

REPUBLIQUE DU NIGER



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

Plan Pluri Annuel Complet de Vaccination Niger 2016 - 2020

Décembre 2015



SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	2
LISTE DES FIGURES.....	6
LISTE DES TABLEAUX	7
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	9
LISTE DES MEMBRES DU COMITE INTER AGENCES POUR LA VALIDATION DU PLAN PLURIANNUEL COMPLET NIGER 2016-2020	12
RESUME Erreur ! Signet non défini.	
INTRODUCTION	16
I. CONTEXTE NATIONAL	19
I.1. Profils géographique, social économique et politique.....	19
II. SYSTEME DE SANTE.....	21
2.1. Organisation du système de santé.....	21
2.2. Politique Nationale de Santé.....	22
2.3. Situation sanitaire du Niger	23
a. Indicateurs d'utilisation des services	23
b. Evolution des indicateurs de mortalité	24
c. Financement du secteur de la santé	26
III. ANALYSE DE LA SITUATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION.....	28
3.1. Analyse des composantes de la vaccination.....	28
3.1.1. Composantes Opérationnelles du PEV.....	28
3.1.1.1. Services de vaccination.....	28
a. Stratégies de vaccination	29
b. Couverture vaccinale de routine	29
b1- Données administratives	29
b2- Données d'enquête de couverture vaccinale	33
3.1.1.2. Approvisionnement et qualité des antigènes et consommables.....	33
a. Approvisionnement des régions en vaccins et consommables	34
b. Capacité de la chaîne de froid	34
c. Qualité de la conservation des vaccins	37
d. Rythme d'inventaire	37
e. Estimation des besoins en vaccins et consommables	37
f. Taux de satisfaction des besoins	38
g. Sécurité de la vaccination	38
h. Gestion des stocks de vaccins et matériel d'injection	38
i. Suivi des taux de pertes de vaccins et matériels d'injection	38
j. Gestion Efficace des Vaccins (GEV)	39
3.1.1.3. Logistique	41
a. Transport	41
b. Maintenance	41
c. Gestion des déchets	41
3.1.1.4. Surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV.....	42

a.	Surveillance de la Poliomyélite par les paralysies flasques aiguës (PFA)	44
b.	Surveillance du tétanos maternel et néonatal	46
c.	Surveillance de la rougeole	47
d.	Surveillance des diarrhées à Rota virus	49
e.	Surveillance des Manifestations Indésirables Post Immunisation (MAPI)	50
f.	Laboratoire	50
3.1.1.5.	Communication	51
a.	Analyse du comportement	51
b.	Analyse des participants	52
c.	Analyse des supports	53
d.	Analyse des canaux et outils de communications	53
e.	Les approches locales et les réseaux sociaux	54
3.1.2.	Composantes d'appui	55
3.1.2.1.	Gestion du programme	55
a.	Législation et réglementation	55
b.	Politique et Planification	55
c.	Coordination	56
c.2.	Coordination intra et intersectorielle	58
	<i>Comité de Coordination Inter Agence (CCIA)</i>	58
d.	Gestion des données	59
3.1.2.2.	Gestion des ressources humaines	60
a.	Ressources humaines	60
b.	Renforcement des capacités	63
c.	Supervision	64
3.1.2.3.	Financement des activités du programme	65
a.	Généralités	65
b.	Contribution de l'Etat au financement du PEV	65
c.	Contribution des partenaires au financement du PEV	66
3.1.3.	Synthèse de l'analyse de la situation du PEV par composante	66
3.2.	Initiatives mondiales de lutte accélérée contre les maladies au Niger	70
3.2.1.	Activités supplémentaires de vaccination	71
a)	Elimination du Tétanos Maternel et Néonatal	71
b)	Elimination de la rougeole	72
c)	Eradication de la Poliomyélite	72
3.2.2.	Synthèse de l'initiative de lutte accélérée contre les maladies	73
3.3.	Synthèse de l'analyse situationnelle : forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM)	75
a.	Forces et faiblesses du PEV Niger	75
b.	Opportunités et Menaces du PEV Niger	80
IV.	BUT, OBJECTIFS, ETAPES ET PRIORITES DU PEV	82
4.1.	But	82
4.2.	Objectifs	82
4.2.1.	Objectifs spécifiques du PEV systématique	82

a)	Couverture vaccinale	82
b)	Taux d'abandon	83
c)	Taux de perte	83
d)	Introduction de nouveaux vaccins	84
4.2.2.	Vaccinations supplémentaires	84
a)	Poliomyélite	84
b)	Rougeole	84
c)	Tétanos Maternel et Néonatal	84
d)	Fièvre Jaune	84
4.2.3.	Surveillance des maladies cibles du PEV.....	84
a)	Surveillance des PFA : d'ici à 2020,	84
b)	Surveillance de la rougeole d'ici à 2020,	85
c)	Surveillance du Tétanos Maternel et Néonatal (TMN) d'ici à 2020	85
d)	Surveillance des infections à pneumocoque d'ici à 2020	85
e)	Surveillance du rota virus d'ici à 2020	85
f)	Surveillance de la méningite A d'ici à 2020	85
4.3.	Priorités	86
V.	PLANIFICATION DES STRATEGIES POUR CHAQUE COMPOSANTE.....	93
4.3.1.	Objectifs de sécurité de la vaccination	85
VI.	ALIGNEMENT DU PPAC AVEC LE GVAP, LES CIBLES REGIONALES ET LA STRATEGIE DU SECTEUR DE LA SANTE	116
VII.	CALENDRIER D'ACTIVITES.....	125
VIII.	CADRE DE SUIVI ET D'EVALUATION.....	154
IX.	ANALYSE DES COUTS, DES FINANCEMENTS ET DE LA VIABILITE FINANCIERE DU PPAC.....	166
9.1.	Méthodologie	166
9.2.	Méthodologie d'estimation des coûts et besoins en ressources futurs.....	166
a)	Coût du personnel salarié	166
b)	Coûts des équipements de la chaîne du froid	166
c)	Coût des vaccins et matériel d'injection	166
d)	Amortissement des coûts en capital	167
e)	Autres activités du programme et surveillance	167
9.3.	Méthodologie pour la détermination des financements passés et futurs	168
a)	Financements passés	168
b)	Méthodologie de projection du financement	168
9.4.	Analyse des coûts et financements du programme de vaccination en2014	168
9.5.	Coûts du PEV en 2014.....	169
9.6.	Financements du PEV de routine en 2014	171
9.7.	Analyse des besoins en ressources et du financement du PEV 2016-2020.....	171
9.8.	Besoin en ressources de 2016-2020	171
9.9.	Financements et écarts de 2016-2020.....	174
9.10.	Analyse de viabilité financière.....	176
X.	MISE EN ŒUVRE DU PPAC.....	178
10.1.	Approbation et diffusion du PPAC.....	178
10.2.	Plan annuel du PPAC	179
10.3.	Intégration et renforcement des activités du PPAC.....	194
10.4.	Hiérarchisation des activités du PPAC.....	194

10.5.	Suivi et supervision du PPAC.....	195
--------------	--	------------

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Composantes opérationnelles des systèmes de vaccination	17
Figure 2: Cadre conceptuel (Système de vaccination et son environnement interne et externe) ...	17
Figure 3 : Stades de planification du PPAC	18
Figure 4 : Carte du Niger en Afrique.....	19
Figure 5: Carte administrative du Niger	20
Figure 6: Pyramide sanitaire et son fonctionnement au Niger – DS août 2015	21
Figure 7 : Mortalité chez les enfants de moins de 5 ans de 1992 à 2012	24
Figure 8: Indicateurs de mortalité maternelle de 1992 à 2012	25
Figure 9: Evolution du budget de l'Etat alloué à la santé de 2010 à 2015	26
Figure 10 : Capacités de stockage au niveau central.....	35
Figure 11: Capacités de stockage au niveau régional.....	35
Figure 12: Résultats GEV 2011 et GEV 2014 par niveau et par critères	40
Figure 13: Surveillance PFA et couverture vaccinale VPO3	44
Figure 14: Cas de TNN notifiés par MDO et système de notification au cas par cas de 2004 à 2014...	46
Figure 15: Surveillance TNN et couverture en VAT2+ de 2010 à 2015.....	47
Figure 16: Distribution géographique des 250 cas confirmés de rougeole Igm+, période de janvier à juillet 2015, Niger (1 point = 1 cas)	48
Figure 17: Surveillance rougeole et couverture en VAR de 2010 à 2015	48
Figure 18: Place de la DI dans l'organigramme du MSP	57
Figure 19: Distribution des coûts du PEV en 2014 (coûts partagés et campagnes exclus)	170
Figure 20: Profil du Financement des coûts spécifiques du PEV de routine	171
Figure 21: Projection des besoins en ressources	173
Figure 22: Eléments de l'écart de financement	175
Figure 23: Analyse de la viabilité financière.....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 24: Processus d'approbation et de diffusion du PPAC.....	179

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Indicateurs d'utilisation des services	23
Tableau 2: principaux indicateurs selon les Comptes Sanitaires 2011 à 2013	26
Tableau 3: Calendrier vaccinal du PEV systématique et de la supplémentation en vitamine A au Niger	28
Tableau 4: Couvertures vaccinales administratives au Niger de 2010 à 2014.....	30
Tableau 5: Evolution des taux d'abandon de 2010 à 2014.....	30
Tableau 6: Performance des districts selon le taux d'abandon au Penta 3 au Niger de 2010 à 2014.....	31
Tableau 7: Performance des districts selon la couverture vaccinale de 2010 à 2014 (Penta3).....	32
Tableau 8: Résultats de l'enquête nationale de couverture vaccinale de 2013.....	33
Tableau 9: Capacités de stockage au niveau des districts	36
Tableau 10: Evolution des taux de pertes par antigène de 2010 à 2014.....	39
Tableau 11: Résultats de l'évaluation des indicateurs aux différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement du PEV au Niger en 2014.....	39
Tableau 12: Situation des incinérateurs modernes du pays.....	42
Tableau 13: Méthodes de destruction des déchets piquants dans les CSI, Niger, 2015	42
Tableau 14: Résultats de l'enquête menée chez les cliniciens	43
Tableau 15: Indicateurs de performance de la surveillance des PFA par région de janvier à juillet 2015 ; Niger	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 16: Indicateurs de performance de la surveillance de la fièvre jaune par région de janvier à juillet 2015 au Niger	49
Tableau 17: Indicateurs de Surveillance des diarrhées à Rota virus au 31 juillet 2015, Niger	50
Tableau 18: Comparaison entre les couvertures administratives et les données d'enquêtes en 2012	59
Tableau 19: Personnel du PEV au niveau central	61
Tableau 20: Personnel du PEV au niveau régional	62
Tableau 21: Personnel du PEV au niveau périphérique	62
Tableau 22: Estimation des besoins en formation dans les Régions	63
Tableau 23: Pourcentage de DRSP et DS qui ont des documents de la supervision.....	64
Tableau 24: Evolution des contributions de l'Etat et décaissement dans le cadre de l'Initiative de l'Indépendance Vaccinale, 2011 – 2015 (coût en million)	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 25: Dépenses globales et financement de la vaccination, toutes sources confondues (Gouvernement et donateurs) en \$US	Erreur ! Signet non défini.
Tableau 26: Analyse de situation du PEV de routine par composante du système de vaccination.....	66
Tableau 24: Synthèse générale de couverture de la campagne de vaccination TMN 2014.....	71
Tableau 28: Répartition des cibles et objectifs de couverture des AVS rougeole au Niger de 2012 à 2019	72
Tableau 29: Analyse de situation par initiative de lutte accélérée contre les maladies	73
Tableau 30: Forces et Faiblesses	75
Tableau 31: Objectifs nationaux de Couverture Vaccinale de 2016 à 2020 par antigène	82
Tableau 32: Objectifs nationaux des taux d'abandon de 2016 à 2020	83
Tableau 33: Objectifs nationaux de taux de perte de vaccins de 2016 à 2020 par antigène.....	83
Tableau 34: Priorités, étapes et objectifs nationaux	86
Tableau 35: Stratégies et activités par composante	94
Tableau 36: Alignement du PPAC avec le GVAP	116
Tableau 37: Calendrier d'activités par composante	125
Tableau 38: Cadre de suivi et d'évaluation du système de vaccination national	154
Tableau 39: Hypothèses de costing utilisées	167
Tableau 40: Indicateurs économiques et financiers du PEV en 2014	169
Tableau 41: Récapitulatif des besoins en ressources pour le PEV de 2016 à 2020.....	172
Tableau 42 : Récapitulatif des besoins en ressources pour le PEV de 2016 à 2020.....	174
Tableau 43: Indicateurs macroéconomiques de viabilité financière	176
Tableau 44: Plan de mise en œuvre annuel 2016	180

PREAMBULE

Pour améliorer l'état de santé de la population et permettre l'accessibilité et l'équité de tous aux services de vaccination, le Niger s'est doté d'un Plan Pluriannuel Complet (PPAC) pour la période allant de 2016 à 2020.

Le but visé par ce plan est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liés aux maladies évitables par la vaccination chez les enfants de 0-59 mois et les femmes en âge de procréer de 15 à 49 ans à travers l'augmentation de l'utilisation des services de vaccination par un plus grand nombre de personnes, l'introduction de nouveaux vaccins ainsi que l'intégration d'autres interventions sanitaires à la vaccination.

Le présent plan qui est le 3ème du genre après ceux de 2006-2010 et 2011-2015 est en cohérence avec la Politique Nationale de Santé 2016-2035, le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011-2020, le Plan Stratégique Régional pour la Vaccination 2014-2020, les Objectifs de Développement Durable 2030 et le Plan de Développement Sanitaire 2016-2020.

Le présent Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2016-2020 est un document d'orientation stratégique et de référence nationale pour la planification des activités de vaccination et de la mobilisation du financement. Sa mise en œuvre exige le développement d'un partenariat actif et une bonne coordination de tous les partenaires du PEV pour mobiliser l'ensemble des ressources requises. C'est l'occasion de magnifier le partenariat et la collaboration multisectorielle et intra sectorielle qui a prévalu lors du processus d'élaboration de ce document.

Nous attendons de l'exécution de ce PPAC, un secteur de la santé bien organisé de façon durable dans lequel toutes les formations sanitaires sont fonctionnelles et dispensent des activités de vaccination de qualité jusqu'aux villages les plus éloignés.. Cette amélioration de l'accessibilité à des services de vaccination de qualité permettra d'atteindre les objectifs de couverture vaccinale du pays d'ici 2020.

Pour cela, nous lançons un vibrant appel à tous nos partenaires techniques et financiers, les sociétés privées ainsi qu'à la société civile pour que nous nous inscrivions tous dans la mise en œuvre du Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2016-2020, cadre idéal d'un partenariat fécond pour le mieux-être de la population nigérienne en général et des femmes et des enfants en particulier.

LE MINISTRE DES FINANCES

SAIDOU SIDIBE

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

MANO AGHALI

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACD	Atteindre Chaque District (RED: Reach Every District)
ACTN	Association des Chefs Traditionnelles du Niger
AFD	Agence Francaise de Développement
ANR	Autorité Nationale de Régulation
APR	Rapport Annuel d'Activités
ASC	Agent de Santé Communautaire
AVS	Activités de Vaccination Supplémentaire
BCG	Bacille de Calmette et Guérin (Vaccin antituberculeux)
BLU	Bande Latérale Unique
BM	Banque Mondiale
CCIA	Comité de Coordination Inter Agence
CDF	Chaîne De Froid
CDI	Coordonnateur Départemental des Immunisations
CIP	Communication Interpersonnelle
CERMES	Centre de Recherche Médicale etde Recherche
CHR	Centre Hospitalier Régional
COGEPI	Comité de Gestion des Épidémies
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
COGES	Comité de Gestion
COSAN	Comité de Santé
CPN	Consultation Périnatale
CPON	Consultation Post Natale
CNEP	Comité National d'Eradication de la poliomyelite
CNC	Comité National de Certification
CRI	Centre Régional pour les Immunisations
CSE	Centre de Surveillance Epidémiologique
CS	Case de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CV	Couverture Vaccinale
DESS	Diplôme d'Etude Spécialisé en Santé
DGSR	Direction Générale de la Santé de la Reproduction
DI	Division des Immunisations
DIES	Direction des Infrastructures et des Équipements Sanitaires
DPH/MT	Direction de la Pharmacie et de Médecine Traditionnelle
DPS	Dépenses Publiques de Santé
DQS	Data Quality Self Assessment (Autoévaluation de la qualité des données)
DVD/MT	District Vaccine Data Management Tool
DSRE	Direction de la Surveillance et de la Riposte aux Epidémies
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DS	District Sanitaire
DTS	Dépenses Totales de Santé
DTC	Diphthérie, Tétanos, Coqueluche (Vaccin)
ECD	Équipe Cadre de District
ECV	Enquête de Couverture Vaccinale

EDS (DHS)	Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys)
EMS	Enquete Mortalité et Survie
FBP	Financement Basé sur la Performance
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FJ	Fièvre Jaune (Vaccin)
FS	Formation Sanitaire
FSS	Faculté des Sciences de la Santé
GAVI	Global Alliance for Vaccine and Immunization
GEV	Gestion Efficace des Vaccins
GIVS	Global Immunization Vision and Strategy
GSM	Global System for Mobile communication
GTCV	Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination
GVAP	Plan d'Action Mondial pour la Vaccination
HD	Hopital de District
HepB	Hépatite B (vaccin)
HiB	Haemophilus Influenzae B (vaccin)
HKI	Hellen Keller International
IEC	Information Éducation Communication
IIV	Initiative d'Indépendance Vaccinale
IGS	Inspection Générale des Services
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infections Sexuellement Transmises
JICA	Japanese International Cooperation Agency
JLV	Journées Locales de Vaccination
JNM	Journées Nationales de Micronutriments
JNV	Journées Nationales de Vaccination
JRF	Rapport Conjoint OMS UNICEF
MAPI	Manifestation Adverse Post Vaccinale
MDO	Maladies à Déclaration Obligatoire
MEF	Ministère de l'Économie et des Finances
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MILDA	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MES/RS	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
MLM	Mid Level Management Course (Cours Moyen de Gestion du PEV)
MSF	Médecins Sans Frontière
MSP/LCE	Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies
Men A	Vaccin conjugué contre méningocoque A (MenAfriVac)
NA	Non Applicable
ND	Documents ou données non disponibles
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OPM	Ouvrier Polyvalent de Maintenance
PAA	Plan d'Action Annuel
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PCV	Pastille de Contrôle du Vaccin
PDES	Plan de Développement Economique et social
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PENTA	Pentavalent (Vaccin)
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PFA	Paralysie Flasque Aiguë
PFE	Pratiques Familiales Essentielles
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNS	Politique Nationale de Santé
PPAC	Plan Pluriannuel Complet
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PSIC	Plan Stratégique Intégré de Communication
PTF	Partenaire Technique et Financier
PVF	Plan de Viabilité Financière
PVS	Poliovirus Sauvage
PVH	Papilloma Virus Humain (vaccin contre le cancer du Col)
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
Rotavirus	Virus de la diarrhée virale des nourrissons
SERAM	Service d'Entretien et de Réparation des Appareils Médicaux
SERMEX	Service d'Entretien et de Réparation des Matériels d'Exploitation
SERPA	Service d'Entretien et de Réparation du Parc Automobile
SIDA	Syndrome Immuno Déficience Acquise
SIMR	Surveillance Intégrée des Maladies et Ripostes
SGA	Sécretaire Général Adjoint
SMT	Stock Management Tool
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SPIS	Service de Programmation et d'Information Sanitaire
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SRP	Stratégie de la Réduction de la Pauvreté
TMN	Tétanos Maternel et Néonatal
THA	Technicien d'Hygiène et Assainissement
TO	Télégramme Officiel
TSAS	Technicien Supérieur de l'Action Social
TSSC	Technicien Supérieur en Santé Communautaire
UEMOA	Union Économique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAA	Vaccin Antiamaril
VAR	Vaccin Antirougeoleux
VAT	Vaccin Antitétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPO	Vaccin Polio Oral
VPI	Vaccin Polio Injectable
ROASSN	Regroupement des ONG et Associations du secteur de Santé au Niger

RSS	Renforcement des Systèmes de Santé
UNDAF	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement

LISTE DES MEMBRES DU COMITE INTER AGENCES POUR LA VALIDATION DU PLAN PLURIANNUEL COMPLET NIGER 2016-2020

REPUBLIQUE DU NIGER
Fraternité-Travail-Progrès

Niamey, le 29 décembre 2015



MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION
DIRECTION DES IMMUNISATIONS

LISTE DE PRESENCE

Objet : Validation PPAC 2016-2020

N° Ordre	Nom et Prénom	Structure	N° Téléphone	Signature
01	Hamadou Moussa	SGAIMSP	96 29 78 98	
02	KABA Gaston	Rotary Int'l	96 96 32 41	
03	Dr Abdoulaye JAM.	Représentant OMS ai.	9 20 94 8 25	
04	Dr. Abdou Moudjibi CHIROU	EXI focal point/UNREF	96 35 32 38	
05	Dr Amadou Abdou	DS/IGS/DP	96 9 8 54 22	
06	M ^r AMIROU ALBADE	ACTN	96 8 7 9 3 6 0	
07	DJERMAKOYE IDE	ROASCN	96 9 9 1 9 3 0	
08	AMIDOU HBADE	ACTN	96 8 7 9 3 6 0	
09	D ^r Alio Touyahn	DT/PE	96 8 8 2 2 8 5	

RESUME

Le Programme Elargi de Vaccination a été officiellement lancé au Niger en fin Janvier 1987 lors de la Conférence Internationale sur les Vaccinations en Afrique. Depuis lors, le pays a accompli des progrès notables en termes de couverture vaccinale des populations cibles et en termes de contrôle des maladies évitables par la vaccination. Le programme bénéficie du soutien de nombreux partenaires techniques et financiers (PTF) et des partenaires sociaux. Malgré les progrès accomplis par le PEV ces dernières années, le profil épidémiologique reste dominé par la persistance des maladies transmissibles et notamment celles évitables par la vaccination.

Suite à l'adoption par l'Assemblée mondiale de la santé en 2005 de la « Vision et Stratégies Mondiales 2006-2015 pour la vaccination (GIVS), le pays s'est doté d'un premier Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2006-2010 suivi d'un second Plan 2011-2015.

Pour pérenniser les acquis de la mise en œuvre du PPAC 2011- 2015 et permettre l'élaboration d'un nouveau PPAC 2016- 2020, le Niger s'est proposé de réaliser une revue globale du PEV en 2015. La mise en œuvre de cette revue du PEV est un exercice qui a engagé tous les acteurs impliqués dans la problématique vaccinale au Niger. Elle a permis d'apprécier la situation actuelle de l'immunisation en vue d'identifier ses forces, faiblesses, opportunités et Menaces (FFOM) mais aussi de dégager les principaux défis à relever pour atteindre les objectifs du GVAP 2011-2020 auxquels le Niger a souscrit..

