Tableau N°9 : Capacité de conservation des vaccins au niveau régional et équipements requis

Analyse du gap et des coûts additionnels de la chaîne du froid dépôts secondaires sur les cinq prochaines années							
Niveau	Nom dépôt	Capacité additionnelle de stockage en réfrigération					
		2014	2015	2016	2017	2018	2019
Région	Agadez	- 4,807 litre	- 4,404 litre	- 4,349 litre	- 4,311 litre	- 4,276 litre	- 4,231 litre
Région	Diffa	- 7,359 litre	- 6,844 litre	- 6,777 litre	- 6,742 litre	- 6,691 litre	- 6,633 litre
Région	Dosso	- 5,648 litre	- 3,970 litre	- 3,724 litre	- 3,602 litre	- 3,433 litre	- 3,251 litre
Région	Maradi	- 12,041 litre	- 9,173 litre	- 8,762 litre	- 8,558 litre	- 8,256 litre	- 7,946 litre
Région	Tahoua	- 6,646 litre	- 3,783 litre	- 3,371 litre	- 3,167 litre	- 2,864 litre	- 2,562 litre
Région	Tillabéri	- 4,812 litre	- 2,549 litre	- 2,217 litre	- 2,055 litre	- 1,823 litre	- 1,578 litre
Région	Niamey	882 litre	1,735 litre	1,862 litre	1,919 litre	2,006 litre	2,099 litre
Région	Zinder	- 6,363 litre	- 3,305 litre	- 2,868 litre	- 2,649 litre	- 2,327 litre	- 2,000 litre

En 2014, sur financement GAVI, le Niger a commandé à travers l'UNICEF dans le cadre de l'appui à l'introduction des nouveaux vaccins (pneumo et rota), 201 réfrigérateurs (25 Vesfrost MK404, 90 Vesfrost MK 304 et 86 solaires BLF100DC). Cela permettra de renforcer les capacités de stockage et faire face à la demande en volume de conservation lors des futures introductions de vaccins au niveau des districts et du niveau opérationnel.

Aussi, dans le cadre du renforcement du système de santé (RSS), 21 districts seront appuyés en équipement de chaîne de froid.

En effet, la situation générée par l'outil Epi log 2014, confirme que 21 districts soit 50% ont besoin d'un renforcement de leur capacité de stockage entre 2014 et 2019. Voir tableau ci-dessous.

Tableau N°10 : Capacité de conservation des vaccins au niveau district

Niveau	Nom dépôt	Capacité additionnelle de stockage en réfrigération					
		2014	2015	2016	2017	2018	2019
Région	Agadez	- 4 806litr	- 4 382litr	- 4 313litr	- 4 276litr	- 4 231litr	- 4 185litr
Région	Diffa	- 7 374litr	- 6 860litr	- 6 772litr	- 6 720litr	- 6 668litr	- 6 609litr
Région	Dosso	- 5 590litr	- 3 821litr	- 3 526litr	- 3 342litr	- 3 157litr	- 2 968litr
Région	Maradi	- 12 027litr	- 9 073litr	- 8 575litr	- 8 278litr	- 7 974litr	- 7 647litr
Région	Tahoua	- 6 718litr	- 3 826litr	- 3 347litr	- 3 050litr	- 2 752litr	- 2 435litr
Région	Tillabéri	- 4 768litr	- 2 407litr	- 2 018litr	- 1 775litr	- 1 522litr	- 1 276litr
Région	Niamey	882litr	1 759litr	1 909litr	1 993litr	2 083litr	2 179litr
Région	Zinder	- 6 430litr	- 3 342litr	- 2 829litr	- 2 516litr	- 2 198litr	- 1 861litr
Département	Agadez	- 176litr	- 147litr	- 145litr	- 141litr	- 138litr	- 133litr
Département	Arlit	- 438litr	- 396litr	- 391litr	- 386litr	- 381litr	- 378litr
Département	Bilma	- 174litr	- 168litr	- 166litr	- 165litr	- 163litr	- 163litr
Département	Tchiro	- 148litr	- 104litr	- 95litr	- 91litr	- 88litr	- 83litr
Département	Diffa	- 284litr	- 219litr	- 208litr	- 203litr	- 195litr	- 188litr
Département	Maine	- 121litr	- 56litr	- 45litr	- 40litr	- 32litr	- 25litr
Département	N'guigmi	- 313litr	- 280litr	- 273litr	- 271litr	- 265litr	- 263litr
Département	Boboye	- 86litr	11litr	27litr	37litr	47litr	58litr
Département	Doutchi	- 404litr	- 229litr	- 198litr	- 181litr	- 162litr	- 142litr
Département	Dosso	- 290litr	- 154litr	- 132litr	- 116litr	- 104litr	- 87litr
Département	Gaya	- 63litr	39litr	56litr	66litr	77litr	90litr
Département	Loga	- 19litr	67litr	77litr	82litr	87litr	90litr
Département	Aguié	- 231litr	- 119litr	- 100litr	- 88litr	- 76litr	- 63litr
Département	Dakoro	- 201litr	- 14litr	17litr	36litr	58litr	77litr
Département	G.Roumji	50litr	194litr	220litr	233litr	249litr	266litr
Département	Madarounfa	- 2litr	122litr	143litr	155litr	168litr	182litr
Département	Maradi C.	- 53litr	20litr	30litr	39litr	47litr	55litr
Département	Mayahi	119litr	272litr	299litr	316litr	331litr	347litr
Département	Tessaoua	- 65litr	79litr	101litr	116litr	130litr	145litr
Département	Abalak	- 104litr	- 35litr	- 23litr	- 14litr	- 6litr	- 1litr
Département	Konni	- 255litr	- 106litr	- 80litr	- 67litr	- 50litr	- 32litr
Département	Bouza	- 507litr	- 386litr	- 365litr	- 353litr	- 338litr	- 325litr
Département	Illela	- 101litr	10litr	28litr	40litr	52litr	64litr
Département	Keita	- 373litr	- 278litr	- 263litr	- 253litr	- 242litr	- 234litr
Département	Madaoua	- 188litr	- 40litr	- 16litr	1litr	16litr	33litr
Département	Tahoua	- 103litr	55litr	83litr	98litr	115litr	134litr
Département	Tchintia	- 358litr	- 301litr	- 292litr	- 288litr	- 282litr	- 273litr
Département	Filingue	- 99litr	53litr	79litr	95litr	112litr	129litr
Département	Kollo	- 49litr	78litr	99litr	112litr	124litr	141litr
Département	Ouallam	50litr	157litr	174litr	185litr	197litr	208litr
Département	Say	- 255litr	- 155litr	- 140litr	- 129litr	- 117litr	- 107litr
Département	Téra	- 252litr	- 70litr	- 39litr	- 21litr	- 2litr	- 17litr
Département	Tillabéri	- 159litr	- 82litr	- 70litr	- 61litr	- 53litr	- 42litr
Département	Goure	- 85litr	18litr	35litr	45litr	56litr	69litr
Département	Magaria	- 39litr	217litr	259litr	284litr	311litr	338litr
Département	Matameye	- 28litr	82litr	100litr	113litr	125litr	137litr
Département	Mirriah	- 565litr	- 293litr	- 245litr	- 216litr	- 189litr	- 158litr
Département	Tanout	- 3litr	144litr	169litr	185litr	202litr	217litr
Département	Zinder	- 115litr	- 26litr	- 12litr	- 2litr	- 5litr	- 17litr
Département	Niamey1	- 152litr	- 19litr	3litr	17litr	32litr	46litr
Département	Niamey2	- 45litr	74litr	94litr	106litr	118litr	24litr
Département	Niamey3	- 333litr	- 294litr	- 287litr	- 284litr	- 279litr	- 275litr

b) Système de distribution en vaccins et consommables

Au niveau régional, seules Zinder et Maradi disposent d'un véhicule réfrigéré de cinq (5) m³ chacun.