Sur la base de l'analyse de situation, un nouveau PPAC 2016- 2020 a été élaboré par un comité multisectoriel mis en place par le Ministère de la Santé Publique. Les objectifs du PPAC 2016-2020 sont en parfaite adéquation avec les objectifs du Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011-2020, ceux du Plan Stratégique Régional pour la Vaccination 2014-2020, ceux des Objectifs de Développement Durable 2030 et le plan de Développement Sanitaire 2016-2020.

Les objectifs spécifiques du PPAC 2016-2020 sont définis pour les thématiques suivantes:

Objectifs spécifiques par rapport au PEV systématique

- D'ici à 2020, atteindre et maintenir un taux de couverture vaccinale d'au moins 90% pour tous les antigènes du PEV au niveau national et au moins 80% dans chaque district, plus spécifiquement :
- D'ici à 2020, réduire les taux d'abandon spécifiques (Penta1 - Penta3) < 10% dans tous les districts.
- D'ici à 2020, réduire les taux d'abandon global (Penta1-VAR) < 15% dans tous les districts.
- D'ici fin 2020, quatre (4) nouveaux vaccins seront introduits dans le PEV de routine conformément aux recommandations du GVAP (Men A en 2017 ; HPV en 2017, RR en 2018 et Hep B à la naissance en 2019)

Objectifs spécifiques par rapport aux Vaccinations supplémentaires

- Vacciner contre la poliomyélite 100% des enfants cibles lors des campagnes de masse ou lors des ratissages;
- Organiser des opérations de riposte vaccinale contre la poliomyélite autour des cas de poliovirus sauvage détectés et poliovirus dérivés de vaccins(VPDV)
- Vacciner contre la rougeole au moins 95% des enfants de 9mois à 5 ans sur toute l'étendue du territoire au cours des campagnes de suivi en 2019

- Organiser des opérations de riposte vaccinale contre la rougeole autour des foyers d'épidémie.
- Organiser des opérations de riposte vaccinale contre le tétanos autour de chaque cas de TMN détecté.
- Organiser des opérations de riposte vaccinale contre la Fièvre Jaune autour d'éventuels cas confirmés.

Surveillance des maladies cibles du PEV

- Amener 100% des districts à notifier au moins deux cas de PFA pour 100 000 enfants de moins de 15 ans;
- Maintenir un taux supérieur à 80% des cas de PFA avec deux échantillons de selles collectés dans les 14 jours dans 100% des districts ;
- Porter de 77% en 2014 à 95% la proportion des districts ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole ;
- Prélever 100% des cas suspects de rougeole;
- Investiguer 100% des foyers épidémiques de rougeole détectés.
- Atteindre l'incidence de moins d'un cas de rougeole confirmé par million de personnes.
- Investiguer 100% des cas de TMN détectés
- Réduire la morbidité et la mortalité dues à la méningite à HiB
- Réduire la morbidité et la mortalité dues au Rota virus.
- Réduire la morbidité et la mortalité liées à l'infection due au Méningocoque A

Objectifs de sécurité de la vaccination

- D'ici 2020, doter 100% des districts d'un nombre suffisant de seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccinations systématiques
- Assurer à 100% la destruction des déchets générés par la vaccination

Pour atteindre ces objectifs, des stratégies novatrices adaptées aux nouvelles orientations du GVAP ont été développées et des interventions essentielles et porteuses ont été retenues. Ces interventions vont se focaliser en priorité sur les besoins non couverts et seront mises en œuvre à travers les composantes suivantes: (i) Services de vaccination, (ii) Gestion du Programme, (iii) Gestion des ressources humaines, (iv) Calcul des coûts et financement, (v) Vaccins, CDF et Logistique, (vi) Surveillance, (vii) Génération de la demande, communication et défense des droits

Au Niger, le secteur de la santé souffre de la faiblesse de mobilisation des ressources internes et les crédits alloués sont insuffisants pour couvrir les besoins de plus en plus croissants. En effet, en vue d'atteindre les objectifs fixés durant la période 2016-2020, les besoins en ressources financières sont estimés à \$ 308 686 852 sur la période. Les vaccins et logistiques pour la vaccination systématique occupent toujours le premier poste de coûts pour la période avec 64% des besoins globaux, viennent ensuite les activités de vaccination supplémentaires et les coûts partagés avec respectivement 11% et 8% du total.

Selon nos estimations, entre 2016 et 2020, 164 920 480 US\$ peuvent être considérés comme financement garanti sur un besoin total de 308 686 852 US\$. C'est dire que 53% des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs du PPAC disposent—de financement sécurisé. Des plaidoyers devront donc être développés de manière soutenue pour mobiliser les ressources complémentaires (47%) au financement sécurisé dans le cadre de la mise œuvre du PPAC.

Un plan d'action 2016 est déduit et prend en compte toutes les activités planifiées pour la première du PPAC 2016-2020.

A cet effet, le Ministère de la Santé Publique a prévu un mécanisme de suivi continu des progrès sur la base des six principes directeurs adoptés par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2012 qui sont : l'appropriation, la responsabilité partagée et le partenariat, l'équité, l'intégration, la pérennité et l'innovation continue.

INTRODUCTION

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) a été lancé officiellement au Niger en janvier 1987. Depuis, le pays n'a cessé d'accomplir des progrès notables non seulement en termes de couverture vaccinale des populations cibles mais également en termes de contrôle des maladies évitables par la vaccination ciblées par le Programme.

En droite ligne de la Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté 2008-2015 et du Plan de Développement Sanitaire 2011-2015, le Ministère de la Santé Publique, au travers de sa Direction des Immunisations, a élaboré un Plan Pluriannuel Complet du PEV couvrant la période 2011-2015 et qui constitue le document de référence pour la contribution du programme de vaccination à l'atteinte des Objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le Développement (OMD).

Malgré les progrès accomplis par le PEV ces dernières années, le profil épidémiologique du Niger reste dominé par les maladies transmissibles et notamment celles évitables par la vaccination. Ainsi, malgré les appuis conséquents, beaucoup restent à faire pour atteindre les objectifs souhaités.

Du 1^{er} janvier au 31 juillet 2015, la surveillance intégrée des maladies et réponse a notifié un total de 5.579 cas suspects de rougeole dont 250 cas sont confirmés avec Igm+ et 20 décès, soit un taux de létalité de 0,4%.

Dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite, le pays a enregistré 5 cas de poliomyélite PVS en 2011 et 1 cas PVS en 2012. De 2011 à 2014 le pays a organisé 17 passages de journées nationales de vaccination et 12 passages des Journées locales de vaccination avec des taux de couverture supérieurs à 100%. Cependant, le monitoring « End Process » montre que plus de 5% des enfants ne sont pas vaccinés. Il existe donc des zones insuffisamment couvertes. Malgré cela, le Niger est parvenu à interrompre la circulation du PVS type 1 grâce à l'utilisation du VPO monovalent. Le pays a déjà introduit le VPI dans le PEV de routine et envisage le retrait du VPO trivalent au mois d'avril 2016.

Au regard des différents problèmes évoqués et dans le but de trouver des solutions pérennes et efficaces, le Ministère de la Santé Publique, en collaboration avec ses Partenaires Techniques et financiers a décidé d'élaborer le présent Plan Pluri Annuel Complet de Vaccination 2016-2020 en vue d'accroître la couverture vaccinale et de réduire de façon significative la morbidité et la mortalité attribuables aux maladies évitables par la vaccination.

Les objectifs poursuivis par le présent Plan Pluri Annuel Complet de Vaccination 2016-2020 sont en parfaite adéquation avec les objectifs du Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011-2020, ceux du Plan Stratégique Régional pour la Vaccination 2014-2020, ceux des Objectifs de Développement Durable 2030 et le plan de Développement Sanitaire 2016-2020.

Tout en se basant sur les composantes opérationnelles des systèmes de vaccination (figure1) et le cadre conceptuel ci-dessous (figure2) le PPAC a été rédigé selon les directives du guide OMS-UNICEF d'élaboration des PPAC de vaccination qui comporte sept stades de planification explicités dans la figure 3.

Le document ainsi élaboré servira de tableau de bord et d'outil de plaidoyer dans la mobilisation des ressources afin d'atteindre les objectifs du programme au cours des cinq prochaines années. Il constitue donc un outil de référence et de gestion qui s'articule autour des chapitres suivants :

- Analyse de la situation actuelle du PEV
- Identification des problèmes et priorités nationales
- Identification des objectifs, stratégies et activités
- Alignement du PPAC avec les cibles régionales
- Elaboration du calendrier de mise en œuvre
- Elaboration d'un cadre de suivi/évaluation
- Analyse des coûts et financement.
- Elaboration d'un plan annuel pour l'année 2016.



Figure 1: Composantes opérationnelles des systèmes de vaccination

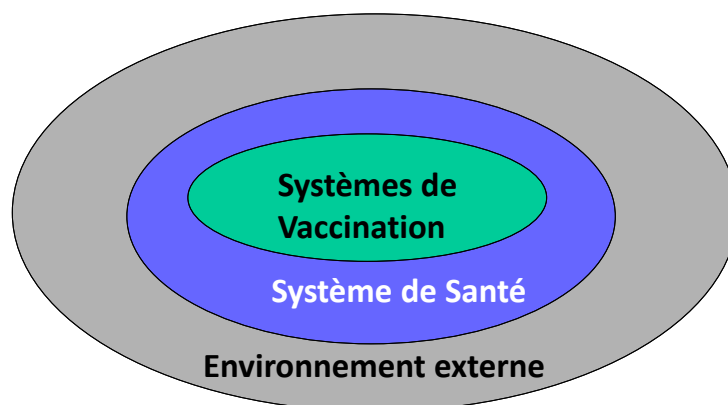


Figure 2: Cadre conceptuel (Système de vaccination et son environnement interne et externe)

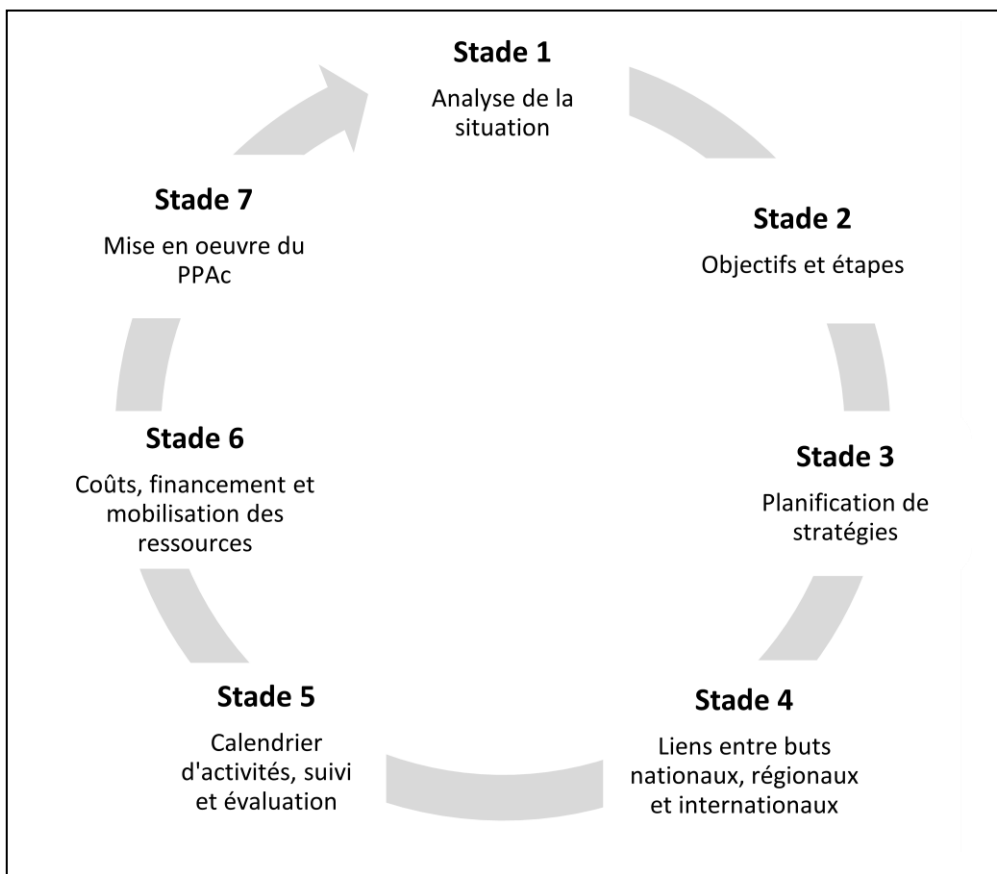


Figure 3 : Stades de planification du PPAC

I. CONTEXTE NATIONAL

I.1. Profils géographique, social économique et politique

Le Niger, avec une superficie de 1 267 000 kilomètres carrés, est un pays continental situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. 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.



Figure 4 : Carte du Niger en Afrique

Pays sahélien à prédominance rurale et disposant de ressources naturelles limitées, l'agriculture et l'élevage constituent les principales activités et sources de revenus de la majorité de la population. Le secteur agricole est fortement dépendant de conditions climatiques avec des périodes de sécheresse récurrentes.

Selon le dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH 2012), la population du Niger a été estimée à 17.138.707 habitants où les femmes représentent 50,6% de la population. La densité moyenne est de 13 habitants/km². Il est à noter que 78,0% de cette population résident en zone rurale. Le taux d'accroissement annuel de la population est de 3,9 % pour la période 2001-2012. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer représentent respectivement 20,79% et 20,51%. L'enquête démographique et de santé (EDSN-MICS IV 2012) a estimé un Indice Synthétique de fécondité (ISF) à 7.6 enfants par femme et une espérance de vie à la naissance estimée à 59 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes.

Le taux global d'alphabétisation est de 29 % en 2012. Le taux de scolarisation au primaire est de 79,20% dont 87,60% chez les garçons et 70,70% chez les filles (Niger en chiffres 2013, INS). La population du Niger est essentiellement musulmane (99%).

Le phénomène de la pauvreté est apparu et s'est amplifié dans les années 90 avec une détérioration continue des conditions de vie des ménages. On y estime que 82% de la population

se trouve dans l'extrême pauvreté selon le Rapport sur le Développement Humain 2014 avec un Indice de Développement humain (IDH) estimé à 0,337 pour le Niger.

Sur le plan administratif, le pays compte 8 régions, 63 départements et 266 communes. Les collectivités territoriales (région, département, commune) constituent des entités autonomes dotées de la personnalité juridique, de compétences et de ressources propres. Elles sont gérées par des organes élus en vertu des principes fondamentaux de la libre administration.



Figure 5: Carte administrative du Niger

Selon les comptes économiques de la Nation 2013, la croissance de l'économie nigérienne était de 11,1% en 2012 contre 4,1% en 2013. Durant ces trois dernières années, la croissance du PIB réel par habitant a été de 4,7% en 2010, de 5,5% en 2011 et de 6,7% en 2012. Cette croissance économique, soutenue par une production et une exploitation pétrolière devrait se renforcer du fait du début de l'exportation du pétrole brut et de la mise en exploitation d'une nouvelle mine d'uranium.

II. SYSTEME DE SANTE

2.1. Organisation du système de santé

L'organisation du système de santé est régie par le décret n°2005-083/PRN/MSP/LCE portant organisation et attributions du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies. Le MSP comprend 3 niveaux conformément au scénario de développement en trois phases (Déclaration de Lusaka en Zambie en 1985). La composition de ces différents niveaux de la pyramide sanitaire est présentée dans l'encadré ci-dessous :

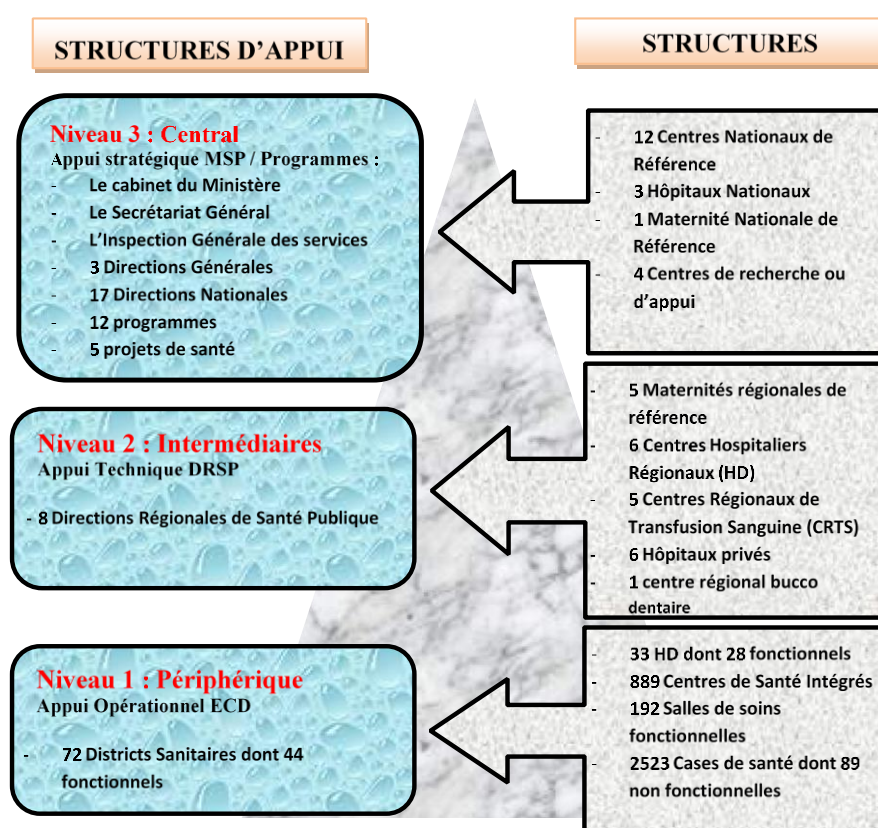


Figure 6: Pyramide sanitaire et son fonctionnement au Niger - DS août 2015

Outre les structures publiques ci-dessus indiquées, gérées par le Ministère en charge de la santé publique, le système de santé comprend :

- les établissements publics de soins relevant d'autres administrations publiques (services de santé des armées, centres médico-sociaux de la CNSS) ;
- les établissements privés principalement orientés vers les activités curatives et concentrés dans les centres urbains. On dénombre 290 établissements privés dont 45 cliniques et polycliniques, 243 cabinets médicaux et salles de soins et deux (2) centres privés spécialisés en ophtalmologie et en traumatologie. A cela, il faut ajouter 10 centrales d'achat et d'approvisionnement en médicaments et 82 pharmacies privés.

2.2. Politique Nationale de Santé

Le Niger a souscrit à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à l'horizon 2015, au nombre desquels figurent les OMD 4 et 5 qui visent à réduire de deux tiers le taux de mortalité infanto-juvénile (MIJ) et de trois quart le ratio de mortalité maternelle (l'année 1990 étant l'année de référence) soit respectivement 318 pour 1000 et 700 pour 100 000.

Pour apporter une réponse à la forte mortalité maternelle, néonatale et infantile, le pays s'est doté d'un Plan de Développement Sanitaire 2011-2015, le troisième après ceux de 1994-2000 et 2005-2010. Il 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) et le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF).

Plusieurs initiatives et programmes soutiennent l'engagement de l'Etat pour l'atteinte des OMD particulièrement l'Initiative « 3N » (les Nigériens Nourrissent les Nigériens) et le Plan de Développement Économique et Social (PDES) 2012-2015.

La mise en œuvre de ces plans et stratégies est soutenue depuis 2006 par la politique de la gratuité des soins de certaines prestations (consultation prénatale, planification familiale, césarienne, cancers gynécologiques et mammaires, et la prise en charge médicale des enfants de moins de 5 ans).

Outre ces documents stratégiques, le Ministère de la Santé Publique dispose de différents plans de contrôle, d'élimination et d'éradication de maladies spécifiques (plan de contrôle de la rougeole, plan d'élimination du tétanos maternel et néonatal, plan d'éradication de la poliomyélite).

Aussi, pour améliorer l'état de santé de la population d'une manière générale et permettre l'accessibilité et l'égalité d'accès de tous aux services de vaccination, le Niger s'est doté d'un Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2011-2015. L'objectif du plan vise la réduction de la morbidité et de la mortalité des maladies évitables par la vaccination chez les enfants de 0-59 mois et les femmes en âge de procréer de 15 à 49 ans à travers l'augmentation de l'utilisation des services de vaccination par un plus grand nombre de personnes, l'introduction de nouveaux vaccins (pneumo, rota virus, HPV et vaccin contre la poliomyélite injectable) ainsi que l'intégration de la vaccination à d'autres interventions sanitaires.

En octobre 2015, le Niger a adhéré aux nouveaux Objectifs de Développement Durable (ODD), qui comprend un ensemble de 17 objectifs mondiaux pour mettre fin à la pauvreté, améliorer la nutrition, permettre à tous de vivre en bonne santé, et promouvoir le bien-être de tous à tout âge et faire face au changement climatique d'ici à 2030 pour ne citer que ceux-là.

Pour matérialiser cet engagement, une Politique Nationale de Santé 2016-2035 et une Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive (SDDCI) Niger, vision 2035 ont été adoptées par le gouvernement en 2015.

Un plan de Développement Sanitaire 2016-2020 est en cours d'élaboration, il s'inspire des axes stratégiques de la nouvelle politique de santé et des orientations des ODD 2030.

Vision : le Niger aspire à être une nation moderne et émergente où les citoyens bénéficient d'un accès universel aux soins et services de santé de qualité sans aucune forme d'exclusion ou de

discrimination avec leur pleine participation. Les principes et valeurs sur lesquels repose la politique nationale de santé sont :

Les valeurs : Solidarité, équité, égalité, justice sociale, intégrité et éthique, respect des droits humains et de la spécificité du genre avec un accent particulier sur les indigents et les autres groupes vulnérables.

Les principes : la mise en œuvre de la politique nationale de santé repose sur les principes directeurs suivants:

- La bonne gouvernance, notamment la redevabilité et la transparence à tous les niveaux du système de santé;
- L'accès universel à des soins et services de qualité ;
- La satisfaction des utilisateurs ;
- La gestion axée sur les résultats ;
- La participation et l'appropriation communautaire;
- La multisectorialité.