D'une manière générale, le transport des vaccins est assuré au moyen des conteneurs passifs des régions vers les districts.

Au niveau district, ce sont les CSI qui viennent s'approvisionner avec des portes vaccins.

Afin de renforcer la capacité de transport des vaccins, la Direction des Immunisations, sur financement de GAVI, a déjà commandé 244 Glacières et 375 portes vaccins à travers l'Unicef.

La gestion des stocks est à la fois informatisée et manuelle aux niveaux central, régional et district ; par contre, au niveau CSI, elle est uniquement manuelle à travers le remplissage des registres de stock, les fiches d'inventaire, les bons de commande et de réception. A chaque introduction de nouveaux vaccins, la Direction des Immunisations prévoit la formation et ou le recyclage des agents des centres de santé intégrés.

- **Si les capacités s'avèrent insuffisantes, fournir une estimation des besoins et du budget nécessaire pour renforcer le système de transport et les éléments de la chaîne du froid (chambres froides, réfrigérateurs, boîtes isothermes et glacières, porte-vaccins) au niveau national dans le cadre de l'introduction du VPI.**

Avec l'acquisition des nouveaux équipements prévus dans le cadre du RSS, du SSV (Soutien au Service de Vaccination) d'une part, et d'autres parts, avec le financement ELMA (ELMA) pour le renforcement de la chaîne d'approvisionnement, le Niger pourra faire face aux besoins de capacité que va susciter l'introduction du VPI.

- **Prouver la disponibilité des fonds nécessaires au niveau local pour payer l'électricité et assurer la maintenance des nouveaux équipements de la chaîne du froid.**

Au Niger, l'Etat assure la prise en charge de la fourniture d'électricité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Néanmoins, certains centres de santé sont dotés d'énergie solaire avec un système de conversion pour la prise en charge du matériel frigorifique. Au cas où le centre n'est pas couvert par le réseau électrique ni doté d'énergie solaire, le fonctionnement des réfrigérateurs se fait par le gaz butane qui est financé sur le recouvrement du Coût des soins de santé.

Des stocks de sécurité en gaz seront constitués aux niveaux régional et sous régional pour la dotation des centres de santé disposant d'un équipement de chaîne de froid fonctionnant au gaz. Seuls sont concernés par cette mesure les centres de santé dont le taux de recouvrement de coût (RC) des soins de santé est inférieur à 110 %.

Pour assurer la maintenance et la réparation des équipements aussi bien au niveau central, régional et district que des structures sanitaires, le Ministère de la Santé Publique a mis en place 3 structures techniques que sont :

- Le Service d'Entretien et de Maintenance des équipements d'Exploitation (SERMEX) pour les matériels de froid, climatisation et électricité ;

- Le Service d'entretien et de Réparation des équipements biomédicaux (SERAM) pour les matériels biomédicaux ;
- Le Service d'Entretien et de Réparation du Parc Automobile (SERPA) pour le parc roulant.

Toutes ces 3 structures disposent d'un personnel qualifié et expérimenté et d'un minimum d'équipements et outils lui permettant d'accomplir les tâches qui leur sont dévolues.

Dans le cadre de ce projet, il est prévu un lot de pièces de rechange pour faciliter la maintenance préventive et curative en matière de chaîne de froid. Cette maintenance se fera conformément au programme qui sera établi de commun accord avec le PEV, les partenaires et le SERMEX. Ce service assure actuellement l'entretien et la réparation des équipements de froid et climatisation et des groupes électrogènes du PEV.

Néanmoins, pour garantir une réaction prompte et rapide en cas de panne, il est nécessaire de prévoir dans le cadre de ce projet du carburant pour le déplacement des techniciens du SERMEX.

3.5 Gestion des déchets et sécurité des injections

- **Décrire les activités liées à la sécurité des injections et à la gestion des déchets vaccinaux, et indiquer si des changements s'avèrent nécessaires pour faire en sorte que l'introduction de ce nouveau vaccin soit conforme aux politiques nationales ; déterminer comment et quand ces changements s'opéreront, le cas échéant.**

L'introduction d'une dose de VPI dans le PEV a comme conséquence d'augmenter les besoins en seringues et en boîtes de sécurité, par rapport au calendrier existant.

Pour supprimer tout risque de contamination (VIH, hépatites, etc.), l'usage exclusif des seringues autobloquantes sera de règle pour l'administration du vaccin lors des séances de vaccination. Toutes les seringues usagées seront collectées dans les boîtes de sécurité qui seront ensuite détruites selon les normes établies conformément aux recommandations de l'OMS (incinération ou enfouissement après brûlage dans certains cas). Ceci impliquera également une organisation du transport des déchets des CSI vers les DS, et des DS vers les régions, l'achat du matériel de protection pour les manipulateurs et la construction des locaux de stockage et d'incinérateurs au niveau des régions dans un premier temps et progressivement au niveau de chaque district.

La plupart des CSI disposent des brûleurs pour la destruction des déchets ainsi que l'ensemble des Districts Sanitaires.

Tableau N°11 : Situation des incinérateurs modernes du pays

REGIONS	LOCALITES	NOMBRE
Niamey	Maternité Issaka Gazobi	01
Maradi	Centre Hospitalier Régional (CHR)	01
Zinder	Hôpital National	01
	Maternité Centrale	01
Tillabéri	District Sanitaire de Tillabéri	01
TOTAL Pays		05

Chaque district développera annuellement dans son plan d'action, une stratégie de promotion de la sécurité et de l'utilisation appropriée des seringues. En outre, pour se conformer aux réglementations internationales en matière de gestion des déchets biomédicaux, la Direction des Immunisations projette d'équiper les quatre autres régions non couvertes d'incinérateurs modernes. Ce qui nécessitera une mobilisation des fonds auprès des partenaires. D'ores et déjà, lors de la formation du personnel sur l'introduction du VPI, un chapitre sera consacré à la gestion des déchets.

- **Si le pays décide d'acheter par lui-même des dispositifs d'administration des vaccins, indiquez s'il s'agit de dispositifs pré qualifiés par l'OMS et, dans le cas contraire, décrire le processus d'homologation utilisé dans le pays.**

L'achat des vaccins et matériels d'injection est assuré a travers une ligne budgétaire prévue par l'Etat. GAVI –Alliance soutient le pays pour la fourniture des vaccins nouveaux et sous utilisés. L'approvisionnement du pays en vaccins se fait via l'UNICEF sur la base d'un mémorandum d'entente entre cette organisation et le gouvernement après expression des besoins annuels par le PEV en collaboration avec l'OMS et l'UNICEF.

3.6 Formation et supervision des personnels de santé

- **Décrire la capacité actuelle des ressources humaines préalablement formées à introduire le VPI dans tous les secteurs du programme de vaccination (stockage et gestion des vaccins, distribution au niveau national, formation des personnels de santé au niveau périphérique, supervision, distribution, etc.).**

Les agents de santé ont préalablement reçu des formations dans le cadre de l'introduction de nouveaux vaccins que sont le Penta, le PCV13, le PVH et le ROTARIX. Cependant, avant l'introduction de la dose de VPI en routine, une formation du personnel de vaccination sera conduite à tous les niveaux. Les formations se feront en cascade : au niveau central, une formation des formateurs sera organisée ; ensuite le niveau central se chargera de la

formation des équipes cadres des régions et des districts, qui, à leur tour vont assurer la formation des prestataires de services de vaccinations (agents des CSI et Cases de santé).

Les formations s'articuleront autour des thématiques en rapport avec la gestion du PEV à savoir : la communication, la gestion des stocks, la distribution, la conservation des vaccins, l'administration des vaccins, la gestion des déchets, la gestion des MAPI et la supervision.

- **Expliquer dans quelle mesure les besoins supplémentaires éventuels seront traités.**

Le comité technique au niveau central composé des experts des directions du MSP, des secteurs connexes, OMS, UNICEF et les ONG intervenant dans la vaccination vont déterminer le contenu de la formation pour l'introduction du VPI. Un calendrier de supervision des formations sera élaboré et les fiches de supervision révisées, seront disponibles à tous les niveaux.

- **Fournir des informations concernant l'élaboration et la fourniture de matériels de formation pour le VPI (manuels pour les personnels de santé, FAQ, fiches d'information, vidéos de formation, affiches, tests d'acquisition des connaissances, etc.).**

Aussi, l'introduction du VPI a nécessité la révision de tous les outils de gestion du programme (Fiches de collecte, Registres, Cartes de vaccination, Supports de rapport mensuel, Bons de commande-livraison ...). Cet aspect a été pris en compte dans les modules de formation révisés (communication et plaidoyer, vaccination) qui seront reproduits et vulgarisés.

- **Décrire le plan de formation, la méthode utilisée et les séances de remise à niveau sur les pratiques de vaccination (sécurité des injections, communication sur les MAPI, etc.).**

Selon les différents niveaux d'interventions, les formations vont se dérouler en cascade. Les formateurs à tous les niveaux utiliseront la méthode participative, interactive et andragogique lors des formations avec notamment, des exposés suivis de discussions, le brainstorming, des démonstrations et des jeux de rôles.

- **Décrire les plans destinés à renforcer les activités de supervision avant, pendant et après l'introduction du VPI.**

Les activités de supervision spécifiques se feront en trois phases : avant, pendant et après l'introduction.

- **Avant l'introduction**, la supervision consistera à faire l'état des lieux : évaluer les besoins en logistique, ressources humaines, chaîne de froid, formation et en faire

une micro planification. C'est à cette période que sont démarrées les activités de sensibilisation et de plaidoyer auprès de tous les acteurs (autorités administratives, coutumières, personnel de santé,...).

- **Pendant l'introduction**, la supervision se focalisera sur la mise en œuvre du micro plan élaboré portant sur :
 - l'organisation des séances, l'administration du vaccin, la gestion des vaccins, de la chaîne de froid, des déchets de vaccination, la disponibilité des ressources humaines, la disponibilité des consommables de vaccination, les supports éducatifs (pour la mobilisation sociale) et de collecte de données.
 - La surveillance des manifestations adverse post immunisation (MAPI) est un aspect très important qui nécessite une attention particulière de la part du personnel (l'identification, la notification, la prise en charge des MAPI mineures au niveau des CSI, la référence des MAPI graves au niveau de l'Hôpital de district ou régional) selon le protocole national.
- **Après l'introduction**, la supervision servira à faire un suivi de la mise en œuvre effective du micro plan, le suivi de la collecte des données ainsi que l'analyse des couvertures. Il sera fait aussi une évaluation de l'introduction à la fin de la première année.

En plus des spécificités liées à l'introduction, les activités de supervision du VPI s'intégreront dans les activités de supervision du PEV de routine dont la périodicité est déjà établie par le Ministère de la santé pour tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agira de:

- une supervision mensuelle du district vers les centres de santé intégrés (CSI) pour suivre la mise en œuvre effective des activités, le respect des directives sur l'administration, la gestion des stocks et de la chaîne de froid, la collecte et l'analyse des données,
- une supervision trimestrielle du niveau régional vers chaque district pour le suivi de la gestion des stocks, la chaîne de froid, la collecte, la compilation et l'analyse des données en vue de prise de décisions, le respect des directives de l'introduction du VPI,
- une supervision semestrielle du niveau central vers chacune des régions pour le suivi de la planification et la mise en œuvre effective des directives, des activités de l'introduction, la gestion des stocks et de la chaîne de froid régionale, les supports de gestion.

Chaque niveau effectuera la supervision selon les techniques, la périodicité et les résultats attendus.

La supervision intégrée sera surtout formative et permettra d'améliorer la gestion des activités liées au programme de vaccination en général et à l'introduction du VPI en particulier.

Après chaque supervision un rapport est élaboré par les équipes ayant effectué la mission. Une restitution est faite à tous les niveaux, des recommandations sont formulées compte tenu des insuffisances constatées, un suivi des recommandations est fait par niveau pour constater leur mise en œuvre effective.

3.7 Risques et défis

- **Identifier les principaux risques et défis (financiers, programmatiques, liés à la mobilisation communautaire) inhérents à l'introduction du nouveau vaccin et préciser comment y faire face.**

Dans le cadre de l'introduction du VPI, toutes les activités sont couvertes par l'allocation de GAVI, à cet effet les risques financiers sont moindres.

Bien que le VPI soit un vaccin liquide, la politique du flacon entamé ne sera pas utilisée. La non éligibilité du VPI à la politique du flacon entamé va occasionner des pertes excessives de vaccins, ce qui constituera des risques programmatiques auxquels il faudra faire face. A cet effet, la Direction des Immunisations élaborera des directives claires pour éviter d'administrer des vaccins ouverts pendant plus de six heures, des occasions manquées et les ruptures de stock de vaccins. Ces directives feront l'objet d'une large diffusion auprès des prestataires de service à tous les niveaux.

Les autres risques sont liés d'une part aux injections multiples induites par l'administration du PCV13 et du VPI sur une même cuisse lors d'un même contact, et d'autre part aux MAPI possibles. En vue de minimiser ces risques, le plan spécifique de communication mettra l'accent sur la communication interpersonnelle, la communication de proximité à l'aide de guides qui seront élaborés et diffusés à cet effet. La surveillance et la prise en charge des MAPI seront renforcées à travers le système de pharmacovigilance existant. Egalement, le comité des experts sera redynamisé pour prendre en compte l'introduction du VPI dans la surveillance.