2.3. Situation sanitaire du Niger

La situation épidémiologique est marquée par la prédominance de nombreuses maladies transmissibles à caractère endémo-épidémiques (paludisme, choléra, rougeole, méningites, VIH/sida, tuberculose, ...) et l'émergence de maladies non transmissibles (hypertension artérielle, diabète, cancers, drépanocytose et maladies mentales, ...). On note aussi la survenue quasi-régulière de situations d'urgence (crises alimentaires et nutritionnelles, catastrophes naturelles) qui contribuent ainsi à accroître la charge de la maladie dans la population.

a. Indicateurs d'utilisation des services

Tableau 1: Indicateurs d'utilisation des services

Indicateurs	2010	2011	2012	2013	2014	Objectif 2015
Couverture sanitaire	49,44%	47, 48%	47, 53%	47, 80%	48,4%	71%
Taux d'utilisation des soins curatifs	49,44%	55%	57%	56,50%	58,17%	80%
Prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) chez les enfants de 6-59 mois	16,7%	12,3%	14,8%	13,3%	14,8%	<10%
Taux d'utilisation de la PF	4,64%	7,21%	28,95%	12,58%	18,06%	30%
Taux Couverture en CPN1 des femmes enceintes	90,55%	104%	89,30%	88,49%	90,72%	90%
Taux Couverture en CPON	25,77%	37,04%	30,41%	44, 88%	30,09%	ND
Séroprévalence du VIH (EDSN 2012)			0,4%			<1%

Source : annuaires statistiques 2010, 2011, 2012, 2013, 2014

L'analyse des indicateurs d'utilisation des services fait ressortir les constats suivants :

- le taux de couverture sanitaire (population habitant à 0-5 km d'un CSI sur la population totale) est en régression depuis 2010, ceci témoigne une faible accessibilité aux services de santé de base (moins de 50% en 2014)

- le taux d'utilisation du curatif a connu une légère augmentation pour atteindre 58% en 2014 pour un objectif de 80%. Cette situation s'explique essentiellement par la faible qualité des soins (accueil, rupture médicaments...), à la faible permanence des services telles que rapportées par les populations lors de l'enquête auprès des bénéficiaires mais aussi à la faible accessibilité physique et financière des services
- la malnutrition aiguë globale chez les enfants de 6-59 mois est restée constamment au-dessus du seuil d'alerte de 10%. Le taux de malnutrition chronique est toujours supérieur à 40%. A ces formes de malnutrition s'ajoutent des carences en micronutriments (vitamine A, iode et zinc) et une prévalence élevée de l'anémie.
- l'utilisation des méthodes de contraception modernes reste très faible malgré les années de vulgarisation (18% en 2014). Les données des Enquêtes EDSN ont également montré une prévalence contraceptive en très lente progression de 5% en 2006 et 12% en 2012.
- le taux Couverture en CPN1 des femmes s'est beaucoup amélioré, a atteint 90% en 2014. C'est un indicateur de l'accès et de l'utilisation des centres de santé pendant la grossesse.
- le taux de de Consultation Post natale (CPON) reste très faible et stationnaire 30 % en 2014.
- la lutte contre le VIH/SIDA a porté des résultats positifs, la séroprévalence a sensiblement diminué en passant de 0,7% en 2006 à 0,4% en 2012.

b. Evolution des indicateurs de mortalité

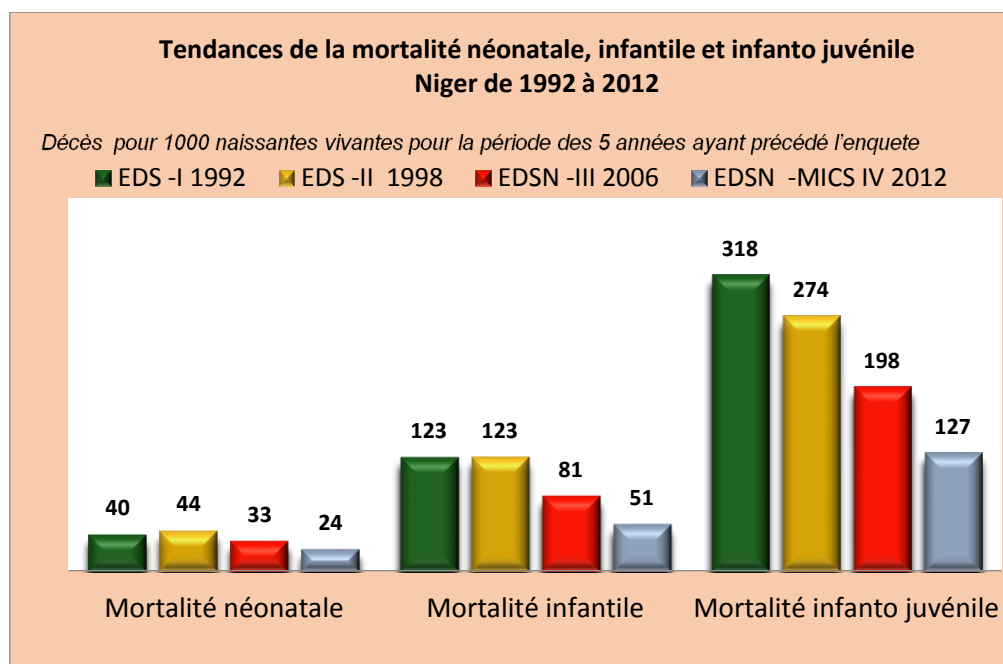


Figure 7 : Mortalité chez les enfants de moins de 5 ans de 1992 à 2012

Le taux de mortalité infanto-juvénile, bien que très élevé, a connu une amélioration sensible passant de 318‰ en 1992 ; 274 ‰ en 1998 ; 198 ‰ en 2006 puis à 127 ‰ en 2012. La mortalité infantile est passée de 81‰ en 2006 à 51 pour mille en 2012. Quant à la mortalité néonatale, elle demeure encore très problématique, évoluant de 33 pour mille en 2006 à 24‰ en 2012.

Le VIH SIDA, la diarrhée, la rougeole, le paludisme, la pneumonie et la prématurité représentent les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. La malnutrition constitue

le principal facteur aggravant de toutes ces maladies (source Statistiques Sanitaires Mondiales OMS 2013).

Plusieurs facteurs ont contribué à la réduction significative de la mortalité infantile dont l'accessibilité géographique des services de santé (mise en fonction de 2434 cases de santé), la gratuité des soins chez les moins de 5 ans, le renforcement de la stratégie nationale survie de l'enfant, la mise en œuvre de la PCIME clinique et la PCIME communautaire, l'intégration de la prise en charge de la malnutrition dans le paquet minimum d'activités des formations sanitaires et l'organisation des campagnes de masse (la vaccination, la supplémentation en vitamine A, le déparasitage et la distribution à grande échelle des moustiquaires imprégnées d'insecticide).

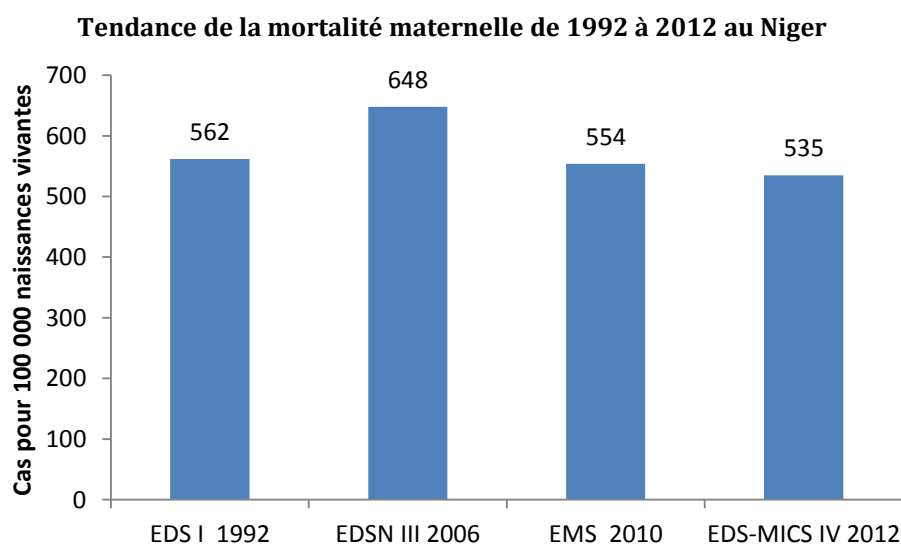


Figure 8: indicateurs de mortalité maternelle de 1992 à 2012

Le Niger est l'un des pays qui enregistre le plus fort taux de mortalité maternelle au monde. Un nombre important de femmes meurent chaque année en donnant naissance ou même pendant la grossesse. Elles sont encore plus nombreuses, celles qui restent en vie mais gardent de graves séquelles suite à l'accouchement.

En dépit des efforts consentis, la réduction de la mortalité maternelle reste encore très peu significative : elle est passée de 700 pour 100 000 naissances vivantes en 1992 à 648 pour 100,000 naissances vivantes en 2006 ; 554 pour 100,000 naissances vivantes en 2010 et 535 décès pour 100000 naissances vivantes en 2012.

Pour réduire la mortalité maternelle, toute femme enceinte devrait avoir accès à des soins qualifiés durant la grossesse et les accouchements doivent impérativement être assistés par un personnel de santé qualifié. Malheureusement, la majorité des accouchements n'est pas encore assistée par un personnel qualifié. En effet, l'évolution de cette proportion est très lente. Elle passe de 15% en 1990 à 18% en 1998, stagne jusqu'en 2006 puis évolue positivement pour atteindre 29% en 2012.

Les principales causes des décès maternels sont liées à la faiblesse de la couverture des besoins obstétricaux essentiels par les services de santé (SONUB) qui ne sont couverts qu'à hauteur de 20,27% en 2010 et à la persistance des 3 retards (le délai de décision avant de faire appel à des soins professionnels, le délai occasionné par le transport jusqu'au service de soins sanitaires, et

le délai d'attente entre l'arrivée au service de soins et la prise en charge médicale effective). Il faut également noter le poids important qu'occupent les conditions socioculturelles défavorables (pratiques traditionnelles néfastes, mariages précoces, les grossesses rapprochées, la multiparité....).

c. Financement du secteur de la santé

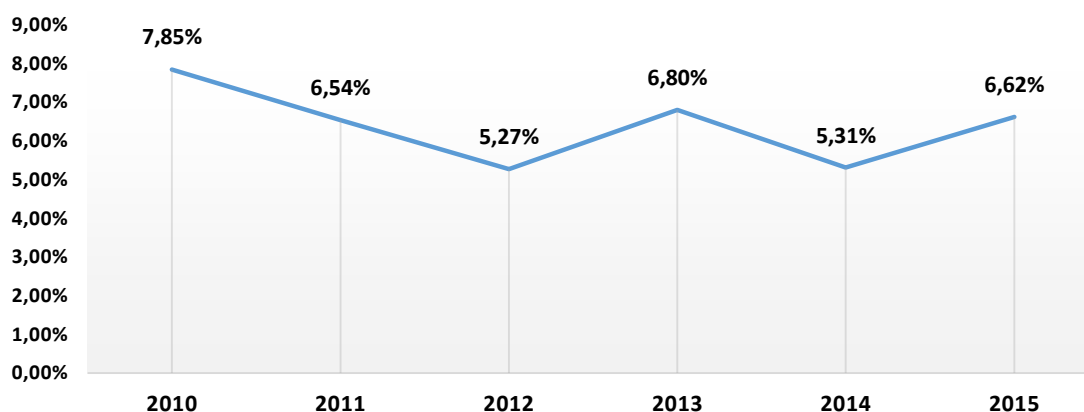


Figure 9: Evolution du budget de l'Etat alloué à la santé de 2010 à 2015

Ce graphique montre une évolution en dents de scie de la part de budget de l'Etat alloué à la santé de 2010 à 2015, cela traduit une faible mobilisation des ressources du secteur. En effet, les crédits alloués sont insuffisants face aux besoins de plus en plus croissants. De plus, on assiste à une sous consommation de ces derniers.

L'Etat doit participer au financement de la santé à concurrence de 10%, selon les normes de l'OMS et de 15% selon la conférence des chefs d'Etat d'Abuja. Les collectivités territoriales qui ont de tout temps participé au financement de la santé, doivent standardiser leur participation en consacrant chaque année au moins 8% de leur budget au financement des activités de santé.

Tableau 2: principaux indicateurs selon les Comptes Sanitaires 2011 à 2013

Principaux indicateurs des dépenses en santé	2011	2012	2013
Dépenses totales de santé par habitant (CFA)	12782	12100	12699
Dépenses de santé en pourcentage(%)	6,70%	6,07%	6,18%
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	35,44%	24,40%	29,32%
Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	57,74%	60,88%	56,33%
Dépenses des soins préventifs en % des dépenses totales de santé	3,24%	3,60%	4,51%
Dépenses des soins curatifs en % des dépenses totales de santé	31,51%	32,79%	30,79%
Dépenses courantes de santé en % des dépenses nationales	97,92%	92,91%	93,86%
Dépenses de santé des collectivités territoriales en % des dépenses totales de santé	0,40%	0,27%	0,21%

Sources : Comptes nationaux de santé 2011, 2012 et 2013

La dépense globale de santé est estimée à 201,067 milliards de FCFA en 2011, 207,261 milliards de FCFA en 2012 et 226,004 milliards de FCFA en 2013, soit un taux d'accroissement de 2011 à 2012 de 3,08% et de 2012 à 2013 de 9,04%.

Le financement de la santé provient de plusieurs sources et se caractérise par des disparités dans sa répartition. Le paiement direct des ménages constitue la source principale de financement du système (60,88% en 2012, 56,33% en 2013 contre 57,74% en 2011). Cette situation fait ressortir l'effet de l'insuffisance d'un mécanisme de couverture universelle de soins de santé. Elle dénote aussi de la faiblesse de mécanisme de financement en vigueur dans le secteur avec comme conséquence la non prise en compte du principe de l'équité dans le fonctionnement du système de santé. Cela entraîne de fait une forme d'exclusion des plus démunis et l'appauvrissement de plus en plus de certaines classes moyennes et beaucoup de familles s'endettent lourdement pour s'offrir les soins et services de santé.

III. ANALYSE DE LA SITUATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

L'analyse de la situation du PEV est structurée en trois volets qui sont :

- Analyse du PEV par composante
- Analyse des Initiatives de lutte accélérée contre les maladies
- Points forts et points faibles de la performance du programme

Cette analyse a été faite en tenant compte non seulement de l'environnement interne et externe mais aussi des composantes du PEV. Ainsi, elle a été basée sur les cinq composantes opérationnelles du système de vaccination à savoir:

- Prestation des services ;
- Approvisionnement et qualité des vaccins;
- Logistique ;
- Surveillance
- Communication.

Et sur les trois composantes d'appui qui sont :

- Gestion du programme ;
- Financement ;
- Gestion des ressources humaines

3.1. Analyse des composantes de la vaccination

3.1.1. Composantes Opérationnelles du PEV

3.1.1.1. Services de vaccination

Les maladies ciblées par le PEV au Niger sont: la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la fièvre jaune, la rougeole, l'hépatite virale B, les infections à *Haemophilus influenzae* type b, les diarrhées à rotavirus et les infections à pneumocoques.

Pour les vaccinations de routine, les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes sont concernées. Le calendrier vaccinal du PEV Niger se présente comme suit :

Tableau 3: Calendrier vaccinal du PEV systématique et de la supplémentation en vitamine A au Niger

Chez les enfants : 0-11 mois		Chez les femmes : 15-49 ans	
Naissance	BCG, VPO 0	Premier contact ou le plus tôt possible lors de la grossesse	VAT1
6 semaines	DTC1-HepB1-Hib1, VPO1, Pneumo1, Rotarix1	4 semaines après VAT1	VAT2
10 semaines	DTC2-HepB2-Hib2, VPO2, Pneumo2, Rotarix2	6 mois après VAT 2 ou lors d'une grossesse ultérieure	VAT3
14 semaines	DTC3-HepB3-Hib3, VPO3, Pneumo3, VPI	Un (1) an après VAT 3 ou lors d'une grossesse ultérieure	VAT4
à partir de 6 mois	Vitamine A	Un (1) an après VAT 4 ou lors d'une grossesse ultérieure	VAT5

Chez les enfants : 0-11 mois		Chez les femmes : 15-49 ans	
9 mois	Fièvre jaune, Rougeole		
12 mois	Vitamine A		
16 mois à 23 Mois	2 ^{ème} dose de Rougeole,		
18 Mois	Vitamine A		

a. Stratégies de vaccination

Les vaccinations se font selon 3 stratégies : fixe, foraine (avancée) et mobile.

- La stratégie fixe consiste à fournir des soins au sein d'une formation sanitaire.
- La stratégie foraine amène l'agent de santé d'un CSI à se déplacer (en moto généralement) au sein de villages distant de 5 à 15 Km de sa formation sanitaire pour y apporter des soins.
- La stratégie mobile amène une équipe à se déplacer (en véhicule) au sein de villages situés au-delà de 15 Km d'un CSI pour y apporter des soins.

b. Couverture vaccinale de routine

Les structures principales de vaccination dénombrées en septembre 2015 comptent 889 CSI. A celles-ci s'ajoutent 71 unités de vaccination qui sont des relais des centres de santé intégrés, les services de maternité et pédiatrie des hôpitaux nationaux, régionaux et districts (VAT, BCG et VPO) et les services privés confessionnels et ONG (MSF, Word vision, Save the children...). Il faut cependant noter, qu'à l'exception des CSI, les autres structures de vaccination privées, bien que faisant officiellement parties des services de vaccination de routine, la plupart d'entre elles ne remplissent pas toutes les conditions requises pour des prestations de qualité, à savoir : l'absence de CDF homologuée, la transmission irrégulière des rapports, l'absence de formation des agents chargés de la vaccination et le non-respect du calendrier vaccinal.

Selon la **revue externe du PEV** en septembre 2015, la fréquence des séances de vaccination en stratégie fixe dans 35 CSI enquêtés a montré que :

- 2% des CSI font 2 séances de vaccination par semaine,
- 4% des CSI font 6 séances par semaine
- 7% des CSI font 3 séances par semaine
- 15% des CSI font 7 séances par semaine.
- 72% des CSI font 5 séances par semaine

Des interruptions de vaccination ont eu lieu lors des six derniers mois précédents l'enquête dans 9% des CSI enquêtés. Les raisons principales invoquées sont : les ruptures de gaz (50%), la rupture de stock de vaccins (25%) et le déplacement des agents de santé (25%).

b1- Données administratives

Les résultats des couvertures vaccinales au Niger de 2010 à 2014 selon les données de routine se présentent comme suit :

Tableau 4: Couvertures vaccinales administratives au Niger de 2010 à 2014

ANTIGENE	2010	2011	2012	2013	2014
BCG	95%	71%	107%	59%	98%
VPO 1	99%	69%	102%	85%	98%
VPO3	92%	61%	95%	80%	91%
PENTA 1	99%	102%	104%	98%	100%
PENTA 3	92%	97%	96%	92%	93%
ROTA 1	----	----	----	----	63%
ROTA 2	----	----	----	----	59%
PNEUMO1	----	----	----	----	86%
PNEUMO3	----	----	----	----	50%
VAR 1	89%	94%	91%	92%	88%
VAR 2	----	----	----	----	----
VAA	82%	69%	90%	88%	87%
VAT2+	85%	93%	81%	89%	75%

Source : DI-Rapports annuels PEV (couverture administrative)

La deuxième dose de VAR introduite en juillet 2013 pour la cible de 16 à 23 mois, est administrée, mais n'est pas rapportée par faute de support adéquat.

L'analyse de la situation du PEV de routine de 2010-2014 montre une régression de la couverture vaccinale administrative des différents antigènes ne permettant pas ainsi d'atteindre les objectifs fixés (95% au niveau national). Les couvertures vaccinales administratives du PEV de routine ont évolué en dents de scie. Toutefois, cette évolution s'est faite dans le sens des objectifs du Plan Stratégique régional pour la Vaccination 2014-2020.

Aussi, les rapports conjoints OMS - UNICEF (JRF) de 2010 à 2014 montrent que la tendance de la couverture vaccinale nationale en Penta 3 va dans le sens de l'objectif fixé à 90% par le GVAP 2011-2020. En effet de 2010 à 2014, la couverture vaccinale nationale en Penta 3 a toujours dépassé 90%.

- **Demande de la vaccination**

Tableau 5: Evolution des taux d'abandon de 2010 à 2014

ABANDON	2010	2011	2012	2013	2014
Taux abandon spécifique Penta 1/Penta 3	7%	5%	8%	6%	7%
Taux abandon global (Penta 1-VAR)	10%	8%	13%	6%	6%

On constate une légère variation du taux d'abandon spécifique (5 à 7%) sur la période 2010-2014. Par contre le taux d'abandon global est en régression et est inférieur à 20% à la même période. Ceci est dû à l'organisation des campagnes rougeole dans certains districts sanitaires.

Tableau 6: Performance des districts selon le taux d'abandon au Penta 3 au Niger de 2010 à 2014

Nombre de districts	2010	2011	2012	2013	2014
Taux abandon Penta 3 >20%	1	0	0	0	1
Taux abandon Penta >10 et ≤20%	8	6	0	5	10
Taux abandon Penta <10%	33	36	42	37	33
TOTAL DISTRICT	42	42	42	42	44

La performance des districts selon les taux d'abandon au Penta au Niger de 2010 à 2014 montre que 75% des districts ont un taux inférieur à la norme de 10%, 23% ont un taux d'abandon entre 10% et 20 % et 2% ont un taux supérieur à 20 % en 2014 contre respectivement 88%, 12% et 0% en 2013.

- **Catégorisation des districts**

En utilisant les indicateurs d'accessibilité et d'utilisation continue des services, les districts ont été classés en 4 catégories sur la base des données administratives.

- Districts de la catégorie 1 : ils présentent une bonne accessibilité (Taux de couverture PENTA 1 \geq 80%) et un faible taux d'abandon (\leq à 10%) expliquant la bonne continuité des services.
- Districts de la catégorie 2 : ces districts présentent une bonne accessibilité et un taux d'abandon élevé (supérieur à 10%, donc une mauvaise continuité des services)
- Districts de la catégorie 3: ces districts présentent une mauvaise accessibilité (PENTA 1 < 80%) mais un faible taux d'abandon inférieur à 10%
- Districts de la catégorie 4 : mauvaise accessibilité et mauvaise utilisation des services, autrement dit un faible taux de couverture en Penta 1 (PENTA 1 < 80%) couplé à un taux d'abandon supérieur à 10%.

- **Classification des districts**

La classification des districts selon la couverture vaccinale est basée sur le taux de penta 3.

Tableau 7: Performance des districts selon la couverture vaccinale de 2013 à 2014 (Penta3).

		CV ≥ 80 %	CV < 80 %
2013	Taux abandon Penta 3 <10%	Abalak, Agadez, Aguié, Boboye, Bouza, Dakoro, Diffa, Dogon-Doutchi, Dosso, Filingué, Gaya, Gouré, Guidan-Roundji, Illela, Keita, Kollo, Loga, Madaoua, Madarounfa, Magaria, Mayahi, Mirriah, N'guigmi, Niamey 1, Niamey 2, Say, Tahoua, Tanout, Tchirozerine, Tera, Tillabéri, Zinder	Bilma, Maradi, Tessaoua, Konni et Niamey3
	Taux abandon Penta 3 >10%	Mainé, Tchinta, Ouallam et Matameye	Arlit
	Total	42	
2014	Taux abandon Penta 3 <10%	Agadez, Arlit, Boboye, Bouza, Diffa, Dogon-Doutchi, Dosso, Filingué, Gouré, Illela, Keita, Loga, Madaoua, Madarounfa, Magaria, Matameye, Mayahi, Niamey 1, Ouallam, Say, Tanout, Tera, Tillabéri, Zinder	Tchiro, N'guigmi, Gaya, Maradi C, Tessaoua, Kollo, Mirriah, Niamey2 et Niamey5
	Taux abandon Penta 3 >10%	Aguié, Dakoro, Abalak, Tahoua, Niamey3 et Niamey4	Bilma, Mainé, Guidan Roumji, Konni et Tchinta
	Total	44	

Sources : Rapport PEV

Malgré les couvertures vaccinales PENTA 3 globalement bonnes pour l'ensemble du pays et par région, l'accès équitable à la vaccination est remis en question par l'existence de districts qui n'ont pas atteint 80% dudit antigène.

En effet, le tableau ci-dessus montre une augmentation des districts moins performants selon la catégorisation. En 2013, 5 DS sont dans la catégorie 3 (Bilma, Maradi, Tessaoua, Konni et Niamey3) et 1 dans la catégorie 4 (Arlit) alors en 2014, 9DS sont dans la catégorie 3 (Tchiro, N'guigmi, Gaya, Maradi C, Tessaoua, Kollo, Mirriah, Niamey2 et Niamey5) et 5 DS dans la catégorie 4 (Bilma, Mainé, Guidan Roumji, Konni et Tchinta). Ces districts méritent un suivi très rapproché .

- **Équité de la vaccination**

Une analyse de l'écart PENTA 3 entre zones urbaines et zones rurales devrait être mise en œuvre par la DI pour démontrer l'accès équitable à la vaccination, surtout quand on sait, comme constaté dans l'évaluation du PNS en 2015, que les dépenses de santé du Gouvernement sont assez équitablement réparties entre les régions.

D'après l'EDSN 2012 –Niger, selon certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère et de l'enfant, la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois ne montre pas d'écart selon le sexe de l'enfant (DTP3 M : 67,5% F : 68,6%), mais par contre la proportion d'enfants vaccinés diminue avec l'augmentation du rang de naissance, la proportion passant de 60 % pour le rang 1 à 48 % pour le rang 6 et plus.

Les résultats mettent en évidence des disparités importantes selon le milieu et la région de résidence. En effet, si en milieu urbain, 69 % des enfants sont complètement protégés contre les maladies cible du PEV, cette proportion n'est que de 49 % en milieu rural. Dans les régions, on constate que c'est dans celles de Diffa et de Zinder que la proportion d'enfants complètement vaccinés est la plus faible (respectivement 42 % et 41 %) et dans celles de Niamey et d'Agadez qu'elle est, en revanche, la plus élevée (respectivement 73 % et 66 %). Il faut souligner que dans la région de Diffa, 22 % des enfants n'ont reçu aucun vaccin du PEV.

Enfin il existe de fortes disparités en fonction des niveaux socio-économique (31,8 points de différence entre le quintile le plus riche et le plus pauvre)

- **Introduction des nouveaux vaccins**

De 2011 à 2015, trois (3) nouveaux vaccins ont été introduits dans le PEV de routine : le vaccin antipneumococcique (PCV-13), le vaccin antirotavirus et le vaccin anti poliomyélite injectable. L'introduction de nouveaux vaccins est toujours précédée par la formation à tous les niveaux, la mobilisation sociale, la mise à jour des outils de gestion (base de données, registre, carte de vaccination, fiches de stock, fiches de pointage, etc.) et l'inventaire de la chaîne de froid (CDF).

b2- Données d'enquête de couverture vaccinale

L'enquête nationale de couverture vaccinale de 2013 donne les résultats suivants pour les sujets enquêtés.

Tableau 8: Résultats de l'enquête nationale de couverture vaccinale de 2013

Antigènes	Couvertures nationales brutes	
	Carte et histoire	Carte uniquement
BCG	85,2%	42,5%
PENTA1	87,3%	44,4%
PENTA3	77,8%	36,5%
POLIO1	85,7%	38,2%
POLIO3	74,5%	15,3%
VAR	74,7%	34,9%
VAA	72,9%	34,0%

En tenant compte de la carte et de l'histoire, les couvertures nationales brutes sont en général bonnes. Si l'on ne tient compte uniquement que des cartes de vaccination, les couvertures nationales sont plus basses.

Aucune des couvertures valides pondérées nationales même brutes ne dépasse 80%. Près de la moitié des enfants (46,1%) ont reçu toutes les doses requises avant l'âge de 1 an selon les couvertures brutes par carte et l'histoire.

3.1.1.2. Approvisionnement et qualité des antigènes et consommables

L'approvisionnement se fait à travers l'UNICEF sur la base des besoins exprimés par le pays à l'aide de l'outil de prévision de l'UNICEF (Forecast).

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. Ce système d'approvisionnement fonctionne de façon satisfaisante. Cependant, il existe des retards dans le décaissement des fonds de l'Etat.

Le pays bénéficie du soutien de GAVI pour l'approvisionnement en nouveaux vaccins :

- 2014, vaccin anti pneumococcique PCV-13, le vaccin contre les diarrhées à Rotavirus et le Vaccin contre le virus papilloma humain sous démonstration dans 3 districts,
- 2015, polio injectable inactivé.

Le pays continue de bénéficier également de l'appui de l'UNICEF pour l'achat et l'approvisionnement des vaccins anti poliomyélitique, anti tétanique et anti rougeoleux utilisés lors des activités de vaccinations supplémentaires.

a. Approvisionnement des régions en vaccins et consommables

Le ravitaillement des dépôts régionaux en vaccins est assuré trimestriellement par le niveau central.

Compte tenu de l'introduction des nouveaux vaccins et de la capacité des fourgonnettes, les régions de Zinder, Maradi, Tahoua, Tillabéri et Dosso sont ravitaillées deux fois par trimestre. Le ravitaillement des régions en consommables s'effectue au moyen d'un camion de 20m³ tous les trois mois.

Les districts et les centres de santé intégrés se ravitaillent tous les mois, respectivement aux dépôts régionaux et de districts. Les cases de santé qui ont intégré la vaccination se ravitaillent au niveau des CSI de rattachement.

b. Capacité de la chaîne de froid

Au niveau central

Le dépôt central dispose de trois chambres froides positives d'une capacité totale de 130 m³ et d'une chambre froide négative de 30 m³. Dans le cadre du projet de renforcement de la chaîne d'approvisionnement, un entrepôt moderne est en construction où seront installées dix (10) chambres froides. Les équipements de quatre chambres froides positives de 40m³ chacune sur financement du projet Elma sont déjà disponibles. Il en est de même pour deux (2) autres chambres positives de 40m³ chacune et une négative de 20m³ prévues dans le cadre du Renforcement du Système de Santé (RSS).

Avec l'acquisition de ces nouvelles chambres froides, la capacité positive de stockage au niveau central passera de 130m³ à 370m³ et celle négative de 30 à 50m³. Cette capacité permettra de couvrir les besoins de capacité de stockage jusqu' en 2020.

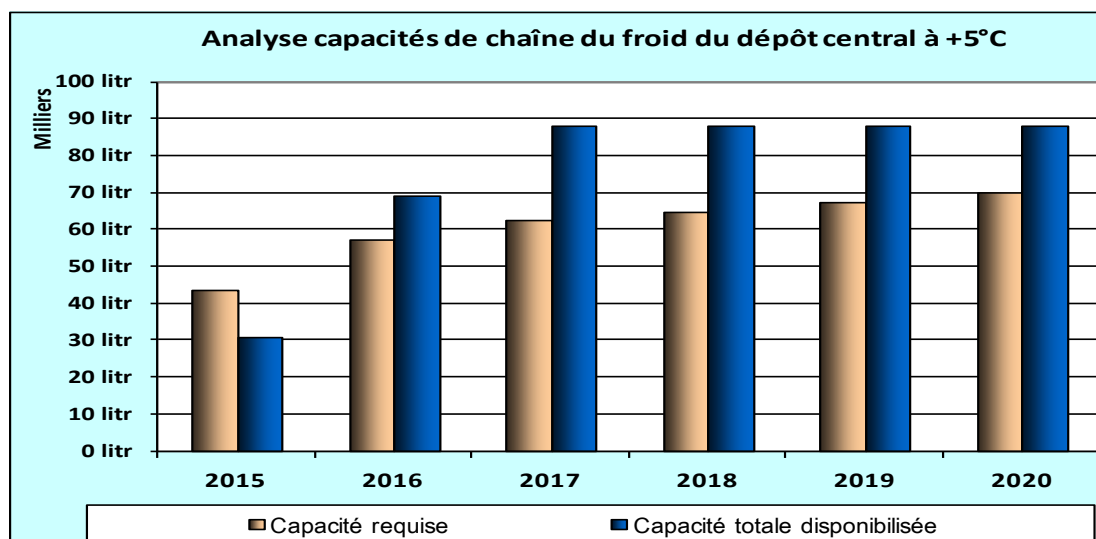


Figure 10 : Capacités de stockage au niveau central

Au niveau régional

Sur les huit (8) régions que compte le pays, sept (7) disposent d'une chambre froide positive de capacité variant entre 20 et 40 m³ et pourront ainsi faire face aux besoins de stockage qui sont induits par l'introduction des nouveaux vaccins (Pneumo, Rota, VPI.....). Quant à la région de Niamey qui ne dispose pas de chambre, elle utilise des réfrigérateurs et congélateurs homologués pour le stockage et la conservation des vaccins.

L'UNICEF a déjà fourni le matériel de la chambre froide de la région de Niamey et celui de la deuxième chambre froide de Zinder. La construction des locaux et l'installation des chambres froides seront financés également par l'UNICEF.

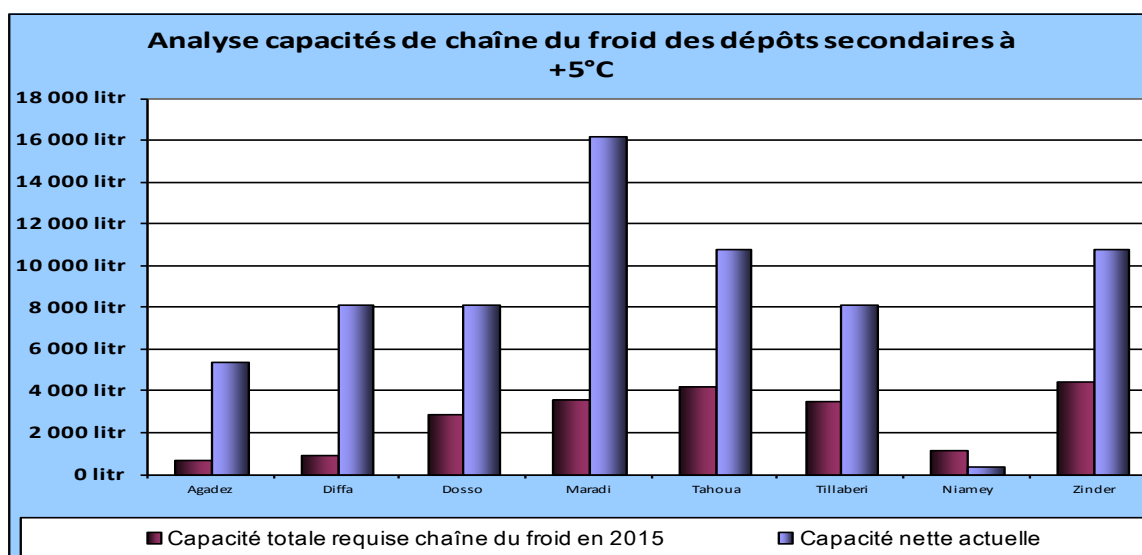


Figure 11: Capacités de stockage au niveau régional

Au niveau district

Dans le cadre de la mise en œuvre du PDS 2011-2015 vingt-huit (28) nouveaux districts sanitaires sont créés amenant ainsi le nombre de districts à soixante-douze (72). Les 44

districts fonctionnels sont équipés de réfrigérateurs et congélateurs homologués, qui servent de dépôts pour le ravitaillement des centres de santé intégrés.

Dans le cadre de l'appui à l'introduction des nouveaux vaccins (pneumo et rota), le pays a bénéficié, sur financement GAVI, de 115 réfrigérateurs (25 Vestfrost MK404, 90 Vestfrost MK 304), 85 glacières RCW25, 159 glacières RCW12 et 375 porte vaccins. Ce matériel déjà mis en place a permis de renforcer les capacités de stockage et de conservation des districts. Aussi, dans le cadre du renforcement du système de santé (RSS), 21 districts sont appuyés en équipement de chaîne de froid.

Tableau 9: Capacités de stockage au niveau des districts

Nom dépôt	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Agadez	- 171 litre	- 140 litr	- 133 litr	- 131 litr	- 126 litr	- 123 litr
Arlit	- 443 litr	- 407 litr	- 402 litr	- 397 litr	- 394 litr	- 389 litr
Bilma	- 177 litr	- 172 litr	- 171 litr	- 171 litr	- 171 litr	- 171 litr
Tchiro	- 132 litr	- 78 litr	- 67 litr	- 60 litr	- 55 litr	- 49 litr
Diffa	- 499 litr	- 437 litr	- 425 litr	- 419 litr	- 412 litr	- 404 litr
Maine	- 232 litr	- 172 litr	- 159 litr	- 153 litr	- 147 litr	- 140 litr
N'Guigmi	- 316 litr	- 285 litr	- 278 litr	- 275 litr	- 270 litr	- 268 litr
Boboye	- 306 litr	- 215 litr	- 195 litr	- 186 litr	- 176 litr	- 166 litr
Doutchi	- 523 litr	- 360 litr	- 325 litr	- 307 litr	- 290 litr	- 270 litr
Dosso	- 616 litr	- 491 litr	- 466 litr	- 453 litr	- 438 litr	- 424 litr
Gaya	- 552 litr	- 456 litr	- 437 litr	- 427 litr	- 417 litr	- 405 litr
Loga	- 195 litr	- 151 litr	- 140 litr	- 135 litr	- 132 litr	- 127 litr
Aguié	- 660 litr	- 557 litr	- 534 litr	- 522 litr	- 511 litr	- 499 litr
Dakoro	- 696 litr	- 523 litr	- 487 litr	- 468 litr	- 448 litr	- 430 litr
G.Roumji	- 547 litr	- 414 litr	- 384 litr	- 371 litr	- 356 litr	- 340 litr
Madarounfa	- 564 litr	- 518 litr	- 510 litr	- 504 litr	- 499 litr	- 494 litr
Maradi C.	- 373 litr	- 304 litr	- 289 litr	- 283 litr	- 276 litr	- 267 litr
Mayahi	- 583 litr	- 442 litr	- 411 litr	- 395 litr	- 380 litr	- 365 litr
Tessaoua	- 766 litr	- 634 litr	- 607 litr	- 593 litr	- 578 litr	- 565 litr
Abalak	- 215 litr	- 151 litr	- 137 litr	- 128 litr	- 121 litr	- 114 litr
Konni	- 718 litr	- 580 litr	- 552 litr	- 537 litr	- 520 litr	- 506 litr
Bouza	- 622 litr	- 510 litr	- 486 litr	- 474 litr	- 460 litr	- 448 litr
Illéla	- 320 litr	- 218 litr	- 195 litr	- 185 litr	- 174 litr	- 161 litr
Keita	- 485 litr	- 398 litr	- 380 litr	- 370 litr	- 360 litr	- 352 litr
Madaoua	- 515 litr	- 377 litr	- 349 litr	- 334 litr	- 317 litr	- 300 litr
Tahoua	- 489 litr	- 379 litr	- 356 litr	- 344 litr	- 333 litr	- 319 litr
Tchinta	- 363 litr	- 310 litr	- 299 litr	- 293 litr	- 288 litr	- 281 litr
Filingue	- 694 litr	- 553 litr	- 522 litr	- 506 litr	- 491 litr	- 476 litr
Kollo	- 480 litr	- 361 litr	- 337 litr	- 325 litr	- 311 litr	- 297 litr
Ouallam	- 376 litr	- 277 litr	- 255 litr	- 243 litr	- 233 litr	- 221 litr
Say	- 370 litr	- 280 litr	- 261 litr	- 250 litr	- 241 litr	- 230 litr
Tera	- 822 litr	- 654 litr	- 617 litr	- 601 litr	- 583 litr	- 564 litr
Tillabéri	- 163 litr	- 90 litr	- 75 litr	- 68 litr	- 60 litr	- 52 litr

Nom dépôt	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Goure	- 94 litr	- 2 litr	20 litr	27 litr	38 litr	50 litr
Magaria	- 990 litr	- 753 litr	- 703 litr	- 677 litr	- 651 litr	- 623 litr
Matameye	- 592 litr	- 491 litr	- 469 litr	- 457 litr	- 446 litr	- 434 litr
Mirriah	- 1 411 litr	- 1 160 litr	- 1 104 litr	- 1 077 litr	- 1 048 litr	- 1 020 litr
Tanout	- 468 litr	- 336 litr	- 307 litr	- 292 litr	- 279 litr	- 263 litr
Zinder	- 705 litr	- 624 litr	- 606 litr	- 598 litr	- 588 litr	- 580 litr
Niamey1	- 383 litr	- 266 litr	- 242 litr	- 229 litr	- 217 litr	- 205 litr
Niamey2	- 369 litr	- 258 litr	- 234 litr	- 220 litr	- 209 litr	- 196 litr
Niamey3	- 341 litr	- 305 litr	- 301 litr	- 296 litr	- 292 litr	- 288 litr

La capacité de stockage est acceptable pour assurer l'introduction des nouveaux vaccins à l'exception du district sanitaire de Gouré qui doit être renforcé à partir de 2017.

Niveau Centres de Santé Intégrés (CSI)

La majorité des Centres de Santé Intégrés (CSI) sont équipés d'appareils de chaîne du froid fonctionnant soit au gaz, soit au solaire ou à l'électricité et répondant aux normes.

Avec l'introduction des nouveaux vaccins (pneumo et Rota), 86 réfrigérateurs solaires sur financement de GAVI, 74 réfrigérateurs sur financement UNICEF et 85 réfrigérateurs SibirV110EG sur financement de l'Etat ont été mis en place. Dans le cadre du RSS, 265 réfrigérateurs solaires, 300 glacières RCW25, 274 glacières RCW12, 700 portes vaccins et 1395 appareils de monitoring de température fridge-tag2 et un lot de pièces de rechange pour les réfrigérateurs solaires ont été commandés en 2015. Malgré tous ces efforts, et en prélude à l'introduction des nouveaux vaccins et compte tenu de la transformation de certaines cases de santé en CSI, les besoins en matériel chaîne de froid demeurent.

c. Qualité de la conservation des vaccins

Les équipements de la chaîne du froid utilisée sont homologués. Le monitoring de la qualité des vaccins pendant le stockage et le transport se fait à l'aide de thermomètres usuels et fridge-tag de première génération. Une commande de 1595 fridge-tag de deuxième génération a été prévue dans le cadre du RSS GAVI et 1395 sont déjà livrés. Ces nouveaux équipements permettent un meilleur suivi de la température de conservation des vaccins. La livraison de certains vaccins (Penta VVM7 et VPO VVM2) avec VVM (Pastille de contrôle de vaccins) inférieur à 14 jours a joué sur la qualité des vaccins pendant la conservation. Les normes de température de conservation des vaccins sont connues par les agents.

d. Rythme d'inventaire

L'inventaire des équipements de la CDF est réalisé tous les trois ans au niveau national. Le dernier inventaire date de 2014. Une mise à jour est faite chaque année à tous les niveaux. L'inventaire des vaccins et consommables est réalisé tous les trois mois au niveau central et tous les mois aux niveaux régional et opérationnel.

e. Estimation des besoins en vaccins et consommables

Au niveau central l'estimation des besoins se fait à l'aide de l'outil de prévision de l'UNICEF appelé forecast. Dans cet outil, figure en même temps les périodes d'approvisionnement, les sources de financement. Le calcul des estimations des besoins des vaccins se fait en fonction de la population cible, l'objectif de couverture, le nombre des doses et le facteur de perte.

La mise à jour de l'inventaire des équipements de la CDF réalisée en fin 2014 a permis d'élaborer un plan de renouvellement des équipements par niveau en fonction des besoins en capacité de stockage. Un fichier de suivi des équipements a été mis à la disposition des régions et districts.

f. Taux de satisfaction des besoins

La satisfaction des besoins des différents vaccins dépend du financement. En 2012, la disponibilité des vaccins varie de 92% pour le VAT à 129% pour le BCG. En 2013, le pays a connu des périodes de rupture pour certains antigènes traditionnels tels que le vaccin contre la tuberculose (BCG). Ainsi, au niveau central, on a enregistré 69 jours de rupture en 2011, 107 jours de rupture en 2013 et 16 jours en 2014. En 2014, la disponibilité pour les autres antigènes a été bonne dépassant 100% de couverture.

g. Sécurité de la vaccination

Tous les vaccins du pays sont achetés à travers l'Unicef à Copenhague, donc les vaccins utilisés sont de qualité irréprochable et sont enregistrés par la direction nationale de la pharmacie et de la médecine traditionnelle. Les vaccins sont conservés dans des équipements de froid répondant aux normes de conservation des vaccins (respect de la température, respect des conditions de transport, respect des conditions d'administration des vaccins etc. ...)

La vaccination se fait avec les seringues autobloquantes dans toutes les formations sanitaires du pays. Le Niger a élaboré en 2002 un document de politique nationale de sécurité des injections. Ce plan a été soutenu par GAVI de 2004 à 2006 mais depuis lors la pérennisation est assurée par le budget national.

h. Gestion des stocks de vaccins et matériel d'injection

Au niveau central, la gestion des stocks de vaccins et matériel d'injection est assurée par la division logistique et approvisionnement. En 2008, une nouvelle base de gestion informatisée des Stocks (Stock Management Tools) a été introduite. Tous les CRI et CDI ont été formés à l'utilisation de cet outil. A cet effet les 8 régions et 42 districts ont été dotés en matériels informatiques. Actuellement la majorité des responsables de la vaccination ne dispose pas d'outil informatique pour la gestion informatisée.

La gestion des stocks est à la fois informatisée et manuelle aux niveaux central, régional et district. 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.

L'utilisation du logiciel « SMT » est effective dans l'ensemble des régions et districts. Toutefois son appropriation rencontre des difficultés dans certains districts et régions liées à un manque de suivi post formation et à la mobilité du personnel formé.

D'autres outils de gestion, notamment les bons de commande / livraison et les fiches individuelles de gestion de stock sont également utilisés à tous les niveaux. Ces outils ont été édités sous forme de carnets carbonés pour assurer un bon archivage.

i. Suivi des taux de pertes de vaccins et matériels d'injection

Le suivi des taux de pertes en vaccins et matériels d'injection est assuré grâce au fichier de monitoring des activités de vaccination (DVD/MT ; Registre de gestion des vaccins et seringues).