L'introduction d'une nouvelle dose de vaccin injectable peut occasionner un manque d'adhésion de la communauté, la non acceptabilité du vaccin par le personnel. Une communication soutenue devra être apportée pour intensifier la sensibilisation, la communication interpersonnelle et le plaidoyer auprès des leaders d'opinion, des parents et du personnel de santé.

4. Analyse situationnelle du programme de vaccination

4.1 Contexte général du pays

- **Décrire brièvement le contexte national, le système de santé, les priorités en matière de santé et la structure organisationnelle du programme national de vaccination.**

Le Niger, avec une superficie de 1 267 000 Km², est un pays continental situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Il est situé entre 11° 37' et 23° de latitude Nord et entre le méridien de Greenwich et 16° de longitude Est, à 700 km au Nord du Golfe de Guinée, à 1 900 km à l'Est de la côte Atlantique et à 1 200 km au Sud de la Méditerranée. Il est limité au Nord par l'Algérie et la Libye, à l'Est par le Tchad, au Sud par le Nigeria et le Bénin, à l'Ouest par le Burkina Faso et au Nord-ouest par le Mali. C'est un pays complètement enclavé, à mi-chemin entre la Méditerranée et le Golfe de Guinée.

Avec une grande partie désertique (plus de la moitié du pays), le Niger a une courte saison des pluies avec une pluviométrie aléatoire, irrégulière et insuffisante dans le temps et l'espace. Il a une population de 17 129 076 habitants (INS 2012) dont 78,0 % résident en zone rurale. La densité moyenne est de l'ordre de 13 habitants/km² avec une disparité importante entre les différentes régions du pays : plus de 75 % de la population occupe moins de 40 % du territoire national et environ 15 % sont des nomades. L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) reste très élevé, de l'ordre de 7,6 enfants/femme (EDS-MICS IV 2012) et constitue une préoccupation majeure en matière de santé publique, car il demeure le principal déterminant du taux d'accroissement démographique de 3,9%/an, l'un des plus élevés au monde.

Le taux de croissance économique a connu une augmentation au cours des dernières années. Entre 2008-2012, il était évalué à 6,1 % pour une population qui augmente de 3,9 % (RGPH 2012). Le PIB par habitant est passé de 124 600 FCFA en 2000 à 212 500 FCFA en 2012, soit une augmentation de près de 70 %

a) La politique sanitaire du Niger.

Le Plan de Développement Sanitaire 2011-2015, le troisième après ceux de 1994-2000 et 2005-2010, constitue l'outil principal de mise en œuvre de la politique nationale de santé. Il est en cohérence avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) et les orientations stratégiques définies par le ministère de la Santé pour la période 2002-2011. En effet, le PDS 2011-2015 vise l'atteinte des Objectifs dont ceux du Millénaire pour le Développement à savoir :

- Éliminer l'extrême pauvreté et la faim (réduire de moitié la malnutrition d'ici 2015) ;
- Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans (réduire des 2/3 le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 1990 et 2015) ;

- Améliorer la santé maternelle (réduire des 3/4 le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015) ;
- Combattre le VIH/ sida, le Paludisme et d'autres maladies endémiques (arrêter la propagation du VIH/Sida et inverser la tendance actuelle d'ici 2015; maîtriser le paludisme et inverser la tendance) ;
- Assurer un environnement durable (réduire de moitié d'ici à 2015 le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre et à des services d'assainissement) ; Mettre en place un partenariat mondial pour le développement (rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement en coopération avec l'industrie pharmaceutique).

L'État demeure le principal garant des dépenses nationales de santé (40 %). Les autres efforts de financement proviennent des ménages (28 %), des partenaires techniques et financiers (27 %). Le secteur privé, bien qu'en plein essor, contribue à hauteur de 4 %. Quant à la participation des ONG nationales, elle est encore très faible (0,2 %).

La mortalité infantile et infanto-juvénile ainsi que la mortalité maternelle sont en baisse. Une étude récente menée par l'Institut national de la Statistique a montré que la mortalité infanto juvénile a baissé de près de 40 % au cours des dix dernières années.

Les principales pathologies pour lesquelles les malades consultent et qui constituaient les principales causes de morbidité en 2012, restent le paludisme (37,9 %), la toux et le rhume (17,9 %), la pneumonie (10,9 %) et les maladies diarrhéiques (10,4 %).

Le système de santé du Niger comprend 3 niveaux hiérarchisés avec des paquets d'activités par niveau. L'offre des soins est assurée par des formations sanitaires publiques, privées y compris les confessionnelles. Le secteur public dispose de 42 districts sanitaires fonctionnels avec 33 hôpitaux de district, 871 Centres de Santé Intégrés et 2434 cases de santé fonctionnelles, 6 hôpitaux régionaux, 2 maternités régionales de référence, 7 Centres Mère et enfant, 4 Centres régionaux de transfusion sanguine, 7 centres spécialisés, 3 Hôpitaux nationaux et une maternité de référence nationale.

En plus de l'offre en fixe, du fait de l'insuffisance de la couverture sanitaire (47,80%), des stratégies foraines, mobiles et décentralisées sont développées pour atteindre le maximum de la population surtout celle des zones d'accès difficile et les nomades. Pour assurer les soins de qualité à l'ensemble de la population, un système de référence et contre référence a été mis en place, soutenu par un processus d'assurance qualité et de recherche action en santé.

b) Le PEV dans la politique de santé

De Division, le PEV est devenu une Direction par Décret n° 2011-221/PRN/MSP du 26 juillet 2011, rattachée à la Direction Générale de la Santé de la reproduction (DGSR) et comprend :

- Un secrétariat,
- Service gestion des ressources,
- Une Division programmation Suivi/Evaluation,
- Division Logistique et Approvisionnement,
- Division communication et plaidoyer,
- Division vaccination.

La gestion du PEV est assurée en fonction du niveau de la pyramide sanitaire par un personnel travaillant spécifiquement dans le cadre du programme et un personnel consacrant une part de son temps aux activités de vaccination.

Au niveau Régional, les Directions Régionales de la Santé Publique assurent la coordination, la planification, la gestion technique ainsi que la supervision et le monitoring des activités du Programme à travers un Coordonnateur Régional des Immunisations (CRI).

Au niveau des Districts qui constituent le niveau opérationnel, la coordination, la planification, la gestion technique ainsi que la supervision et le monitoring des activités du Programme sont assurés par l'Equipe Cadre de District (ECD) à travers le Coordonnateur Départemental des Immunisations (CDI).

Les formations sanitaires dotées d'équipement de la chaîne de froid conduisent les activités de vaccination conformément au calendrier national de vaccination. On dénombre à ce jour 769 centres de santé intégrés publics opérationnels auxquels il faut ajouter les structures associatives, les ONG et certains établissements privés de santé.