Le tableau ci-dessous donne l'évolution des taux de pertes par antigène de 2010 à 2014

Tableau 10: Evolution des taux de pertes par antigène de 2010 à 2014

Antigènes	ANNEES				
	2010	2011	2012	2013	2014
BCG	21%	19%	68%	52%	23%
PENTA	1%	2%	60%	36%	14%
VPO	7%	7%	64%	42%	17%
VAR	15%	13%	64%	47%	28%
VAA	14%	12%	65%	44%	31%
VAT	8%	7%	61%	45%	-3%

Source : données du PEV de routine

j. Gestion Efficace des Vaccins (GEV)

- **Evaluation de la GEV en 2014**

Les résultats obtenus suite à l'évaluation des indicateurs aux différents niveaux du système de santé se présentent comme suit :

Tableau 11: Résultats de l'évaluation des indicateurs aux différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement du PEV au Niger en 2014

Critères de la GEV	Niveaux de la chaîne d'approvisionnement			
	National	Région	District	CSI
E1: Procédures d'arrivée et réception des vaccins	64%			
E2: Température de stockage des vaccins	47%	76%	78%	66%
E3: Capacités de stockage	88%	70%	88%	82%
E4: Bâtiments, Equipements, Transport	49%	74%	77%	76%
E5: Maintenance	47%	52%	63%	59%
E6: Gestion des stocks	70%	80%	69%	53%
E7: Distribution	49%	50%	50%	49%
E8: Gestion des vaccins	79%	85%	86%	76%
E9: Système d'information et fonction d'appui à la gestion	54%	66%	73%	66%
Catégories de la GEV				
Bâtiments	60%	83%	86%	75%
Capacité	93%	76%	96%	97%
Equipements	44%	68%	73%	76%
Management	56%	69%	65%	55%
Réparation/Maintenance	47%	52%	63%	59%
Formation	84%	94%	91%	83%
Véhicule	55%	37%	61%	0%

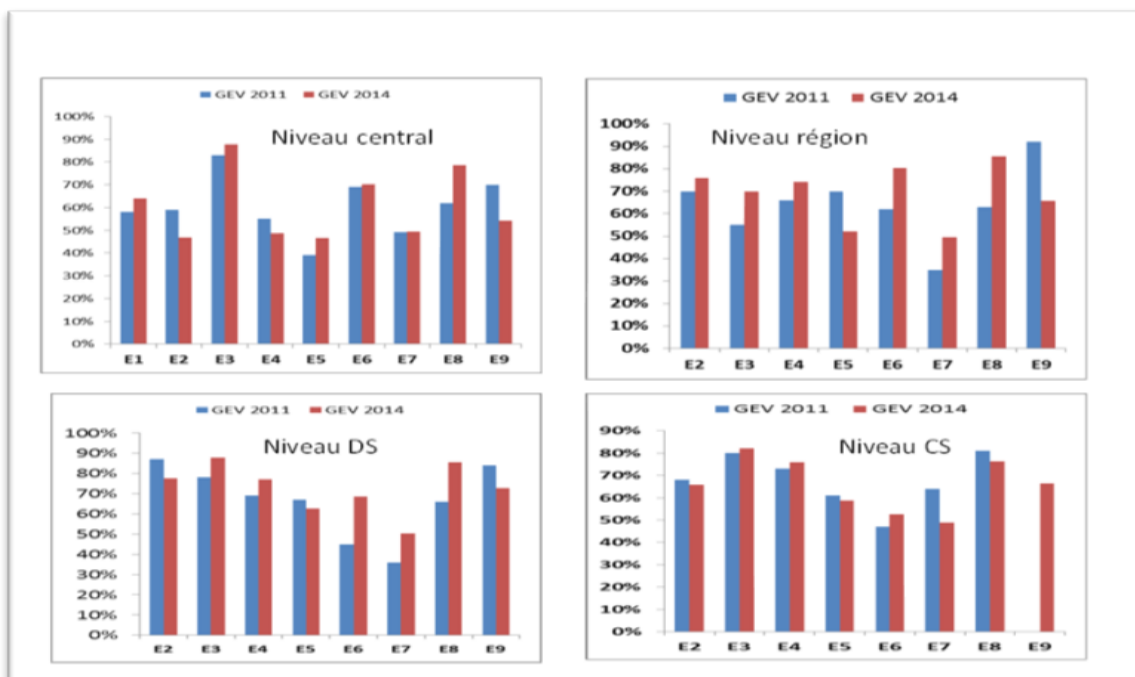


Figure 12: Résultats GEV 2011 et GEV 2014 par niveau et par critères

- **Recommandations générales de la GEV de septembre 2014**

Pour l'atteinte des objectifs de la GEV, il est nécessaire en plus de la mise en œuvre du plan d'amélioration de suivre certaines recommandations qui sont :

- Renforcer les compétences des responsables de la logistique sur la logistique du PEV genre Logivac au Bénin;
- Doter les chambres froides du niveau national et régional d'enregistreurs continus de la température du type Multilog en remplacement des fridge tag;
- Améliorer le suivi à travers des supervisions régulières à raison de deux par le niveau central, quatre par le niveau régional et six par le niveau district ;
- Rendre effective l'utilisation de l'outil de gestion informatisée des stocks (SMT) et de l'outil sur le monitoring des activités de vaccination (DVD-MT);
- Rendre obligatoire l'utilisation des régulateurs de tension pour protéger les équipements de la chaîne du froid ;
- Systématiser et obliger l'utilisation rigoureuse des registres de stock (électronique et Manuel) ;
- Renforcer la capacité positive de stockage des districts ayant des gaps pour tenir compte de l'introduction des nouveaux vaccins ;
- Mettre à la disposition des régions et des districts des supports sur le PEV en particulier sur l'utilisation des PCV, le rangement des vaccins dans les réfrigérateurs ;
- Etiqueter tous les réfrigérateurs à vaccins en indiquant le type de vaccin, le numéro de lot et la date de péremption pour chaque antigène ;
- Tenir à jour le registre de gestion des stocks et prendre en compte la gestion des diluants et des matériels d'injection ;
- Briefer les responsables PEV sur l'utilisation du Fridge Tag et le remplissage de la nouvelle feuille de température.

3.1.1.3. Logistique

a. Transport

Le transport des vaccins du niveau central vers les régions était assuré par trois (3) véhicules frigorifiques dont un de 5 m³ en panne et deux de 15 m³ chacune dont un en panne. Cette capacité (15 m³), est insuffisante compte tenu des nouvelles introductions, notamment le Pneumo et le Rota en 2014 et le VPI en 2015. Le transport des consommables est assuré par un camion de 20m³. En octobre 2015, la direction des immunisations a bénéficié d'un deuxième camion de 10 m³ et de deux véhicules de supervision.

Au niveau régional, seules les régions de Zinder, Tahoua et Maradi sont dotées d'un véhicule réfrigéré de cinq (5) m³ chacun. En octobre 2015, les régions de Tahoua, Agadez, Dosso et Zinder ont bénéficié chacune d'un véhicule réfrigéré. 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 mis en place 244 Glacières et 375 portes vaccins sur le terrain.

Il existe à tous les niveaux un parc auto moto insuffisant et vétuste utilisé pour effectuer les stratégies de vaccination avancée, mobile décentralisée et la supervision.

b. Maintenance

Une politique de maintenance est adoptée par le Ministère de la Santé Publique avec le recrutement des ouvriers polyvalents de maintenance (OPM) dans tous les districts. Ces ouvriers assurent la maintenance préventive et curative du matériel. Il faut noter que ces ouvriers ont des difficultés pour assurer la maintenance curative des équipements.

La maintenance relève du SERAM (matériels biomédicaux), SERMEX (matériels de froid, climatisation et électricité) et SERPA (parc matériels roulants) qui sont des structures rattachées à la Direction des Infrastructures et Equipements Sanitaires (DIES) du Ministère de la Santé Publique. Il existe des ateliers régionaux de maintenance mais qui ne disposent pas de moyens suffisants (pièces détachées et outils) pour accomplir les tâches qui leur sont dévolues.

c. Gestion des déchets

Pour supprimer tout risque de contamination (VIH, hépatites, etc.), l'usage exclusif des seringues autobloquantes est de règle pour l'administration du vaccin lors des séances de vaccination. Toutes les seringues usagées sont collectées dans les boites de sécurité qui sont 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. A cet effet, il existe un plan national de gestion des déchets issus des soins élaboré par la Direction de l'Hygiène Publique et de l'Education pour la santé.

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

Tableau 12: Situation des incinérateurs modernes du pays

Régions	Localités	Nombre
Niamey	Maternité Issaka Gazobi	01
Maradi	Centre Hospitalier Régional (CHR), HD Dakoro	02
Zinder	Hôpital National	01
	Maternité Centrale	01
Tillabéri	District Sanitaire de Tillabéri	01
Agadez	Hôpital Cominak et Somair	02
Tahoua	HD Madaoua et Bouza	02
Total Pays		10

En outre, pour se conformer aux réglementations internationales en matière de gestion des déchets biomédicaux, le MSP projette d'équiper les autres régions et districts ne disposant pas d'incinérateurs modernes. Ce qui nécessitera une mobilisation des fonds auprès des partenaires.

Selon la **Revue externe du PEV 2014**,

- 85% des CSI disposent de directives ou documents de politique sur la sécurité des injections et la gestion des déchets
- 89% des CSI affirment utiliser une seringue de dilution une seule fois au cours d'une séance de vaccination
- 30% des CSI ont connu une rupture de stock en matériel d'injection en 2014
- 98% des CSI collectent les seringues et aiguilles usagées dans des boîtes de sécurité
- 96% des CSI détruisent les déchets piquants de la vaccination dans le CSI
- Le moyen de destruction le plus utilisé est l'incinération (57%)

Tableau 13: Méthodes de destruction des déchets piquants dans les CSI, Niger, 2015

Méthodes de destruction des déchets piquants	% CSI
Enfouissement	2%
Brûlage	26%
Brûlage/ enfouissement	15%
Incinération	57%
Autre	0%

3.1.1.4. Surveillance épidémiologique des maladies cibles du PEV

La surveillance des maladies cibles du PEV se fait d'une façon intégrée par la Direction de la Surveillance et de la Riposte aux Epidémies (DSRE) qui gère les informations sanitaires sur la survenue des épidémies et organise la riposte. Elle est relayée au niveau des régions par des services de la programmation et de l'information sanitaire (SPIS) et au niveau des districts sanitaires par des centres de surveillance épidémiologique (CSE).

Au niveau des CSI et case de santé, la surveillance est assurée à travers les télégrammes officiels (TO) hebdomadaires des maladies à déclaration obligatoire (MDO). Les maladies cibles du PEV, à savoir le tétanos maternel et néonatal, la rougeole, la diphtérie, la coqueluche, les PFA et les cas suspects de fièvre jaune font partie des maladies à déclaration obligatoire notifiées hebdomadairement. Pour cela, les CSI sont dotés de Radios BLU et des flottes GSM.

Selon le rythme de notification, la transmission des données et rapports est immédiate/hebdomadaire/mensuelle/trimestrielle/annuelle en fonction des éléments sous surveillance. Les données et rapports cheminent tout le long de la pyramide sanitaire (communauté, CS, CSI, CSE/DISTRICT, SPIS/DRSP, DSRE/MSP). Les données et les rapports sont centralisés au niveau du district qui en assure la saisie, l'analyse, puis la transmission électronique à l'échelon supérieur.

Depuis 1997, à travers l'initiative d'éradication de la poliomyélite, le Niger a introduit dans son système de surveillance, la notification basée sur les cas. Fort des résultats enregistrés pour les PFA, ce type de surveillance s'est étendu à la rougeole, la méningite, la fièvre jaune et le tétanos néonatal.

Depuis 2001, un réseau de surveillance sentinelle des méningites bactériennes pédiatriques est opérationnel à Niamey. Ce système de surveillance s'est étendu aux régions de Dosso, Maradi, Zinder et Tahoua. Une extension est envisagée pour couvrir toutes les régions. A ce réseau de surveillance, s'est greffée la surveillance des diarrhées à rotavirus depuis 2011. Ce réseau est coordonné par l'Hôpital National de Niamey, et contribue à l'introduction des nouveaux vaccins et à la mesure de leur impact sur les maladies.

A partir de 2003, le Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES) contribue à la surveillance biologique des méningites et des infections pulmonaires à pneumocoque. Les laboratoires spécialisés de cette institution effectuent aussi le stéréotypage sur des souches isolées de streptocoque pneumonia (S.P). A l'échelle nationale, il existe un système de surveillance passive de l'Hépatite B (dans le cadre de la sécurité transfusionnelle), et des infections à Hib_ du rotavirus et des pneumonies à pneumocoque à travers le réseau de l'Hôpital National de Niamey.

Selon la **Revue externe du PEV de 2015**, les résultats de l'enquête sur l'implication des cliniciens dans la surveillance sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 14: Résultats de l'enquête menée chez les cliniciens

Indicateurs	% (n= 44)
1. Cliniciens qui disposent d'instructions écrites/un guide opérationnel pour la surveillance?	82%
2. Cliniciens qui ont participé à une session de formation/ remise à niveau au cours des 24 derniers mois ?	73%
3. La formation/ remise à niveau comportait la surveillance PFA	80%
4. La formation/ remise à niveau comportait la surveillance au cas par cas de la rougeole	68%
5. La formation/ remise à niveau comportait la surveillance au cas par cas de la Fièvre Jaune	66%
6. La formation/ remise à niveau comportait la surveillance au cas par cas du TMN	52%
7. Cliniciens qui connaissent la définition opérationnelle d'un cas de PFA	39%
8. Cliniciens qui connaissent d'autres maladies en dehors de la polio qui peuvent causer la PFA	57%
9. Cliniciens qui connaissent le délai idéal pour effectuer le prélèvement de selles chez un cas de PFA	52%
10. Cliniciens qui connaissent la définition opérationnelle d'un échantillon de selles adéquat de PFA	55%
11. Cliniciens qui connaissent le délai idéal pour qu'un échantillon de selles arrive au laboratoire	45%
12. Cliniciens qui connaissent la conduite à tenir devant un cas suspect de fièvre jaune	66%
13. Cliniciens qui connaissent la conduite à tenir devant un cas suspect de TNN	55%

Malgré des atouts évidents (Volonté politique, volonté d'intégrer et de coordonner les activités de surveillance, disponibilité à tous les niveaux des procédures opératoires standardisées, existence de comités de gestion des épidémies à tous les niveaux, existence de guides, fiches et directives techniques standard sur la surveillance, renforcement des capacités des agents de santé en SIMR etc.), le système de surveillance connaît des insuffisances dont les principales sont :

- la faible performance du système de surveillance des maladies ;
- la faiblesse des ressources financières et matérielles allouées à la surveillance ;
- l'insuffisance de la surveillance à base communautaire,
- l'insuffisance de la recherche active des cas de maladie,
- la léthargie des sites sentinelles et des comités de gestion des épidémies (COGEPI),
- l'insuffisance quantitative et la mauvaise répartition du personnel,
- l'insuffisance de formation des agents en SIMR.

a. Surveillance de la Poliomyélite par les paralysies flasques aiguës (PFA)

La surveillance active des PFA est faite de façon régulière (hebdomadaire) par l'examen rétrospectif des registres de consultations des services de pédiatrie, des centres de rééducation physique et des services d'accueil (Aiguillage) des hôpitaux nationaux, centres hospitaliers régionaux et hôpitaux de districts et les formations sanitaires privées.

Les cas de PFA peuvent se trouver aussi dans les autres structures ciblées telles que chez les tradi- praticiens, chez les marabouts et au niveau des points de centre de récupération nutritionnelle.

Les indicateurs de surveillance des PFA ont évolué en dents de scie au cours des 4 dernières années. Le taux de PFA non polio est passé de 3,81 en 2011 à 4,3 en 2012 puis a chuté pour se retrouver à 2,8 en 2014 pour un objectif de 2 cas pour 100.000 enfants de moins de 15 ans. Par contre, le pourcentage d'échantillons de selles prélevés dans les 14 jours s'est amélioré passant de 81% en 2011 à 85% en 2014 (Annuaire statistique 2011-2014).

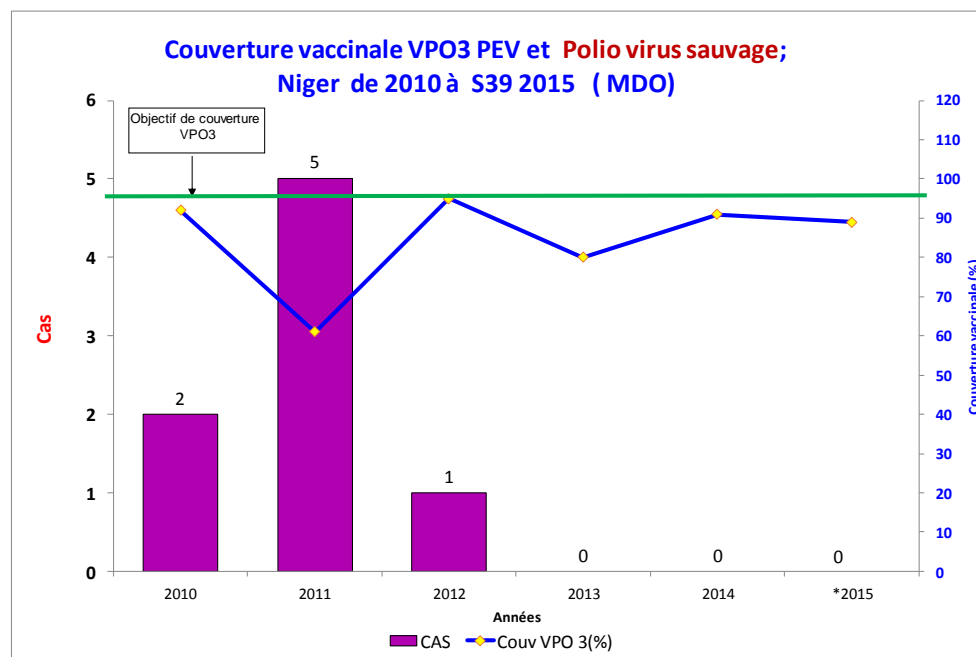


Figure 13: Surveillance PFA et couverture vaccinale VPO3

En ce qui concerne la surveillance active des cas de PFA, elle a connu une amélioration significative au cours de ces quatre dernières années avec respectivement :

- En 2011 : 5 cas de PVS détectés sur un total 318 cas de PFA
- En 2012: 1 cas de PVS a été identifié sur un total de 283 cas de PFA
- En 2013 : aucun cas de PVS sur un total de 338 cas de PFA investigués,
- En 2014 : aucun cas de PVS sur un total de 250 cas de PFA investigués

Pour une cible de 2/100.000, le taux de PFA non Polio annualisé en juillet 2015 est de 2,7 cas pour 100.000 enfants de moins 15 ans au niveau national. Les régions de Diffa (1,3), Niamey (1,1) et Tahoua (1,3) n'ont pas satisfait cet indicateur. Au niveau des districts sanitaires, cet indicateur est satisfaisant dans 26 districts sur 44 (59%).

Malgré, le nombre de PVS enregistré, le Niger est parvenu à interrompre la circulation du PVS type 1 grâce à l'utilisation du VPO monovalent 1.

Figure 14: Indicateurs de performance de la surveillance des PFA par région de janvier à juillet 2015 ; Niger

Région Sanitaire	Population <15 ans	Cas PFA notifiés	Cas de PFA avec 2 éch. de selles dans les 14 j		% de selles adéquates		NPENT		Taux de PFA non annualisé**	Cas compatibles		Cas en instance de classification
			cas	%	Cas	%	Cas	%		Cumul du mois	%	
Agadez	257 691	5	5	100%	4	80%	0	0%	3,3	0	0%	1
Diffa	346 066	3	2	67%	1	33%	1	33%	1,5	0	0%	2
Dosso	1083289	35	33	94%	21	68%	3	10%	5,5	0	0%	17
Maradi	1990487	39	36	92%	28	76%	3	8%	3,4	0	0%	13
Niamey	457506	3	2	67%	2	67%	1	33%	1,1	0	0%	1
Tahoua	1818679	14	12	86%	9	69%	2	15%	1,3	0	0%	5
Tillabéri	1467752	22	18	82%	14	64%	2	9%	2,6	0	0%	9
Zinder	2087870	29	25	86%	17	61%	4	14%	2,4	0	0%	13
NIGER	9 509 340	150	133	89%	96	68%	16	11%	2,7	-	0%	61

b. Surveillance du tétanos maternel et néonatal

Les résultats de la surveillance du TNN au Niger de 2004 à 2014 dans le système de notification intégré (MDO) et dans le système de notification au cas par cas montrent des divergences comme l'illustre le graphique ci-dessous.

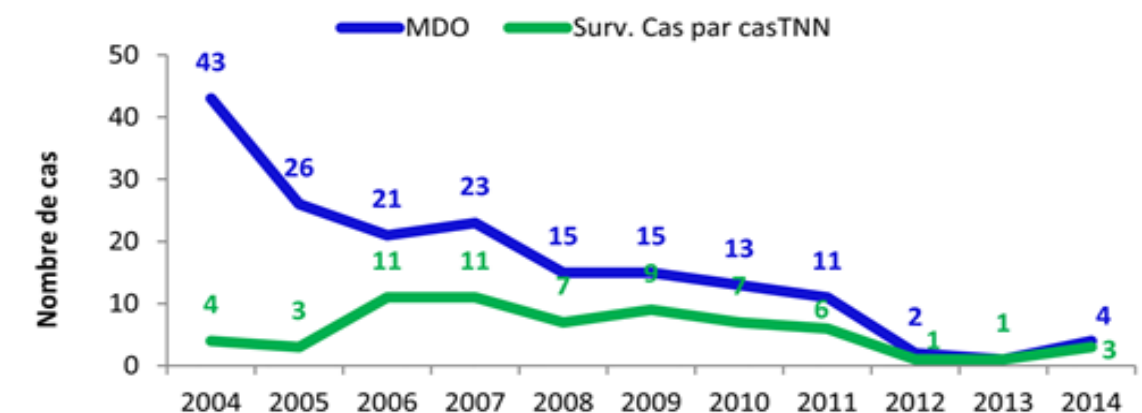


Figure 15: Cas de TNN notifiés par MDO et système de notification au cas par cas de 2004 à 2014

Du 1er janvier au 31 août 2015, cinq (5) cas notifiés dont 2 cas à Dakoro, 1 cas à Madarounfa, 1 cas à Tahoua et 1 cas à Tchintabaraden. Les fiches d'investigation et les rapports de ripostes menées ne sont pas disponibles au 31 août 2015. Il convient de signaler qu'en 2012, Dakoro, Maradi Commune et Tchintabaraden ont eu à notifier des cas de TMN.

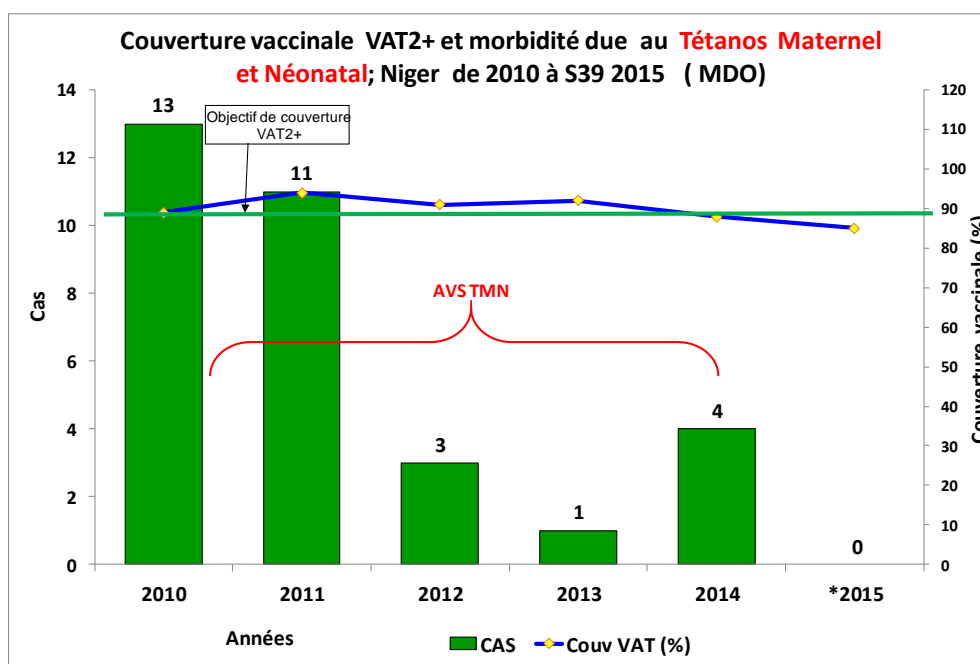


Figure 16: Surveillance TNN et couverture en VAT2+ de 2010 à 2015

De cette surveillance, il se dégage les difficultés suivantes :

- L'insuffisance dans la recherche active des cas TMN et notamment communautaire ;
- Le faible taux d'accouchement assistés dans la plupart des districts ;
- La persistance du risque dans certains districts (couverture en VAT2 à 75% en 2014) ;
- L'existence de barrières socio culturelles (rumeur de stérilisation des femmes avec le VAT).

c. Surveillance de la rougeole

La morbidité et la mortalité liées à cette maladie ont chuté grâce aux campagnes organisées de 2010 à 2012. Celle de 2012 qui a couvert 104% des enfants de 9 mois à 14 ans a permis de réduire le nombre de foyers épidémiques de 76 en 2012 à 31 en 2014.

Du 1^{er} janvier à 31 juillet 2015, la surveillance intégrée des maladies et riposte a notifié un total de 5.579 cas suspects de rougeole dont 250 cas sont confirmés avec Igm+ et 20 décès, soit un taux de létalité de 0,4%. Le nombre de cas investigués, dans le cadre de la surveillance au cas par cas est de 893 ce qui représente seulement 16% des cas investigués contre les 80% souhaité. Ainsi, les cas notifiés sur la base IDS ne bénéficient pas tous d'une investigation, ce qui entraîne une importante différence entre les données générées par les deux sous-systèmes.

Le pourcentage des districts ayant notifié au moins un cas suspect avec prélèvement de sang est de 93% pour une cible attendue de 80%. Des seuils épidémiques de rougeole ont été atteints dans 18 districts (40,9%) sur les 44 que compte le pays, à savoir, Agadez, Aguié, Dakoro, Diffa, Filingué, Gouré, Madarounfa, Magaria, Maradi Commune, Matameye, Mayahi, Mirriah, N'guigmi, Tanout, Tchintabaraden, Tessaoua, Tchirozérine et Zinder Commune. Des activités de riposte vaccinale ont été menées dans 14 districts sur une population cible de 981.093 enfants de 09 mois à 14 ans avec une couverture moyen de 60%.

La carte ci-dessous illustre la situation des épidémies de rougeole dans les districts sanitaires (DS) du Niger pendant la période de janvier à juillet 2015

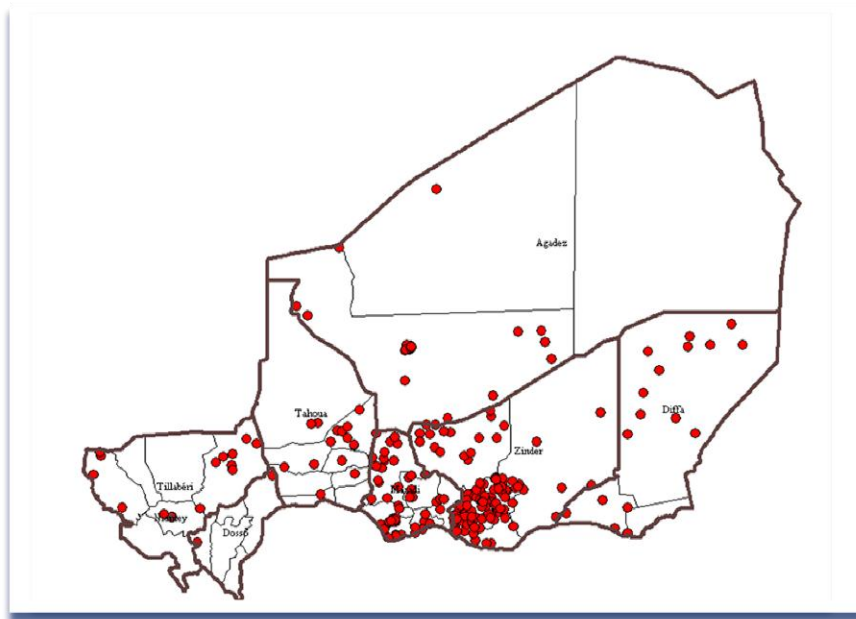


Figure 17: Distribution géographique des 250 cas confirmés de rougeole IgM+, période de janvier à juillet 2015, Niger (1 point = 1 cas)

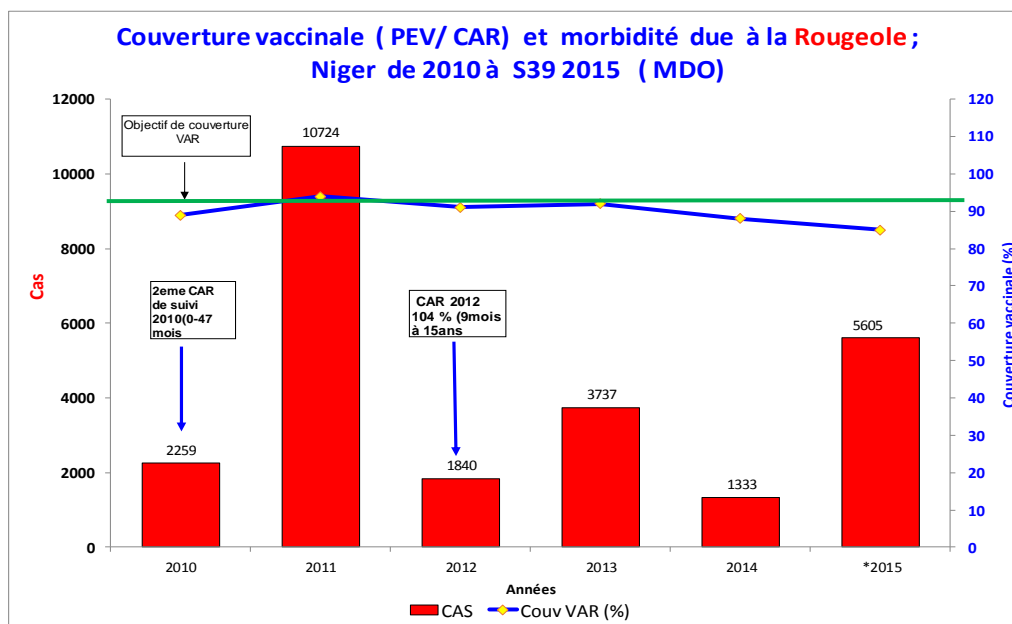


Figure 18: Surveillance rougeole et couverture en VAR de 2010 à 2015

d. Surveillance de la Fièvre jaune

Selon l’OMS, la norme exigée pour la surveillance active de cette maladie est d’atteindre 80% des districts notifiant plus d’un cas suspect par an. Au Niger, 56 cas suspects ont été notifiés entre 2011 et 2014 mais aucun cas de fièvre jaune n’a été confirmé. Il convient cependant de signaler que les performances de la surveillance pour cette maladie sont en baisse progressive. Le pourcentage du taux de notification entre 2011 et 2014 a connu une régression (0% en 2011 et 2013, 100% en 2012 et 75% en 2014). De janvier à juillet 2015, quatorze (14) cas suspects et 1 décès ont été déclarés dans le système de notification intégré (MDO) contre 13 cas dans le système de notification au cas par cas.

L’analyse des indicateurs de performances nous montre que le taux annualisé d’affections d’ictère non Fièvre Jaune est de 0,1 cas pour 100.000 habitants et seul 8 districts sur les 44 (18%) ont notifié au moins un cas avec prélèvement pour une cible d’au moins 80%. Néanmoins aucun cas de fièvre jaune n’a été confirmé dans le pays.

Tableau 15: Indicateurs de performance de la surveillance de la fièvre jaune par région de janvier à juillet 2015 au Niger

Région	POPULATION 2015	Cas suspect de F. Jaune notifiés*	Cas suspects de F. Jaune investigués**		Cas de F. Jaune IGM+		Taux de Ictère Fébrile N FJ***	DS ayant notifié au moins un cas suspect	
			cas	%	Cas	%		NBRE	%
AGADEZ	524 689	0	0		0	#DIV/0!	0	0	0%
Diffa	652 855	0	0		0	#DIV/0!	0	0	0%
Dosso	2 149 736	7	5		0	#DIV/0!	0,4	3	60%
Maradi	3 660 720	1	1		0	0%	0	1	14%
Niamey	1 096 239	0	0		0	#DIV/0!	0	0	0%
Tahoua	3 652 136	4	4		0	0%	0,2	3	38%
Tillabéri	2 900 725	2	3		0	#DIV/0!	0,2	1	17%
Zinder	3 891 664	0	0		0	#DIV/0!	0	0	0%
NIGER	18 528 764	14	13		0	0%	0,1	8	18%

e. Surveillance des diarrhées à Rota virus

Au Niger la prévalence des maladies diarrhéiques est de 22.2% chez les enfants selon le rapport d’enquête nationale Nutrition et Survie de l’Enfant de l’UNICEF réalisée en mai/juin 2009. Selon les statistiques nationales de 2014, les services de santé ont rapporté 900152 cas de diarrhées simples chez les enfants de moins de 5 ans, 40 884 cas avec déshydratation dont 121 décès.

Selon une étude conduite de 2009 à 2012 au Niger par EPICENTRE dans les régions de Maradi et Niamey, on trouve que le rota virus est responsable de plus de 20% de diarrhées avec déshydratation modérée et sévère chez les enfants de moins de 5 ans.

L’OMS recommande d’inclure le vaccin Rota virus destiné aux nourrissons dans tous les programmes nationaux de vaccination. Dans les pays où les décès par diarrhée représentent au moins 10% de la mortalité chez les enfants de <5 ans, l’introduction de ce vaccin est vivement recommandée. Le Niger l’a introduit depuis août 2014.

La surveillance des rotavirus a démarré au Niger depuis 2011 à l’hôpital national de Niamey qui dispose d’un système de surveillance des infections à Hib fonctionnel. Une extension aux autres hôpitaux des régions est envisagée.

Le tableau ci-dessous donne les indicateurs de la surveillance des diarrhées à Rota virus au 31 juillet 2015.

Tableau 16: Indicateurs de Surveillance des diarrhées à Rota virus au 31 juillet 2015, Niger

Mois	Nombre d'enfants avec diarrhée	% d'enfants éligibles		% de cas avec fiches et selles collectées (Cible 80%)		% d'échantillons prélevés dans les 2 jours de l'admission (Cible 90%)		% d'échantillons reçus au Labo pour test ELISA (Cible 95%)		% d'échantillons testés par le Labo du site (Cible 90%)		Echantillons testés positifs au Rota virus (Cible 30%)	
		Cas	%	Cas	%	Cas	%	Cas	%	Cas	%	Cas	%
Janvier	4	2	50	4	100,0	4	100,0	4	100,0	0	0,0	0	
Février	57	52	91	57	100,0	53	93,0	52	91,2	37	71,2	11	29,7
Mars	27	27	100	27	100,0	17	63,0	27	100,0	26	96,3	13	50,0
Avril	9	9	100	9	100,0	7	77,8	10	111,1	9	90,0	5	55,6
Mai	4	4	100	4	100,0	4	100,0	4	100,0	4	100,0	1	25,0
Juin	6	6	100	6	100,0	6	100,0	6	100,0	6	100,0	2	33,3
Total	107	100	93,46	107	100,0	91	85,0	103	96,3	82	79,6	32	39,0

f. Surveillance des Manifestations Indésirables Post Immunisation (MAPI)

La surveillance des MAPI se fait surtout lors des campagnes de masse contre la rougeole, la méningite, le TMN et à l'occasion de l'introduction des nouveaux vaccins. Cette surveillance n'est pas encore effective pour le PEV de routine. Pour remédier à cette insuffisance, le Ministère de la santé a mis en place un comité de pharmacovigilance pour le suivi de la gestion des manifestations post vaccinales indésirables. Des directives et outils sont disponibles. Le guide de surveillance des MAPI sera élaboré en 2016 et servira de base pour la formation des agents de santé du niveau opérationnel.

g. Laboratoire

Le pays dispose de deux (2) laboratoires de référence fonctionnels situés à l'Hôpital National de Niamey et au Centre de Recherche Médical et Sanitaire (CERMES) dont les capacités sont renforcées par un approvisionnement régulier en matériels et réactifs. Il existe également un réseau de laboratoires dans les districts, les CHR et les autres hôpitaux. Ces laboratoires disposent des équipements aux normes leur permettant d'accomplir leurs missions.

Au niveau des centres de santé intégrés (CSI), des tubes de prélèvement de LCR, des selles ou de Sérum ainsi que des écouvillons pour les prélèvements de gorge sont mis à disposition.

Les prélèvements sont effectués par l'infirmier responsable du CSI et acheminés dans un délai maximum de trois jours au laboratoire de référence à travers le centre de surveillance épidémiologique et le service de programmation et de l'information sanitaire des districts et régions. Ces prélèvements effectués sur les cas suspects (Rougeole, Méningite, Diphtérie, choléra, FJ) en provenance des districts sont acheminés aux laboratoires pour la confirmation biologique du diagnostic.

Les résultats de ces tests sont consignés dans le registre de laboratoire déjà mis en place et saisis dans la base de données du laboratoire puis envoyés chaque semaine et chaque mois à la

Direction de la Surveillance et de la Riposte aux Epidémies(DSRE) qui les transmet aux régions et à l’OMS/Niger. De plus ces laboratoires sont impliqués dans le processus de gestion des épidémies (investigation des cas)

3.1.1.5. Communication

Le plaidoyer et la mobilisation sociale pour le PEV sont développés à travers la Division Plaidoyer et Communication de la Direction des Immunisations, qui accompagne toutes les activités de vaccination par des stratégies de communication. Cette cellule technique a un rôle de conception et de coordination de toutes les activités de communication relatives au PEV de routine et aux activités de vaccination supplémentaire (AVS). La Cellule Communication est appuyée par un sous-comité national de mobilisation sociale qui est composé de partenaires multisectoriels à savoir les Chefs traditionnels, les leaders religieux, les ONG et associations, les services techniques des ministères, les médias et les partenaires techniques et financiers (UNICEF,OMS, Rotary....).

Le plaidoyer, la mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportement constituent les piliers stratégiques des actions de promotion de la vaccination contre les maladies cibles du PEV de routine.

Un plan stratégique de communication 2011-2015 a été élaboré. La mise en œuvre des plans opérationnels de communication et des plans de relance du PEV ont contribué à améliorer les performances du programme, à réduire les taux d’abandon, mais aussi à induire le changement de comportement auprès des cibles directes ces dernières années. Cependant, ce plan n’a pas pris en compte la communication en période de crise.

a. Analyse du comportement

Pour une meilleure orientation des stratégies de communication qui seront destinées aux cibles bénéficiaires pour l’adoption du comportement souhaité, des enquêtes, revues et évaluations ont été développées pour mieux guider la planification.

L’enquête CAP réalisée dans le cadre de la revue de janvier 2013 a concerné un échantillon de 16 975 mères et ses conclusions ont été les suivantes : L’occupation des parents représente la cause principale de la non vaccination des enfants (60%) tandis que les perceptions négatives représentent moins de 5% de ces causes dont 1,5% pour le refus des parents de faire vacciner l’enfant. Les causes en relation avec l’organisation des services de vaccination, notamment le lieu de séances trop éloigné et l’indisponibilité du vaccin, représentent quant à eux 23,4%. L’ignorance des parents qui peut être dans une certaine mesure liée à l’organisation des services de vaccination représente 12,9%.

De l’enquête qualitative réalisée en décembre 2013 par la DI avec l’appui de l’UNICEF en prélude à l’introduction du vaccin pneumo13 dans la vaccination de routine au Niger, il ressort que la quasi-totalité des parents semble connaître les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) positives à promouvoir pour la santé de l’enfant.

La **Revue externe du PEV** conduite en 2015 fait ressortir les résultats suivants :

- Par rapport à l’organisation d’IEC on note :
 - Existence d’un responsable de la communication pour le PEV : 52%

- Réunions de plaidoyer en faveur de la vaccination : 65%
 - Existence d'un comité de mobilisation sociale pour la vaccination : 76%
 - Disponibilité de supports éducatifs sur la vaccination : 83%
- Par rapport aux séances de sensibilisation:
- 80% des bénéficiaires affirment qu'au centre de vaccination on mène des activités de sensibilisation/IEC pendant les séances de vaccination
 - 92% des mères pensent que les stratégies de communication sont adéquates et acceptables pour chacune d'elles.
- Par rapport à l'organisation du service
- 54% des bénéficiaires mettent plus d'une heure de temps au centre de vaccination avant que l'enfant ne soit vacciné, tandis que 24% mettent moins de 30 mn et 22% mettent entre 31 mn et 1 heure de temps.
 - 91% des mères pensent que l'accueil est bon,
 - 100% des mères disent qu'elles peuvent revenir au site de vaccination la prochaine fois.

L'engagement individuel et collectif de la communauté en faveur de la vaccination s'est traduit dans les focus group par l'expression de l'opinion des mères sur le fonctionnement du PEV et les solutions pour améliorer les services de vaccination.

Les personnes indispensables pour la prise de décision en communauté sont : le chef de village/quartier/canton, l'imam/marabout ; la présidente des femmes ; les femmes relais et l'agent de santé/la sage-femme.

b. Analyse des participants

L'approche participative qui nécessite l'implication des parties prenantes, y compris les bénéficiaires doit être privilégiée pour une meilleure prise de conscience du problème de vaccination, pour ce faire, les participants ont été classés en trois parties.

- Les participants primaires

Les femmes enceintes, les mères et les gardiennes d'enfants 0-11 mois sont celles qui sont directement concernées par la vaccination et dont on attend un changement de comportement. Les mères sont les premières personnes en charge de l'enfant et de sa santé, les actions de communication sont plus concentrées sur elles, afin de développer des attitudes et des pratiques positives.

- Les participants secondaires

Ils sont constitués par les individus et groupes qui exercent une influence à un titre ou à un autre sur ceux qui doivent changer de comportement. Ce sont : les pères, les beaux-parents, la famille élargie, les leaders d'opinions, les leaders religieux et coutumiers.

Le père: chef de famille, il est le décideur en matière de santé, surtout lorsqu'il est question de rechercher des soins à l'extérieur.

Les religieux: l'islam est la religion la plus importante au Niger. Elle représente 99% de la population du pays, ce qui prouve que les religieux ont une place de choix dans notre société.

L'agent communautaire : Il est le relayeur d'informations émanant du Centre de Santé. L'agent communautaire (ou relais communautaire) est une personne de la communauté, un trait d'union entre l'agent de santé et les populations.

- Les participants tertiaires:

Ce sont ceux à qui est dévolue la tâche de faciliter le changement de comportement : décideurs politico-administratifs, agents de santé, professionnels des médias, enseignants, personnalités de renommées.

c. Analyse des supports

Le support de communication est l'instrument sur lequel le message est fixé pour être transmis ou en publicité ou sur un organe de communication spécifique. Le PEV dispose d'un répertoire de supports tels que: les bandes ou cassettes audio, les films documentaires, les cassettes vidéo, les affiches, les brochures, les magazines, le calendrier vaccinal, les banderoles, les tabliers casquettes, tee-shirts, boîte à images, les sketches, pagi volte, microprogrammes audio et audio visuels. On estime que 83% des enquêtés lors de la revue PEV de 2015 ont affirmé qu'il y a une disponibilité des supports éducatifs sur la vaccination au niveau des CSI.

Les supports peuvent être classés selon leur accessibilité aux participants. C'est ainsi que dans le groupe :

- les participants primaires ont plus accès à la radio 92% et la télévision 33%, les journaux féminins pour les lettrées, séances de CIP dans les CSI à 71%, 50% par les associations et ONG, les séances de CIP dans les groupements et coopératives, les mobilisateurs sociaux 79%, les animations lors des cérémonies.
- Participants secondaires sont informés à travers la radio, la télévision et les journaux, les causeries dans les fadas. En ce qui concerne les hommes au moment des séances de sensibilisation dans les groupements, les coopératives et organisations professionnelles, les émissions interactives dans les radios communautaires, clubs d'écoute collective, prêches des imams et pasteurs dans les mosquées et églises (58%).
- Belles-familles et divers parents de la grande famille à travers les cérémonies familiales et sociales, les séances de CIP dans les associations. Les chefs religieux et coutumiers pendant les ateliers d'échanges, et les congrès. Les décideurs politico-administratifs lors des réunions de plaidoyer, à travers les emails des documents, et visites voyages d'études.
- Participants tertiaires ou intervenants indirects reçoivent les informations par le biais des agents de santé, professionnels des médias, artistes etc.

d. Analyse des canaux et outils de communications

Les approches multimédias sont les plus efficaces: la communication ne se réduit pas aux médias, si puissants soient-ils, elle utilise d'autres canaux de communication formels et informels, y compris interpersonnels.

Canaux et supports de communication du programme:

- Utilisation des services connexes tels que l'éducation, la communication, le développement social, l'hydraulique, la jeunesse et le sport à travers les comités.