Contrairement aux niveaux central et intermédiaire où il existe un coordonnateur des activités spécifiques du programme, au niveau périphérique, les personnes responsables du PEV sont aussi chargées d'autres tâches dans le cadre de l'intégration des activités. Les coordonnateurs du PEV sont membres des Comités de gestion des épidémies au niveau régional et départemental.

Les activités de vaccination sur l'étendue du territoire sont coordonnées par la Direction des Immunisations. Un comité de coordination inter agences (CCIA) créé par l'arrêté N°010 MSP/LCE du 30 janvier 2004, présidé par le Ministre de la Santé est l'organe qui assure la coordination des activités et des interventions des Partenaires Techniques et Financiers (PTF).

4.2 Obstacles géographiques, économiques, politiques, culturels, sexospécifiques et sociaux à la vaccination

- Veuillez compléter le tableau B2 ci-dessous avec les données de couverture vaccinale qui ont été relevées au cours des deux dernières années. Compte tenu de la priorité accordée à l'égalité des genres et à l'équité, veuillez fournir vos données de couverture ventilées par sexe, si disponibles.

Tableau N°12 : Tendances de la couverture nationale

Tendances de la couverture nationale (pourcentage)				
Vaccins	Vaccins utilisés	Population cible 2013 (données ventilées par âge et sexe, le cas échéant)	Couverture relevée (formulaire de rapport conjoint)	
			2013	Année 2012
BCG	BCG	982 242	58%	99 %
VPO3	VPOt	937 480	80 %	95 %
DTC1 / Penta1	DTC- HepB-Hib	937 480	97%	104 %
DTC3 / Penta3	DTC- HepB-Hib	937 480	92 %	96 %
VPH1	Gardasil	19 232		
VPH3	Gardasil	19 232		
Rougeole 1	Rouvax	937 480	92 %	91 %
Rougeole 2	Rouvax	937 480		
VPC1	PCV13	937 480		
VPC3	PCV13	937 480		
Rota 1	Rotarix	937 480		
Rota 2	Rotarix	937 480	%	%

- **Veuillez décrire les obstacles géographiques, économiques, politiques, culturels, sexospécifiques et sociaux à la vaccination. Compte tenu de la priorité accordée à l'égalité des genres et l'équité d'accès aux services de vaccination par GAVI, veuillez décrire toute étude que vous avez menée sur l'égalité des genres et l'équité, y compris les mesures qui ont été prises pour réduire les obstacles.**

-

Obstacles Géographiques

- Seulement 43 % de la population vit à moins de 5 km d'un centre de santé (Cibles du PEV 2014 selon le consensus 2006), à cela s'ajoutent les obstacles physiques : dunes de sables, les cours d'eau temporaires, les collines, les lacs et les mares permanentes et temporaires, qui bloquent le passage.

L'accessibilité géographique difficile aux centres de santé est aussi due aux inondations avec des coupures des routes d'accès, aux dunes dans certaines localités amènent les acteurs de la santé à organiser des sorties foraines pour assurer une meilleure couverture vaccinale des populations. Pour cela, la logistique est adaptée au type d'obstacle (pirogues, pinasse, chameaux, charrette tirée par des animaux).

Obstacles Economiques

En 2013, le produit intérieur brut (PIB) est de seulement 382,6 \$ par habitant, avec une couverture sanitaire effective de 47,8% (PDS 2011- 2015).

Obstacles Politiques

Le retard dans le déblocage des fonds pour la vaccination est parfois lié à une multitude de priorités au niveau national. Il faut aussi noter le non respect des normes et standards dans l'implantation des structures sanitaires et des mouvements inadéquats du personnel.

Obstacles Culturels

Le refus de la vaccination du fait de certaines croyances qui est souvent accentué par les rumeurs représente 1,5% selon l'enquête de couverture rougeole et PEV de routine réalisée en janvier 2013.

La faible participation de la femme aux prises de décisions retarde souvent l'accès aux soins et à la vaccination. (Politique Nationale du Genre, Page 1 à 7).

Certains époux n'acceptent pas que leurs épouses soient soignées par le personnel masculin.

Avec 15% de la population nomade, dont le mode de vie ne favorise pas une accessibilité régulière et permanente aux soins et à la vaccination, ce qui constitue un goulot d'étranglement à l'amélioration de la couverture vaccinale. Des campagnes de sensibilisation et de plaidoyer soutenues à travers les medias, sur les lieux de cultes et les places publiques par les leaders religieux, les organisations féminines, les ONG et Associations de développement ont permis de réduire certaines inégalités mais, beaucoup reste à faire.

Une stratégie est en cours d'élaboration au niveau national et régionale pour atteindre les populations nomades.

Obstacles Sexospécifiques

En termes de vaccination, selon les données de l'enquête de couverture rougeole et PEV de routine réalisée en janvier 2013 (tableau 39, page 42), il n'y a pas de différence liée au genre (les enfants complètement vaccinés : 63,9% sont des filles contre 63,7% des garçons).

Obstacles Sociaux

Avec un Indice de fécondité de 7,6 enfants par femme (EDSN, 2012), un PIB faible et un système de recouvrement des coûts de soins de santé sans partage des risques (mutualisation), l'accès aux soins reste faible. Cependant des programmes de planification familiale sont mis en œuvre pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant en général et la couverture vaccinale en particulier.

Le taux d'alphabétisation des femmes est seulement de 27%.

Les conflits sociaux d'origines diverses (terres, agriculteurs- éleveurs, chefferie traditionnelle, communautaires), constituent un frein dans l'utilisation rationnelle des services de santé.

Les campagnes de sensibilisation par les leaders communautaires et les arbitrages par les chefs coutumiers ont permis de réduire les divergences des acteurs concernés.

4.3 Conclusions des récentes évaluations de programmes

- **Mettre en exergue les éléments clés du programme de vaccination susceptibles de faciliter l'introduction du VPI, y compris les récents changements apportés pour corriger les faiblesses préalablement identifiées.**

La disponibilité en ressources humaines compétentes à tous les niveaux, la réalisation des états généraux de la vaccination (EGV) qui a été suivi d'une feuille de route en cours de mise en œuvre, l'appui technique des partenaires à travers la création d'un cadre de coordination (CCIA, GTV), la coordination et la tenue régulière des réunions hebdomadaires ciblées, l'élaboration des PAA, du PPAC, ont permis d'améliorer la gestion du programme.

- **Résumer les conclusions de récentes évaluations de programmes, indiquant si les recommandations font partie intégrante d'un plan d'action national qui sera prochainement adopté ; décrire le suivi de l'application des recommandations et indiquer dans quelle mesure ces recommandations auront un impact sur l'introduction proposée du nouveau vaccin.**

La Direction des Immunisations a organisé une série d'évaluations les trois dernières années :

- La gestion efficace de vaccins (GEV) en mai 2011 ;
- les états généraux de la vaccination (EGV) en août 2012 ;
- L'enquête de couverture vaccinale en janvier 2013 ;
- L'inventaire de la chaîne de froid en mai 2014 ;
- La gestion efficace de vaccins (GEV) en juillet 2014.