- Utilisation des mass-médias (presse écrite, télévision, radio), l'internet et la téléphonie mobile, les supports éducatifs et promotionnels ;
- Exploitation des canaux traditionnels (chanson, théâtre, sketch etc.) pour toucher les analphabètes ;
- Organisation de conférences, séminaires, journées, colloques pour toucher les décideurs, les fonctionnaires et les intellectuels.

e. Les approches locales et les réseaux sociaux

Les approches développées au niveau local sont basées sur l'implication des réseaux de communication traditionnels suivants :

- *La structure administrative* constitue l'autorité auprès des populations locales et à ce titre prend des décisions.
- *Les chefs traditionnels* véritables gardiens de la tradition nigérienne, sont impliqués dans le cadre d'un partenariat à travers l'ACTN pour contribuer au dialogue avec les communautés. Malheureusement, cette cible qui incarne le pouvoir communautaire est faiblement utilisée dans les activités du PEV de routine.
- *Les agents de santé et les ASC* : ils sont considérés comme des vecteurs essentiels de l'information des mères. Ils devraient s'assurer que les mères ont reçu toutes les informations essentielles sur la vaccination.
- *Les crieurs publics* : placés sous l'autorité du chef de village, ils sont considérés comme moyen d'information de masse et sont utilisés lors des campagnes et les stratégies mobiles et avancées.
- *Les relais communautaires* : acteurs clés de la communication de proximité, ils occupent une place déterminante dans le processus du changement de comportement des programmes de santé au Niger et sont régulièrement mis à contribution pour l'information et le dialogue avec les familles par la stratégie du porte à porte. Ils sont aussi impliqués pour la recherche des perdus de vue et dans le suivi de l'adoption des pratiques familiales essentielles au niveau des ménages.
- *Les élus locaux* : leur implication se fait à travers les sous-comités de mobilisation sociale au niveau communautaire; ils contribuent à la mobilisation locale des ressources matérielles, financières et humaines.
- *Les leaders religieux* ont une représentation importante dans la société nigérienne à raison de leur influence auprès des populations; ils mènent des prêches dans les mosquées et églises à l'occasion des campagnes de masse et sont peu utilisés dans le PEV de routine.
- *Les présidents des fadas et les présidentes des associations et groupements féminins* : ils sont des opportunités à saisir pour la mobilisation de la population dans le cadre de la vaccination.
- *Le cinéma numérique ambulant* est une structure mobile de projection qui contribue à favoriser l'accès des populations à l'information et à la sensibilisation mais ce media communautaire n'est pas encore véritablement utilisé dans le cadre de la vaccination.
- *Les clubs d'écoute communautaires*, cadre de dialogue en milieu rural où des groupes d'hommes et de femmes écoutent des émissions radiophoniques de santé dans le but de débattre, de comprendre et mettre en pratique les enseignements tirés.
- *Les COSAN, COGES, COGEPI*, cadres organisés, créés à travers des arrêtés administratifs sont des structures qui rassemblent les représentants de la communauté, des autorités politico

administratives, coutumières, et des ONG/ associations. Elles plaident pour une promotion de la santé au niveau communautaire.

- *Les grands événements traditionnels*, tels la cure salée, le guéroual, le hotoungo, sont des rassemblements culturels et constituent des occasions de sensibilisation des populations sur la santé.

3.1.2. Composantes d'appui

3.1.2.1. Gestion du programme

Le Programme Elargi de Vaccination a été officiellement lancé au Niger en fin Janvier 1987 lors de la Conférence Internationale sur les Vaccinations en Afrique. Il est géré par une structure qui a connu divers ancrages sur le plan institutionnel au gré des changements de l'organigramme du Ministère en charge de la santé. Depuis 2011, avec l'adoption du nouvel organigramme, le Programme est géré par la Direction des Immunisations (DI), sous l'autorité hiérarchique de la Direction Générale de la Santé de la Reproduction (DGSR). Aux dires des responsables, cette nouvelle position facilitera le pilotage du programme sur l'ensemble du territoire national. C'est donc l'occasion donnée à la Direction des Immunisations pour affirmer son leadership.

La gestion du programme est décentralisée aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.

a. Législation et réglementation

Le pays s'est doté d'une Politique Nationale de Santé (PNS) qui couvre la période allant de l'année 2016 à 2035 et qui prend en compte dans ses axes stratégiques la vaccination. Le document de Politique nationale de vaccination n'est pas encore disponible. Un projet de loi sur la vaccination a été élaboré et est actuellement en examen au niveau de la Direction de la Législation et du Contentieux du Ministère de la Santé Publique.

Il n'y a pas d'Autorité Nationale de Régulation (ANR) des médicaments et vaccins : c'est la Direction des Pharmacies et de la Médecine Traditionnelle (DPH/MT) qui fait office d'ANR.

b. Politique et Planification

Le pays possède un Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-2015 dans lequel le PEV est inclus et un plan Pluriannuel complet (PPAC) 2011-2015. Un nouveau PDS 2016-2020 est en cours d'élaboration. Le présent document s'inscrit dans la perspective d'un nouveau PPAC 2016-2020.

Les activités de vaccination sont normalement prises en compte dans les Plans annuels d'activités (PAA) des régions et des districts qui découlent le plus souvent de leurs plans de développement sanitaires respectifs. Au niveau des centres de santé intégrés en collaboration avec les communautés, des micros plans sont élaborés et prennent la vaccination en compte. L'élaboration des PAA est effectuée conformément aux directives envoyées par le niveau central. Malheureusement il est constaté que beaucoup de CSI n'élaborent pas de micro plans si bien que la synthèse pour le PAA au niveau district est souvent incomplète. Cette situation a des effets pervers quant à l'allocation des ressources et ne permet pas la mobilisation des ressources financières au niveau des collectivités territoriales.

La principale difficulté rencontrée en matière de planification est la non-fiabilité des données des populations cibles utilisées pour la planification.

Selon la **Revue externe du PEV**,

- 100% des régions possèdent un plan opérationnel
- Dans 100% de ces régions, les activités de vaccination sont incluses dans ce plan
- 88% des DS possèdent un plan opérationnel
- Dans 100% de ces DS, les activités de vaccination sont incluses dans ce plan.

c. Coordination

c.1. Place du PEV dans la structure du Ministère de la Santé

Le PEV a connu plusieurs mutations depuis sa création :

- 1988-1989 : Service PEV sous la tutelle de la Direction de L'Hygiène et de la Médecine Mobile (DHMM) ;
- 1989-1992 : Programme Elargi de Vaccination rattaché au Secrétariat Général SG/MSP (Arrêté N°00116/MSP du 08 octobre 1992) ;
- 1996-2001 : Direction Nationale du PEV rattachée à la Direction des Etudes et de la Programmation (Arrêté N°00112/MSP du 12 Août 1996 portant organisation et Attributions de la DNPEV) ;
- 2001-2003 : Direction Nationale des Immunisations rattachée à la Direction Générale des Endémo- épidémies (Décret N°2001/246/PRN/LCE portant organisation du MSP/LCE en son Article 18) ;
- 2003-2005: Division des Immunisations et de l'enfant (DIE) rattachée à la Direction Générale de Santé Publique (Décret N°2003/314 PRN/MSP/LCE en son article 15) ;
- En 2005, le service des vaccinations internationales a été rattaché à la Division des Immunisations.
- 2005-2010 : Division des Immunisation (DI) Rattachée à la Direction de la Lutte contre la Maladie et les Endémies.
- En 2011 : Direction des Immunisations rattachée à la Direction Générale de Santé de la Reproduction (Décret N°2011/221 PRN/MSP du 26 juillet 2011 portant organisation du Ministère de la Santé Publique)

Au niveau central

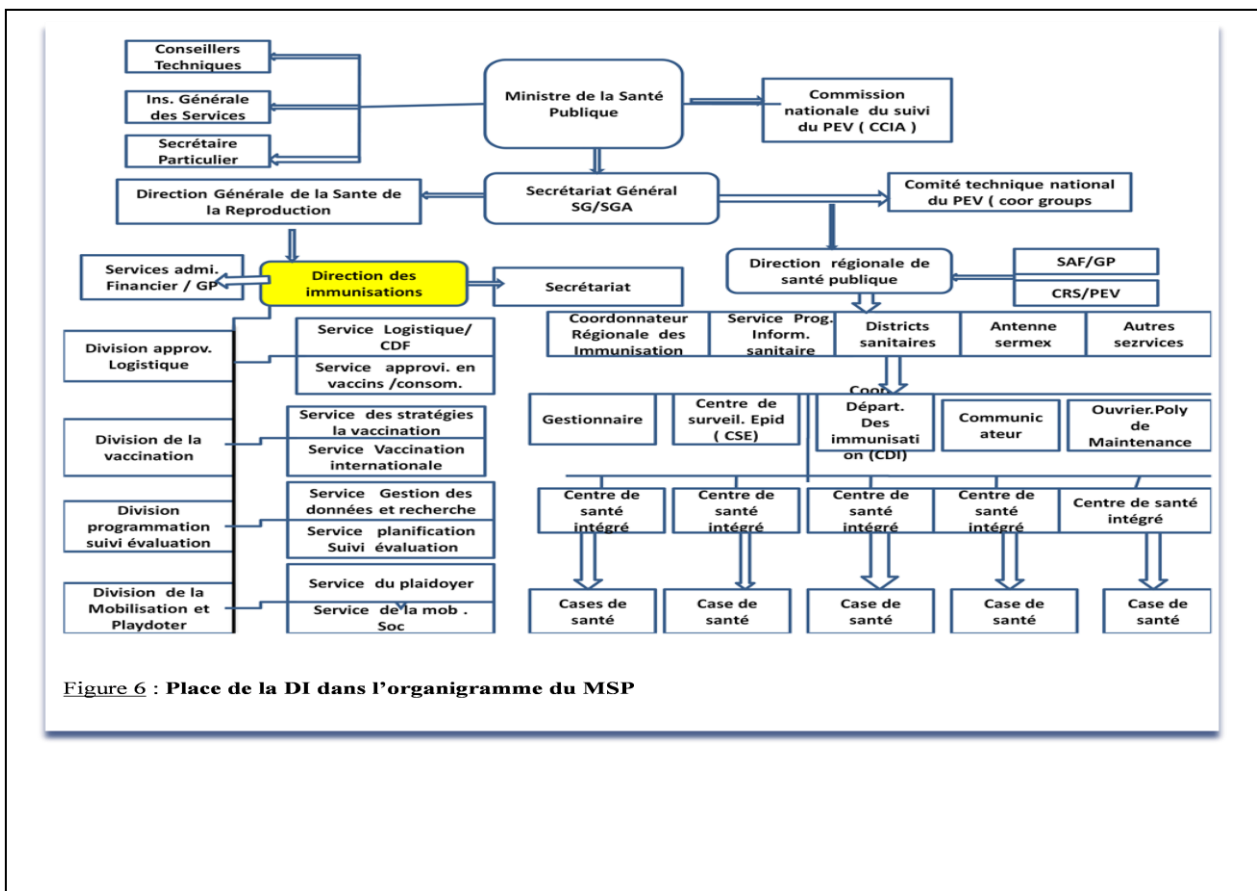


Figure 19: Place de la DI dans l'organigramme du MSP

Dans les différents documents de politique nationale de la santé du Niger, le PEV occupe une place importante comme moyen de réduction de la mortalité et de la morbidité des maladies évitables par la vaccination. C'est ce qui explique l'une des places centrales de la DI dans le dispositif du MSP où elle est chargée de la gestion du PEV au plan national.

Au niveau central, la gestion du Programme Elargi de Vaccination au plan national, est assurée par la Direction des Immunisations. Elle assure la gestion et le management courant du programme PEV et compte actuellement un effectif de 70 personnes dont 59 cadres et 11 auxiliaires. Cependant, la Direction a besoin de plus d'espace de travail et d'être renforcée en équipements informatiques.

La Direction des Immunisations comporte cinq divisions :

- Service de la gestion des ressources ;
- Division Vaccination
- Division Logistique et approvisionnement
- Division Programmation et Suivi Evaluation
- Division communication et plaidoyer

Si la coordination fonctionne tant bien que mal au niveau central, elle a besoin d'être renforcée aux autres niveaux de la pyramide sanitaire et pour ce faire, les Directions Régionales et les

Districts Sanitaires doivent prendre le leadership et jouer pleinement leur rôle de leaders dans leurs zones respectives de responsabilité.

Au niveau intermédiaire

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 une Coordination Régionale des Immunisations (CRI).

Au niveau périphérique

Les Districts Sanitaires 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 la Coordination Départementale des Immunisations (CDI). Toujours à ce niveau, ce sont les Centres de Santé Intégrés (CSI) et les cases de santé qui sont chargés de la mise en œuvre des activités du PEV conformément au calendrier national de vaccination.

Selon la Revue externe du PEV de 2015,

- 96% des DS ont tenu au moins une réunion de coordination au cours des 6 derniers mois
- 9% des DS n'ont pas tenu de réunions de revue / validation des données au cours des 6 derniers mois
- 11% des CSI n'ont pas reçu une rétro information du niveau hiérarchique sur les rapports qu'ils ont transmis
- 96% des CSI utilisent un graphique pour le suivi du taux CV et d'abandon du premier semestre 2015

c.2. Coordination intra et intersectorielle

Comité de Coordination Inter Agence (CCIA)

Le programme bénéficie du soutien de nombreux partenaires techniques et financiers (PTF) et de partenaires de la Société civile. La coordination de ces partenaires est assurée au travers d'une structure spécifique, le Comité de Coordination Inter Agences (CCIA) dont la présidence est assurée par le Ministre de la Santé Publique. Le CCIA est fonctionnel et se réunit trimestriellement, mais des réunions extraordinaires peuvent se tenir, convoquées par son Président. Un Procès Verbal (PV) est rédigé à chaque réunion (5 réunions en 2011, 4 réunions en 2012, 3 réunions en 2013 et 4 réunions en 2014). Depuis sa création, la composition du CCIA n'a pas été mise à jour afin de l'adapter aux changements intervenus au sein des PTF.

Le CCIA est soutenu dans ses délibérations par un organe consultatif et de concertation technique, le CORE GROUP, dont les propositions sont validées par le CCIA. Malheureusement ce groupe ne fonctionne presque plus et compte tenu de ses pertinentes contributions à la bonne marche du programme, il serait opportun de le dynamiser.

Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination (GTCV)

Le Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination (GTCV) a été créé en octobre 2013 par un arrêté du Ministère de la Santé Publique. Ce groupe sera fonctionnel en 2016. Les missions du GTCV sont d'apporter un appui conseil au Ministère de la Santé en matière de nouvelles orientations, politiques et stratégies vaccinales et émettre des recommandations pour une prise de décision éclairée dans le domaine des immunisations.

Partenariat Public/Privé

Le PEV du Niger est appuyé par des Institutions internationales (OMS, UNICEF, GAVI, Fonds Commun, Rotary), des ONG, des organisations de la Société Civile et la communauté (voir liste en annexe)

Le secteur privé contribue à la production des soins mais par manque d'informations, il est difficile d'estimer sa contribution. Toutefois, en matière de vaccination, on constate actuellement une certaine collaboration entre le secteur public et le secteur privé en particulier au niveau opérationnel. Certaines formations sanitaires privées reçoivent des vaccins des structures publiques qu'elles utilisent pour vacciner les clients qui s'y présentent. Certaines ONG intègrent dans leurs programmes d'interventions des activités relatives à la vaccination notamment celles ayant trait à la mobilisation sociale. Le partenariat public/privé a toutes les chances de se développer dans le cadre de la mise en œuvre du PDS 2016-2020 qui prévoit la généralisation de la contractualisation.

d. Gestion des données

Le remplissage des outils de collecte des données est effectué à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Par ailleurs un système de monitoring permet de faire à tous les niveaux la collecte, l'analyse, l'interprétation, la diffusion des données et informations ainsi que la retro information. Des outils informatiques sont mis en place pour le traitement des données. Un fichier de monitoring des données de vaccination a été mis à la disposition des régions et districts mais son utilisation n'est pas encore effective par insuffisance de formation. Les CSI et certaines cases de santé sont dotés de supports de collecte et d'analyse des données. Les responsables des CSI et de certaines cases de santé ont été formés et sensibilisés sur l'utilisation des tableaux de contrôle des vaccinations, mais leur remplissage correct n'est pas encore effectif au niveau de certaines formations sanitaires.

L'analyse et l'interprétation des rapports de vaccination à tous les niveaux permettent d'apprécier les indicateurs de gestion du programme. La rétro information est assurée de façon continue entre le niveau central, les directions régionales et les districts. Elle est cependant irrégulière entre les districts et les CSI d'une part et les CSI et les cases de santé d'autre part.

Le recours aux nouvelles technologies de l'information est une opportunité pouvant permettre de constituer une base de données fiable. Il y a également la nécessité d'une formation à tous les niveaux sur le logiciel DVD_MT et SMT pour une bonne gestion des données de vaccination.

Il faut noter par ailleurs une discordance d'une part entre les données de couverture administrative et les données d'enquête et d'autres part entre les données de plusieurs enquêtes comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Tableau 17: Comparaison entre les couvertures administratives et les données d'enquêtes en 2012

Indicateurs	Source	Moyenne nationale
Couverture en Penta 3	Données administratives	96%
	EDSN	68%
	ECV	78%
VAR 1	Données administratives	91%

	EDSN	69%
	ECV	75 %
Taux d'abandon entre la 1 ^{ère} et la 3 ^e dose du Penta	Données administratives	6
	EDSN	18
	ECV	9
Pourcentage de districts avec une couverture du PENTA3 ≥80%	Données administratives	98%
	EDSN	NA
	ECV	46%
% d'enfants complètement vaccinés	Données administratives	NA
	EDSN-MICS IV	52,0%
	ECV	46,1%

L'analyse des données montre des écarts entre les données administratives et celles des autres sources. Ces écarts observés proviennent essentiellement du non-respect du calendrier vaccinal par les mères, du non-respect de l'intervalle inter dose par les agents vaccinateurs engendrant des proportions élevées de doses invalides. A ceux-là, il faut ajouter la non cohérence dans les données démographiques liées à la vaccination au niveau des différentes sources (population SNIS, population de consensus ect...).

Aussi, l'enquête ECV 2013 a relevé un taux de possession de document de vaccination est relativement faible. La moyenne nationale pondérée est de 69,8% avec des variations allant de 24,1% (Filingué) à 96,5% (Loga). Sur les 42 districts, 15 (36%) ont une proportion de possession de carte de 80% ou plus et 7 (17%) un taux de possession de carte de moins de 50%. Cette situation reflète un problème de qualité des données et de disponibilité des outils d'où la nécessité d'organiser régulièrement des audits de la qualité des données au niveau de tous les districts.

3.1.2.2. Gestion des ressources humaines

a. Ressources humaines

L'analyse des ratios du personnel sanitaire montre une plus grande disponibilité des infirmiers selon les normes de l'OMS, personnel le plus utilisé aux postes de vaccination.

La répartition du personnel de santé suivant la zone desservie montre que 75% d'entre eux travaillent en zone urbaine contre 25% en zone rurale. On constate donc un fort déficit de personnels affectés en zone rurale. En effet, les conditions de travail difficiles en zones rurales et les facteurs socioculturels compliquent beaucoup les affectations ou les redéploiements dans ces zones sans mesures d'accompagnement spécifiques d'où la nécessité de respecter la régionalisation de poste budgétaire. Ainsi, hormis la région de Niamey, plus de 77% des CSI disposent d'un seul agent qualifié.

D'énormes efforts ont été réalisés par l'Etat pour améliorer la disponibilité en ressources humaines au niveau des structures de soins. Les PTF, les ONG et de nombreuses associations locales sont impliquées dans la mise à disposition et le développement des compétences des agents de santé. Cependant le besoin non couvert en personnel en quantité et en qualité demeure toujours important.

Au niveau central

La Direction des Immunisations, ayant en charge la gestion et le management courant du PEV, compte actuellement un effectif de 70 personnes toutes catégories confondues qui lui permet d'accomplir les missions et tâches qui lui sont assignées.

Tableau 18: Personnel du PEV au niveau central

Structure/Service	Profil des acteurs	Effectif	Observation
Direction	Médecin en Santé Publique	2	Temps plein
	Médecin Spécialiste vaccinologie		Temps plein
Suivi Evaluation	Technicien supérieur en bio statistique et épidémiologie.	2	Temps plein
Planification	Master 2 en épidémiologie d'intervention en Santé	2	Temps plein
	DESS en planification sanitaire		Temps plein
Logistique/gestion des vaccins / Matériel	Médecin en Santé Reproductive	9	Temps plein
	Logisticiens		Temps plein
	Technicien Supérieur Action Sociale		Temps plein
	Technicien supérieur en bio statistique et épidémiologie		Temps plein
	Vaccinateurs		Temps plein
Mobilisation sociale/Communication	Technicien Supérieur Action Sociale	12	Temps plein
	DESS en psychopédagogie		Temps plein
	Technicien supérieur en santé communautaire		Temps plein
	Assistants Sociales		Temps plein
	Infirmières		Temps plein
Administration/Finance	Gestionnaire des Services de Santé	4	Temps plein
	Psychologue		Temps plein
	Technicien Supérieur		Temps plein
Vaccination	DESS en psychopédagogie	25	Temps plein
	Technicien Supérieur Action Sociale et Santé Communautaire		Temps plein
	Assistante Sociale		
	Infirmières		Temps plein
	Régisseur des recettes		Temps plein
	Vaccinateurs gestionnaires		Temps plein
	manœuvres bénévoles		Temps plein
Personnel de soutien cadre (Appelé de services civiques)	Technicien supérieur en bio statistique et épidémiologie	4	Temps plein
Personnel de soutien	Chauffeurs, manœuvres et gardien	9	Temps plein
Total		70	

Au niveau intermédiaire

Tableau 19: Personnel du PEV au niveau régional

Structure/Service	Profil des acteurs	Effectif	Observation
Direction	Médecins Santé Publique et Adjoints	16	Temps partiel
Coordinations Régionales des Immunisations (CRI)	Technicien Supérieur Infirmier/THA/TSAS	8	Temps plein
Service de programmation d'information sanitaire (SPIS)	Technicien supérieur en bio statistique et épidémiologie	8	Temps partiel
Communication	TSSP (IEC/SC)	8	Temps partiel
Administration/Finance	Gestionnaire des Services	8	Temps partiel
SERMEX	Technicien de maintenance	7	Temps partiel
Total		55	

La gestion des activités 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), soutenu par les responsables désignées dans le tableau ci-dessus.

Au niveau périphérique

Tableau 20: Personnel du PEV au niveau périphérique

Niveau	Structure/Service	Profil des acteurs	Effectif	Observation
District	Direction	Médecin chef et adjoint	88	Temps partiel
	Coordination départementale des immunisations (CDI)	Infirmier/THA/TSAS	44	Temps plein
	Centre de surveillance épidémiologique (CSE)	technicien supérieur en bio statistique et épidémiologie	44	Temps partiel
	Service de communication	TSSP (IEC/SC)	44	Temps partiel
	Gestionnaire de districts	Technicien supérieur en santé publique (gestion des services de santé)	44	Temps partiel
	Maintenance	Ouvrier polyvalent de maintenance (OPM)	44	Temps partiel
Total District			308	
Périphérique*	CSI	Infirmiers	1187	Temps partiel

* 23% des formations sanitaires sont tenues par deux agents de santé

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 une délégation de tâches au Coordonnateur Départemental des Immunisations (CDI). Il est aidé dans ses tâches par le Responsable de la Surveillance et un Ouvrier polyvalent de maintenance (OPM).

Les formations sanitaires (CSI, maternités, et CS) dotées d'équipement de la chaîne de froid conduisent les activités de vaccination conformément au calendrier national de vaccination.

b. Renforcement des capacités

La qualité des prestations de service requiert de bonnes compétences du personnel. Le recensement des besoins en formation sont importants, à tous les niveaux, et couvrent les différentes composantes du PEV.