A chacune de ces évaluations, des recommandations ont été formulées, qui si elles sont mises en œuvre amélioreront les performances du programme élargi de vaccination du Niger. Il s'agit de :

- Pour la GEV 2011 : un plan d'amélioration a été élaboré et quelques actions ont été mises en œuvre. Une évaluation interne a été effectuée en mars 2014, suite à laquelle il a été recommandé une nouvelle GEV qui a été réalisée en juillet 2014 et dont le rapport suivi du plan d'amélioration sont en cours d'élaboration.
 - Les états généraux de la vaccination de 2012 : une feuille de route a été élaborée, dont les actions ont été programmées dans le plan d'action annuel de 2014 ;
 - L'enquête de couverture en janvier 2013 : les recommandations formulées sont en cours de mise en œuvre ;
 - L'inventaire de la chaîne de froid, réalisé en mai 2014 : le rapport est en cours de finalisation.
- **Déterminer si la mise en œuvre des recommandations tirées des récentes évaluations est confrontée à des contraintes en termes de ressources, et décrire les mesures qui ont été prises pour y remédier.**

Les contraintes liées à la mobilisation des ressources internes et externes n'ont pas permis de mettre en œuvre certaines activités issues de ces différentes évaluations, particulièrement celles qui nécessitent de gros investissements ou l'apport des partenaires. Néanmoins, la plupart des activités prises en compte dans les PAA des différentes structures sanitaires et validées par l'Etat et ses partenaires ont été exécutées au cours des trois dernières années.

- **Décrire toute expérience antérieure en matière d'introduction de nouveaux vaccins et indiquer dans quelle mesure les enseignements tirés de ces expériences facilitera l'introduction du nouveau vaccin en question.**

Le Niger, a une assez longue expérience d'introduction de nouveaux vaccins dans son programme : introduction du HepB et Hib en 2008 sous forme de vaccin Pentavalent associé au DTC ; en 2014 des vaccins contre le pneumocoque et le rotavirus dans le PEV systématique et celui du cancer du col utérin sous forme pilote dans trois districts (Niamey 3, 4 et Madarounfa). Toutes ces expériences nous ont permis de réaliser certaines activités dont l'augmentation de la capacité du personnel en gestion de la chaîne du froid, technique d'injection, sensibilisation de la population, organisation des supervisions intégrées. Tous ces acquis permettront une introduction facile du VPI.

4.4 Gestion des stocks

- **Fournir une brève description du système de gestion des stocks en vigueur dans le pays (s'il est informatisé, manuel ou autre) ; mettre en exergue les problèmes prévisibles de gestion des stocks avec l'introduction du VPI et indiquer les mesures qui seront prises pour y remédier.**

La gestion des stocks est à la fois informatisée et manuelle aux niveaux central, régional et district. A tous ces niveaux, l'outil de gestion informatisé SMT (stock management tool), les registres d'enregistrement manuel des stocks, les bons de commande et de livraison sont utilisés. Au niveau CSI, ce sont les registres d'enregistrements manuels et les bons de commande et de livraison qui sont essentiellement utilisés.

A chaque introduction de nouveaux vaccins, la Direction des Immunisations prévoit la formation et ou le recyclage des agents à tous les niveaux.

- **Décrire le système de transport disponible pour assurer la livraison des vaccins à la périphérie ; déterminer s'il convient d'augmenter la fréquence de livraison et, si tel est le cas, vérifier que des fonds suffisants sont disponibles (pour les véhicules, les chauffeurs, le carburant et les indemnités journalières, entre autres) en vue d'assurer la distribution du nouveau vaccin à tous les niveaux.**

L'approvisionnement en vaccins du niveau central vers les régions était assuré par trois (3) véhicules frigorifiques dont un de 5 m³ qui date de 2003 et deux de 15 m³ chacun qui datent de 2009. Un des véhicules est tombé en panne. Cette capacité (20 m³), est insuffisante compte tenu des nouvelles introductions, notamment le PNEUMO et le ROTA en 2014 et le VPI en 2015.

D'autres parts, le PEV prévoit l'utilisation d'une ancienne fourgonnette pour le renforcement de ses capacités de transport des consommables et une autre pour appuyer une région prioritaire pour l'approvisionnement des districts.

Cependant, l'acquisition en perspective d'un camion frigorifique de grande capacité à travers GAVI permettra d'assurer le transport des vaccins vers le niveau intermédiaire dans des meilleures conditions.

Au niveau régional, seules les régions de Zinder et Maradi disposent chacune d'un véhicule réfrigéré de cinq (5) m³ chacun.

D'une manière générale, le transport des vaccins est assuré au moyen des conteneurs passifs des régions vers les districts et des districts vers les CSI.

Afin de renforcer la capacité de transport des vaccins, la Direction des Immunisations, sur financement de GAVI, a déjà commandé 244 Glacières et 375 portes vaccins à travers l'UNICEF.

5. Suivi-évaluation

5.1 Mise à jour des instruments de suivi

- **Décrire les mesures destinées à mettre à jour, imprimer et diffuser les instruments de suivi et de supervision du PEV (formats d'enregistrement et de diffusion, y compris fiches de pointage, registres, carnets de vaccination, tableaux muraux, bases de données informatisées, etc.) pour intégrer le VPI et les autres nouveaux vaccins présentés dans le PPAC, avant le lancement du vaccin.**

L'outil de gestion informatisé des données du PEV a été actualisé pour tenir compte de l'introduction du VPI.

Les autres outils de gestion du PEV ont été révisés et adoptés au cours d'un atelier national.

Les outils suivants sont concernés :

- Carnets de bons de commande des vaccins et consommables
 - Registre des stocks de vaccins
 - Registre de vaccination
 - Fiche de relevé de température
 - Cahiers de séances des vaccinations
 - Cartes de vaccination
 - Tableau de contrôle des vaccinations
 - Rapports mensuels de vaccination, et
 - Fiches de rapportage et investigation des MAPI.
-
- Gestion des données de vaccination : La collecte des données de vaccination s'appuie sur le système national d'information sanitaire (SNIS). Ainsi elle est assurée au niveau opérationnel par les agents des centres de vaccination à travers le remplissage des différents supports de collecte (registre, cahier de séances, carte de vaccination). Chaque mois, des rapports d'activité sont produits par les centres de vaccination qui les transmettent au plus tard le 5 du mois suivant au district sanitaire où ils sont compilés dans la base de données. Les rapports des districts sanitaires sont transmis à la région au plus tard le 10 du mois en cours. Après traitement informatique, la région, à son tour, transmet son rapport d'activité au plus tard le 15 du mois en cours au niveau national. Le rapport pays est notifié à l'OMS au plus tard le 07 du deuxième mois suivant le mois concerné par le rapport.
 - A chaque niveau, une analyse des résultats suivie de feed-back est faite pour améliorer la performance du programme. La diffusion des données est assurée à travers les affiches, les réunions de coordination, les revues, les bulletins d'information et l'annuaire statistique aux différents niveaux.

- Conformément à la politique de GAVI en matière d'égalité des genres, qui vise à améliorer la couverture vaccinale et l'accès aux services de vaccination, veillez le cas échéant à ce qu'il soit possible d'intégrer des données ventilées par sexe sur la distribution des vaccins dans tous les formulaires de suivi de la vaccination.

En termes de vaccination, selon les données des enquêtes il n'y a vraiment pas d'iniquité liée au genre car les résultats de l'accessibilité au service ne montrent pas de différence significative (EDS 2012, enquête de Couverture Vaccinale 2013). **5.2 Surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI)**

- **Fournir des informations sur la politique nationale en matière de MAPI ; décrire notamment la capacité du pays à assurer la mise en œuvre du système national de pharmacovigilance, les activités de détection des MAPI et les mesures prises pour y remédier, afin de réagir efficacement aux rumeurs et allégations éventuelles.**
- **Fournir le cas échéant des informations sur le Comité national d'experts chargé des MAPI et les méthodes utilisées pour évaluer les liens de causalité entre MAPI.**
- **Décrire le processus et les procédures de suivi des manifestations indésirables suite à l'introduction du VPI au niveau des districts, ainsi qu'aux niveaux local, régional/provincial et national.**

Le Niger dispose d'un guide de diagnostic (surveillance) et de prise en charge des MAPI depuis la première campagne de vaccination de rattrapage contre la rougeole en 2004 et celle du MenAfrivac en 2010 et 2011.

Le système national de pharmacovigilance créé depuis 2006 et révisé en 2014 par arrêté n° 253 a pour mission la collecte, la détection et l'évaluation de tout évènement indésirable lié à l'utilisation des produits à usage humain. Il est composé de commissions nationales et de comités techniques au niveau central, régional et sous-régional. Des points focaux sont désignés au sein des structures hospitalières pour assurer la prise en charge des cas de MAPI mineurs et graves.

Ces mêmes structures seront utilisées pour la prise en charge des cas de MAPI suite à l'introduction du VPI.

Le guide diagnostic fait partie des documents de base de la formation et du briefing des équipes cadres et agents de santé. Il définit deux types de MAPI à considérer, les MAPI mineures et les MAPI graves. Pour chaque cas de MAPI grave, le chef du CSI initie le traitement approprié selon les directives du guide, remplit la fiche de MAPI et fait la notification au médecin chef de district. Ce dernier conduit une enquête à l'aide d'un formulaire « Fiche de Déclaration des Manifestations Adverses Post Immunisation ». Ce formulaire renseigné est transmis aux niveaux régional et central.

Les cas de MAPI sévères sont pris en charge au niveau des Hôpitaux et les cas de MAPI mineures sont laissés à la compétence des centres de santé intégrés, pour lesquels un stock de médicaments est mis à leur disposition.

6. Plaidoyer, communication et mobilisation sociale

L'introduction du vaccin polio injectable (VPI), au Niger nécessite d'intenses activités de communication et de mobilisation sociale afin d'amener les parents à accepter à faire vacciner leurs enfants. Les efforts de communication sur ce vaccin doivent être accompagnés des stratégies efficaces pour renforcer le PEV systématique. D'autres stratégies de communication novatrices pour un plaidoyer envers les privées (exemple : téléphonies cellulaires) sont à promouvoir afin de faire passer des messages clés pour susciter des changements positifs. .

Le plaidoyer, la mobilisation sociale, la communication pour un changement social et de comportement (CCC), constitueront les piliers stratégiques des actions de promotion pour l'introduction du VPI.

Aussi, afin de parvenir à vacciner tous les enfants de 0 à 23 mois, les participants de groupe primaire, secondaire et tertiaire seront visés.

Participants Primaires: seront les mères d'enfants de 0 à 23 mois qui sont le plus souvent avec les enfants et s'occupent de façon directe de leur santé.

Participants secondaires: Cette cible regroupera les pères, les chefs de famille, les amies, les pairs, les belles mères qui appuient ou influencent les mères d'enfants dans l'adoption du comportement souhaité.

Participants tertiaires: Seront concernés, les décideurs, les dirigeants locaux, les chefs traditionnels et religieux, les agents de santé, les leaders d'opinion, pouvant contribuer à l'adoption des comportements souhaités par l'appropriation et la responsabilisation de la vaccination par les communautés.

- **Décrire les mesures destinées à sensibiliser les dirigeants politiques et les leaders d'opinion à l'échelon National / Régional et au niveau des Districts sur l'introduction du VPI, ses avantages pour la population et sa contribution à la stratégie pour l'éradication de la poliomyélite et l'assaut final contre la maladie.**

Deux stratégies principales sont utilisées : le plaidoyer et la communication interpersonnelle

- Le plaidoyer : Pour susciter l'engagement des dirigeants politiques, coutumiers et religieux, le plaidoyer sera conduit au niveau central et régional afin d'obtenir l'adhésion et le soutien de ces derniers dans toutes les phases du processus de l'introduction du VPI. Il mettra l'accent sur l'importance de la vaccination, de la

situation épidémiologique des régions, les réticences au vaccin et les défis à relever face à l'épidémie.

A cet effet, des séances de plaidoyer en cascade seront réalisées aux niveaux national, régional, départemental et communal. La coordination des opérations du plaidoyer sera parrainée par le Ministre de la Santé Publique au niveau national et appuyée par les autorités administratives au niveau des régions. Par ailleurs, l'appui des partenaires au développement (l'OMS, l'UNICEF, le Rotary International, GAVI, ONG etc.) sera sollicité dans toutes les phases (planification, mise en œuvre et suivi-évaluation).

Les principales activités de plaidoyer qui devront être menées à différents niveaux se présentent comme suit:

- **Au niveau National :** Une journée d'information et de plaidoyer sera organisée à l'intention des responsables des ministères connexes (de l'Education Nationale, de la Population, de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant, du Développement communautaire et celui de la Communication), des leaders d'opinion, ONG et associations nationales et internationales, des responsables des médias nationaux et internationaux à travers un point de presse du Ministre de la Santé Publique.

Les radios et télévisions publiques et privées à tous les niveaux vont diffuser des émissions (spots, chants, point de presse, débats, etc.) prévues dans le cadre de cette introduction.

- **Au niveau intermédiaire:** les Directeurs Régionaux de la Santé Publique (DRSP) organiseront des réunions de plaidoyer et d'information en direction des responsables administratifs et politiques (les Préfets, les élus locaux), des leaders d'opinion, des opérateurs économiques, des médias régionaux, des responsables des instituts supérieurs et universitaires, des ONG et associations féminines, des leaders traditionnels et surtout des leaders religieux pour susciter leur engagement en faveur du VPI.

Enfin, les responsables de communication des régions devront assurer un suivi particulier des activités de plaidoyer spécifique dans certains districts sanitaires et centres de santé intégrés, auprès des leaders religieux et traditionnels réticents à la vaccination. Ce plaidoyer spécifique aura aussi lieu dans certains districts sanitaires frontaliers.

- **Au niveau opérationnel:** Une journée d'information et de plaidoyer sera organisée par les communicateurs des districts auprès des ONG locales, des enseignants, des chefs de canton, villages et quartiers, des leaders religieux et des organisations à base communautaire (groupements féminins, fadas des jeunes, COSAN, COGES) en vue de les sensibiliser sur l'introduction du VPI. Ces acteurs seront impliqués à toutes les phases depuis l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des activités de communication à tous les niveaux.

- La communication interpersonnelle sera développée par les agents au moment de l'administration auprès des mères d'enfants pour susciter la participation et l'engagement d'un plus grand nombre au niveau communautaire
- **Décrire le processus d'élaboration d'une stratégie de communication pour l'introduction du VPI au niveau communautaire, avec identification des messages clés, des moyens de communication et des méthodes utilisées pour améliorer l'impact. Décrire, le cas échéant, dans quelle mesure les résultats de l'évaluation des connaissances, attitudes, pratiques et croyances des prestataires et/ou les études sur les obstacles à la vaccination ont été utilisés afin d'éclairer la stratégie de communication pour l'introduction du VPI.**

Une communication pour le changement de comportement en faveur de l'introduction du VPI, va s'appuyer sur les activités suivantes :

- La diffusion des spots et microprogrammes dans les radios (8 publiques, 20 privées et 129 communautaires) et TV de couverture nationale (Télé sahel, Tal, Dounia, RTT) ;
- L'organisation de causeries éducatives au niveau des CSI et des quartiers;
- Sensibilisation de proximité par les relais mobilisateurs et les crieurs publiques avant, pendant l'introduction du VPI et au cours des activités de vaccination ;
- Formation en communication interpersonnelle pour les agents de santé et les mobilisateurs sociaux ;
- Conception de messages éducatifs et supports de communication interpersonnelle et de masse.

Ces stratégies de communication pour l'introduction du VPI seront basées sur les résultats de l'analyse comportementale menée en amont lors de l'introduction du Pneumo13 et Rotarix.

Il ressort de cette analyse que les chefs de famille, les mères et les premiers enfants sont les principales personnes influentes quant à la décision de rechercher des soins et d'aller à la vaccination. Les canaux préférés pour les stimuler à la décision sont : les agents de santé, l'Imam et le crieur public.

La mise en adéquation de ces trois groupes de personnes cités ci-dessus est importante pour résorber les faiblesses identifiées et renforcer l'immunité des petits enfants.

La préoccupation majeure de départ liée à la duplication d'injections lors des séances est complètement levée, puisque la confiance populaire est témoignée au personnel de santé pour ses actes médicaux y compris la vaccination. A cet effet, pour le VPI, il sera élaboré des messages destinés à ces cibles.

Les messages clés

- Les messages-clés à diffuser prennent en compte les autres pratiques familiales essentielles et mesures de prévention applicables pour la lutte contre la poliomyélite, telles que:

- La vaccination des enfants de 0 à 23 mois,
- Le respect du calendrier vaccinal,
- le lavage des mains à l'eau et au savon,
- la construction et l'utilisation appropriée des latrines,
- l'hygiène de l'eau, des aliments et de l'environnement.

Les messages à transmettre sont : Mieux l'augmentation de vaccins est perçue comme un renforcement de la protection de la santé de l'enfant. Il est important d'*intégrer* les éléments des autres programmes relatifs à la survie de l'enfant.

A l'endroit des leaders communautaires : Ils doivent être informés du contexte de l'introduction du VPI, les avantages, la menace de la poliomyélite, et solliciter leurs engagements ~~et~~ voire leur soutien pour la mobilisation de la population et les attentes par rapport à la promotion de la vaccination de routine.

A l'endroit des agents de santé : Ils seront éclairés sur le vaccin, la menace de la poliomyélite et les défis à relever pour améliorer leur compétences en communication interpersonnelle, leurs rôles et leurs responsabilités dans la mobilisation sociale et la poursuite de la promotion de la vaccination de routine.

A l'endroit des parents : Les parents ont le droit de savoir le pourquoi de l'introduction du VPI dans le PEV de routine et les avantages liés à ce vaccin, son efficacité, les menaces de la poliomyélite compte tenu de la position géographique du pays, les MAPI et le calendrier de vaccination.

- **Décrire le processus d'élaboration des matériels d'information, d'éducation et de communication (IEC), les médias, les groupes de discussion et les évaluations anthropologiques pour les principaux groupes cibles, le cas échéant.**

Pour ce processus, il est nécessaire d'élaborer divers supports éducatifs pour atteindre tous les acteurs. Il s'agit du guide média, des pagi voltes, des banderoles, des kits de plaidoyer, des affiches, des dépliants, etc.

L'organisation de deux ateliers est recommandée, le premier sur la conception des supports éducatifs avec les communicateurs, les représentants des médias, les dessinateurs et les artistes. Un deuxième atelier, pour la validation de ces outils. A la fin les outils seront pré testés sur le terrain.

Une stratégie nationale sera définie pour les populations nomades, compte tenu de leur mobilité et leur mode de vie.

Approches spécifiques de communication pour les nomades, les transhumants et les réfugiés.

Un accent particulier sera mis sur la vaccination des nomades, les transhumants et les réfugiés lors des réunions de planification. Les mesures suivantes seront prises sur le terrain:

- Mobilisation des partenaires pour la vaccination des nomades à tous les niveaux: Ministère de l'élevage, Ministère de l'Agriculture, Ministère de l'hydraulique, Ministère de l'Education, les leaders traditionnels et religieux, les associations des éleveurs, les chefs de groupements, les ONGs (AREN, CAPAN, RECA, Rotary, Croix Rouge, Save the Children, HKI MSF, les Medias, OMS et UNICEF).
- Définition des stratégies spécifiques de communication pour atteindre les populations nomades:
 - a) Caravanes de communication, autour des points d'eau, lors des fêtes des éleveurs, cantines scolaires et les marchés hebdomadaires.
 - b) Analyse de performance et identification de zones nomades et pastorales mal couvertes.
 - c) Compilation des données de couverture de la vaccination de la population nomade.

Approche particulière dans les zones frontalières

Un appui technique soutenu sera accordé aux réunions transfrontalières dans les zones prioritaires afin d'identifier et soutenir les opportunités de renforcer les stratégies de communication et mobilisation:

- a) Implication conjointe des chefs traditionnels pour une bonne mobilisation des communautés transfrontalières ;
 - b) Identifier les ONGs locales qui interviennent au niveau des zones transfrontalières pour leur implication dans la mobilisation des communautés en faveur de la vaccination.
 - c) Développer des messages conjoints et débats conjoints au niveau des radios privées et communautaires et assurer leur diffusions
 - d) Assurer une planification spécifique sur la vaccination des nomades pendant les réunions préparatoires de vaccination transfrontalière avec les outils développés pour garantir la collecte et la documentation des données.
 - e) Assurer le suivi et la supervision des activités des relais et des crieurs au niveau de zones transfrontalières.
- **Décrire les mesures qui ont été prises afin d'organiser une cérémonie de lancement à l'échelon national, s'il y a lieu, et des cérémonies au niveau sous-national le cas échéant, y compris la promotion éventuelle des programmes de vaccination et des stratégies intégrées de lutte contre la maladie.**

Des réunions d'information sur l'introduction du VPI seront organisées au niveau de chaque Région, District et CSI.