Les écoles et Instituts de formation initiale et continue en santé et la FSS assurent la formation des futures compétences du secteur. On compte aujourd'hui 17 écoles privées de santé sous tutelle du MESS/RS, 03 écoles publiques et 3 Facultés des Sciences de la Santé. Les modules de vaccination sont intégrés dans les curricula de formation pour les médecins et autres agents de santé (durée de formation en classe 40 heures dans certaines écoles et à la faculté de médecine). Toujours dans ce sens, et pour se conformer au PPAC 2011-2015, un atelier de révision de module de formation dans les écoles et instituts de santé s'est tenu du 09 au 18 octobre 2015 à Dosso. Cependant, l'élaboration de trois modules destinés aux apprenants par niveaux doit être effectuée conformément aux recommandations de l'atelier.

Au cours de la mise en œuvre du PPAC 2011-2015, des sessions de formation ont été organisées à différents niveaux. Ainsi, 1460 cadres sont formés en ACD/RED, 453 en gestion PEV, 106 en SMT/DVD, 41 en logistique PEV, 04 en MLM et 1820 agents de case de santé en techniques vaccinales.

Dans le cadre de l'introduction des nouveaux vaccins, des activités de renforcement de capacité ont été également organisées : 1295 agents ont été formés sur l'introduction des vaccins (pneumo et le Rota), 80 agents formés sur l'introduction du HPV et 1082 sur l'introduction du VPI. Récemment en 2015, 1351 agents qualifiés des cases de santé sont formés en techniques vaccinales, ce qui pourrait améliorer de manière significative les prestations de service au niveau de ces entités sanitaires.

Pour la mise en œuvre du présent PPAC, la formation des cadres compétents en vue du renouvellement du personnel existant pour diverses causes (décès, départ à la retraite) et même pour l'amélioration du ratio du personnel est indispensable. Le recensement des besoins en formation sont importants, à tous les niveaux, et couvrent les différentes composantes du PEV.

Tableau 21: Estimation des besoins en formation dans les Régions (2016-2020)

Régions	Gestion PEV	Techniques Vaccinales	Maintenance CDF	DVD/SMT	Logistique	ACD/RED	DQS	Autres (IEC)
Agadez	243	500	120	50	2	224	103	200
Diffa	100	120	120	12	2	120	45	200
Dosso	219	428	199	20	2	142	164	200
Maradi	318	763	158	20	2	306	124	420
Niamey	400	780	400	20	2	350	400	440
Tahoua	160	320	170	20	2	340	40	420
Tillabéri	322	300	191	16	2	146	46	200
Zinder	428	609	284	24	2	428	192	420
Total	2190	3820*	1642	182	16	2056	1114	2500

*Agents CSI et CS

Selon la **Revue externe du PEV**,

- Il existe un Plan de formation du personnel du niveau central et intermédiaire.
- La dernière formation a eu lieu en 2015 (niveau intermédiaire) destinée aux DRSP, aux CRI et aux responsables SPIS.
- En 2014, trois ateliers de renforcement des capacités ont été organisés :
 - L'atelier de formation des formateurs à l'introduction du PVH au Niger dans les districts de Niamey III, IV et Madarounfa (Mars 2014)
 - L'atelier de formation des formateurs régionaux sur l'introduction des nouveaux vaccins contre les infections à Pneumocoque et les diarrhées à Rotavirus au Niger (Juillet 2014)
 - La formation des formateurs en management PEV regroupant les coordonnateurs régionaux et départementaux des immunisations (Mai 2015)
- Seuls 42% du personnel PEV des DS ont reçu une formation formelle sur la gestion du PEV

C. Supervision

La norme recommandée pour la supervision est d'une sortie semestrielle du niveau central vers les régions et districts ; une sortie semestrielle de la région vers les districts, trimestrielle des districts vers les CSI et mensuelle des CSI vers les cases de santé.

Conformément au mécanisme de suivi-évaluation mis en place par le MSP, la supervision des activités PEV, au niveau des régions et des districts, se fait de façon intégrée. Cette supervision intégrée est irrégulière dans la plupart des régions mais aussi non formative. Les recommandations formulées ne sont pas mises en œuvre dans la plupart de temps.

Le taux de réalisation de la supervision des CSI par les Equipes Cadres des Districts(ECD) est de 69,82% en 2012 ; 83,27% en 2013 et 65,61% en 2014 pour un objectif de 86%. Le taux de réalisation des supervisions des districts sanitaires par les DRSP est 96,25% en 2012 contre 65,31% en 2013 et 73,81% en 2014 pour un objectif annuel fixé à 86%. Le taux de réalisation des supervisions des DRSP par le niveau central de 31,25% en 2014 contre 37,5% en 2012.

Cependant, il existe quelques difficultés dans la mise en œuvre de la supervision liées principalement à l'insuffisance et à la vétusté des moyens de transport auxquelles s'ajoutent souvent la déprogrammation des activités et la faible capacité managériale des équipes cadres et des DRSP sur le PEV.

Selon la **Revue externe du PEV 2015**,

- Il existe des directives et des grilles pour la supervision dans 71% des DS et 88% des DRSP
- 98% des DS ont reçu au moins une visite de supervision en 2014 ; cependant les documents de la supervision sont peu disponibles dans les DS et les DRSP.

Tableau 22: Pourcentage de DRSP et DS qui ont des documents de la supervision

Documents de la supervision	% DS	% DRSP
Disponibilité du rapport de la dernière supervision du niveau supérieur	50	63
Disponibilité d'un plan de supervision	75	75
Disponibilité d'un Canevas/grille de supervision	71	88

3.1.2.3. Financement des activités du programme

a. Généralités

Selon les comptes nationaux, les dépenses consacrées aux services de Soins préventifs ont constitué 3,32% des dépenses globales de santé en 2011 dont 50,82% consacrées au programme de vaccination.

Les dépenses consacrées aux maladies à prévention vaccinale ont enregistré une légère baisse passant de 17,72 milliards de FCFA soit 8,55% des dépenses totales de santé en 2012 à 16,86 milliards de FCFA soit 7,46% des dépenses totales de santé en 2013. Elles sont supportées par les autres revenus nationaux qui sont estimées à hauteur de 54,23% en 2012 et 35,55% en 2013. Après, suivent les dépenses du reste du monde et les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé) avec respectivement 24,28% et 20,49% en 2012 et 33,03% et 18,43% en 2013.

La Direction des Immunisations dispose d'un plan pluriannuel complet couvrant la période 2011-2015 et qui définit les objectifs nationaux à atteindre et les ressources requises pour les atteindre. La mise en œuvre se fait à travers l'élaboration des plans d'action annuels (PAA). Cependant l'exécution du PAA demeure une difficulté majeure ; en effet les ressources prévues ne sont toujours pas mobilisées de manière effective. A titre illustratif, en 2014, sur un montant de 1 988 750 000 FCFA prévus sur une ligne budgétaire dans le budget national pour l'achat de vaccins, l'Etat a décaissé la somme de 1 701 443 000 FCFA pour l'achat des vaccins traditionnels et des nouveaux vaccins.(reste à décaisser la somme de 287 317 000). En 2015, aucun montant n'a été décaissé à la date du 10 novembre 2015).

b. Contribution de l'Etat au financement du PEV

Figure 20: Evolution des contributions de l'Etat et décaissement dans le cadre de l'Initiative de l'Indépendance Vaccinale, 2011 - 2015 (coût en million)

Années	2011	2012	2013	2014	2015
Part de l'ETAT pour l'achat des vaccins	866	1850	1850	1950	1988
Montants décaissés (en millions de FCFA)	866	1850	1850	1701,433	0
%	100%	100%	100%	87,25%	0%

Le PEV bénéficie de financements provenant de diverses sources. Ainsi, depuis toujours, l'Etat achète les vaccins du PEV de routine sur le budget national. Avec l'introduction de nouveaux vaccins, l'Etat paye également une contrepartie (20%), le reste étant financé par GAVI. Tous les fonds destinés à l'achat des vaccins sont sécurisés au niveau du Trésor Public. Cependant, malgré l'amélioration des mécanismes de décaissement, des retards sont encore constatés pour le décaissement de ces fonds causant ainsi des ruptures de stocks de certains antigènes au niveau national et remettant ainsi en cause les accords souscrits avec les partenaires. En dehors du budget pour l'achat de vaccins, il n'y a pas d'inscription budgétaire pour le fonctionnement du programme. La part du budget du Ministère de la Santé Publique allouée aux activités de vaccination demeure faible. Les collectivités et les communautés contribuent également financièrement en matière de vaccination mais il est actuellement difficile d'obtenir les informations sur de telles contributions.

c. Contribution des partenaires au financement du PEV

Tableau 23: Dépenses globales et financement de la vaccination, toutes sources confondues (Gouvernement et donateurs) en \$US

Dépenses par catégorie	Année des dépenses 2011- 2014	Source de financement						
		Pays	GAVI	UNICEF	OMS	JICA	ROTARY	FC
Vaccins traditionnels	13825785	6366423	2554500	4904862	0			
Vaccins nouveaux ou sous-utilisés	20347461	2109975	18164910	72576	0			
Matériel d'injection (seringues autobloquantes et autres)	3186837	67501	3101350	17986	0			
Équipement de la chaîne du froid	3682878	0	950893	2597343	0	134642		
Personnel	1493387	1493387	0	0	0			
Autres coûts récurrents de la vaccination systématique	3323650	53223	0	1899141	695319			675967
Autres coûts d'équipement	815145	73265	0	741880	0			
Coûts des campagnes	38899204	2211021	0	9841550	26535256		311377	
Dépenses totales pour la vaccination	85574347	12374795	24771653	20075338	27230575	134642	311377	675967

Source : APR 2011, 2012, 2013, 2014

NB : ROTARY a financé au cours de la même période 33 100 920 \$US, versés à l'OMS et l'UNICEF à partir de leur siège.

Pour leur part, les PTF du programme financent essentiellement les équipements, les formations et les opérations. Finalement, la plus importante menace sur le programme est que son financement dépend majoritairement de l'extérieur et les défis que le programme doit relever en matière de financement sont entre autres la mobilisation locale des ressources, leur décentralisation et leur gestion rigoureuse à tous les niveaux. Un audit financier a été réalisé en 2011 par une mission de GAVI et une inspection d'Etat a été faite en 2012.

3.1.3. Synthèse de l'analyse de la situation du PEV par composante

Tableau 24: Analyse de situation du PEV de routine par composante du système de vaccination

Composantes du système	Indicateurs	RÉSULTATS		
		2012	2013	2014
1. GESTION DU PROGRAMME				
Législation et réglementations	Combien de fonctions sont gérées par les ANR	0	0	0
	Existe-t-il une législation ou un autre organe administratif prescrivant une ligne budgétaire (<i>line item</i>) pour la vaccination ?	Oui	Oui	Oui
	Existe-t-il une législation identifiant les	Oui	Oui	Oui

Composantes du système	Indicateurs	RÉSULTATS		
		2012	2013	2014
	sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination ?			
Politique	La politique nationale de vaccination a-t-elle été mise à jour au cours des cinq dernières années ?	Non	Non	Non
Planification	Le pays a-t-il établi un plan de travail annuel en faveur de la vaccination dont le financement est validé par les processus de budgétisation du ministère de la Santé ?	Oui	Oui	Oui
	Nombre et pourcentage de districts bénéficiant d'un microprogramme annuel de vaccination	0	0	0
Coordination	Nombre de réunions du CCI (ou équivalent) tenues l'année dernière et au cours desquelles la question de la vaccination systématique a été abordée	4	3	4
	Nombre de réunions du GTCV (ou équivalent) tenues l'année dernière	0	0	0
Plaidoyer	Nombre de présentations au parlement portant sur les résultats des campagnes de vaccination ou les dépenses engagées	0	0	0
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES				
Nombre de RH	Nombre de personnel de santé pour une population de 10 000 habitants	1/16307	1/17797	1/33898
	Nombre d'infirmiers pour une population de 5 000 habitants	1/3765	1/5141	1/5199
	Nombre de sage-femme pour une population de 5 000 FAP	1/3710	1/3994	1/3454
	Proportion de formations sanitaires (CSI) disposant de personnel selon les normes et standards du MSP	29,69%	28,08%	23,28%
Renforcement des capacités	Nombre et pourcentage annuel du personnel de santé et d'encadrement ayant reçu une formation relative aux services de vaccination de type MLM ou VDP	537 (33%)	537 (33%)	537 (33%)
Supervision	Moyenne annuelle de visites de contrôle du niveau central dans chaque district	69,82	83,27	65,61
	Taux réalisation de la supervision par niveau DRSP	96,25	65,31	73,81
	Taux réalisation de la supervision par niveau (Niveau Central)	37,50	0	31,25
3. CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT				

Composantes du système	Indicateurs	RÉSULTATS		
		2012	2013	2014
Viabilité financière	Pourcentage du total des dépenses, consacrées à la vaccination systématique, financé par les fonds publics (emprunts compris, mais financements publics externes exclus)	9,57%	47,18%	14,2%
	Quel est le financement réel de la proportion que représente la ligne budgétaire (<i>line item</i>) dans le budget national en faveur du programme de vaccination ?	0,17%	0,19%	0,19%
	Pourcentage des ressources nécessaires au programme de vaccination provenant réellement du budget national de santé (tel qu'identifié dans le plan budgétaire annuel)	3,30%	3,10%	4,15%
	Dépenses publiques consacrées à la vaccination systématique par nourrisson survivant (RCN 6700)	US\$_5	US\$_6	US\$_8
	Les dépenses et les budgets infranationaux consacrés aux programmes de vaccination sont-ils contrôlés et notifiés à l'échelon national ?	Non	Non	Non
4. APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS				
Transport / mobilité	Pourcentage des districts disposant d'un nombre suffisant de véhicules / motos / vélos (selon les besoins) en bon état de marche réservés à la surveillance/aux activités sur le terrain du PEV	ND	ND	ND
Approvisionnement des vaccins	Y a-t-il eu des ruptures de stock d'antigènes, quels qu'ils soient, au cours de l'année passée au niveau national ?	non	oui	oui
	Indiquez l'antigène et la durée de rupture	0	BCG : 107 jours	BCG : 16 jours VPOt : 56 jours
Chaîne du froid / Logistique	Pourcentage de districts dotés d'un nombre suffisant d'équipements de chaîne du froid en bon état de fonctionnement	ND	ND	20,45%
	En quelle année a eu lieu le dernier contrôle d'inventaire pour l'ensemble des équipements de la chaîne de froid, de transport et de gestion des déchets (ou de GEV) ?	S0	S0	2014
	Nombre de structures SSP ayant obtenu un score supérieur à 80 % sur l'ensemble des indicateurs lors de la dernière	0	0	0

Composantes du système	Indicateurs	RÉSULTATS		
		2012	2013	2014
	évaluation GEV			
	Pourcentage des districts possédant un plan de remplacement des équipements en matière de chaîne du froid	0	0	0
Élimination des déchets	Existence d'une politique et d'un plan de gestion des déchets	Oui	Oui	Oui
5. SERVICES DE VACCINATION				
Couverture de routine	Couverture par PENTA 3	96	92	93
Demande	Pourcentage d'abandon du PENTA1 - PENTA 3 à l'échelon national	8%	6%	7%
	Pourcentage des districts avec un taux d'abandon du PENTA1 - PENTA 3 > 10 %	10	3	7
Équité	Nombre de districts avec une couverture < 80 %	2	5	6
	Écart en pourcentage entre les quintiles socio-économiques les plus élevés et les plus faibles	42%	SO	SO
Nouveaux vaccins	Pourcentage de couverture de vaccination PCV13-3 (ou de couverture pour d'autres nouveaux antigènes)	SO	SO	50%
	Pourcentage de couverture de vaccination antirotavirus 2	SO	SO	50%
6. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION				
Surveillance de routine	Pourcentage de rapports (notification) de surveillance des districts reçus à l'échelon national par rapport au nombre de rapports escompté (exhaustivité)	100%	100%	100%
	Taux de détection de la PFA non polio chez les moins de 15 ans sur une population de 100 000 habitants	4,01	3,71	2,8
	% d'échantillons de selles prélevés dans les 14 jours	77%	80%	85%
	Pourcentage de cas de rougeole suspectée pour lesquels un test en laboratoire a été réalisé	15%	19%	18%
	Nombre de décès néonataux ayant fait l'objet d'une enquête de suivi	ND	ND	ND
	Plan de surveillance sentinelle établi pour le rotavirus	Non	Non	Non
	Plan de surveillance sentinelle établi pour la méningite (HiB/VPH)	Non	Non	Non

Composantes du système	Indicateurs	RÉSULTATS		
		2012	2013	2014
	Pourcentage de cas de méningite suspectée qui ont fait l'objet de tests HiB/maladies pneumococciques conformément au protocole standard	ND	ND	ND
Contrôle de la couverture	Écart en pourcentage entre les chiffres de couverture par PENTA 3 selon l'étude réalisée et les chiffres officiels	18%	SO	SO
Sécurité de la vaccination	Pourcentage de districts équipés d'un nombre suffisant (égal ou supérieur) de seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccinations systématiques	100%	100%	100%
Manifestations indésirables	Système MAPI national actif œuvrant sous la responsabilité d'un comité national désigné	Non	Non	Non
	Nombre de cas de MAPI graves signalés et ayant fait l'objet d'une enquête	ND	ND	ND
7. GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE				
Stratégie de communication	Existence d'un plan de communication concernant la vaccination systématique	1	1	1
Recherche	Année de la dernière étude sur les connaissances au sein de la communauté, ses attitudes et ses pratiques par rapport à la vaccination (Année 2011)	SO	SO	SO
Demande de la vaccination	Pourcentage des mères prêtes à revenir au centre de santé pour la vaccination de leur enfant	ND	ND	100%
	Pourcentage des mères qui pensent que l'accueil est bon dans les centres de vaccination	ND	ND	91%
	Pourcentage des mères qui trouvent que les temps d'attente pour la vaccination sont longs (plus d'une heure)	ND	ND	54%
	pourcentage des mères qui connaissent la date du prochain rendez-vous	93%	ND	ND

3.2. Initiatives mondiales de lutte accélérée contre les maladies au Niger

Les initiatives de lutte accélérées concernent les maladies telles que :

- La poliomyélite : Eradication de la poliomyélite
- La rougeole : Elimination de la rougeole
- Le tétanos maternel et néonatal : Elimination du tétanos
- La méningite A avec le vaccin Men Afrivac

Pour les vaccinations supplémentaires, les cibles concernées par les différentes campagnes de masse sont :

- Éradication de la poliomyélite : JNV/JLV polio pour les enfants de 0 à 59 mois.
- Elimination de la rougeole : campagnes de rattrapage pour les enfants de 9 mois à 14 ans et de suivi pour les enfants de 9 mois à 5 ans.
- Elimination du tétanos maternel et néonatal : Femmes en âge de procréer (14 à 49 ans).
- Riposte contre la méningite (en cas d'épidémie) : toute la population sauf les femmes enceintes et les enfants de moins de deux ans.

3.2.1. Activités supplémentaires de vaccination

Dans le cadre de la lutte contre les maladies évitables par la vaccination, en plus des efforts fournis par le PEV de routine, le Niger, à l'instar des autres pays, organise des activités de vaccination supplémentaires (AVS) ciblant les maladies les plus handicapantes et meurtrières (Poliomyélite, Tétanos Maternel et Néonatal et Rougeole).

a) Elimination du Tétanos Maternel et Néonatal

Le Niger a été classé dans la catégorie des pays ayant plus de 50 % des districts à haut risque. Afin d'inverser cette tendance, le pays s'est inscrit dans le cadre de l'initiative mondiale pour l'élimination du Tétanos Maternel et Néonatal. C'est ainsi que des campagnes de vaccination de masse sont organisées régulièrement dans les districts à haut risque. Le choix de ces districts se fait selon l'algorithme de l'OMS qui comprend trois axes fondamentaux :

- une bonne déclaration de tous les cas et décès dus au Tétanos Maternel et néonatal (TMN)
- une bonne couverture vaccinale en Penta 3 chez les enfants de moins de 1 an et en VAT2+ chez les femmes enceintes et en âge de procréer (15-49 ans.) et
- la notion d'accouchements propres (mains propres, pansement propre, matériel propre) effectué par un personnel qualifié, formé et/ou recyclé.

De 2010 à 2014, 13 districts ont été identifiés à risque élevé de TMN. Trois passages d'AVS-TMN ont été conduits dans ces districts et ont permis d'enregistrer une moyenne de 104% en VAT2+ et 90% en VAT3. Ces campagnes de vaccination supplémentaires ont permis d'élargir la cible VAT aux femmes en âge de procréer et aux filles âgées de 12 ans et plus en milieu scolaire. En 2014, trois (3) passages de vaccination contre le tétanos maternel et néonatal ont été organisés dans huit (8) districts sanitaires, ciblant les femmes de 15 à 49 ans y compris les filles en milieu scolaire.

Tableau 25: Synthèse générale de couverture de la campagne de vaccination TMN 2014

Districts	Pop totale	Pop cible	Tx Couv VAT1	Tx Couv VAT2	Tx Couv Vat2+
Arlit	169324	36337	98%	90%	70%
Tchirozérine	221056	43275	107%	92%	73%
Loga	197032	42283	101%	100%	92%
Niamey 3	192748	41055	100%	65%	56%
N'Guigmi	83135	17844	111%	97%	72%
Abalak	121198	26009	110%	100%	87%
Maradi. C	220338	47285	102%	53%	24%
Maine Soroa	216568	46475	113%	96%	82%

Districts	Pop totale	Pop cible	Tx Couv VAT1	Tx Couv VAT2	Tx Couv Vat2+
National	1421399	300563	105%	84%	65%

Les deux premiers passages ont donné des résultats satisfaisants à l'exception de Maradi commune qui a eu 53% au deuxième passage. Par contre, seuls deux districts sanitaires Abalak (87%) et Loga (92%) ont atteint l'objectif de la campagne (VAT2+ ≥85%) au troisième passage.

b) Elimination de la rougeole

En vue de l'élimination de la rougeole et de la rubéole d'ici 2020 telle que préconisée dans le Plan Stratégique Régional 2014-2020, le Niger a élaboré un Plan stratégique national (2012-2020) d'Élimination de la rougeole dans lequel les objectifs de couverture vaccinale contre la rougeole de 2012 à 2020 sont déclinés :

- Atteindre au moins 98% de réduction de la mortalité liée à la rougeole en 2012 comparée aux estimations de 2000;
- L'incidence de la rougeole doit être inférieure à 1 cas pour 1 million d'habitants par an au niveau national ;
- Atteindre au moins 95% de couverture vaccinale en PEV de routine pour le VAR au niveau national, et 80% dans tous les districts (44) ;
- Atteindre au moins 95% de couverture pour les Activités de Vaccination Supplémentaire (AVS) contre la rougeole dans tous les districts.

Pour l'élimination de la rougeole, en plus de la vaccination de routine, le pays a planifié des AVS rougeole de 2012 à 2019.

Tableau 26: Répartition des cibles et objectifs de couverture des AVS rougeole au Niger de 2012 à 2019

Cible	AVS rougeole 2012	AVS rougeole 2015	AVS rougeole 2019
Cible des AVS	9 mois à 14 ans	9 à 59 mois	9 à 59 mois
Population cible	7 615 087	3 891 657	4289785
Objectif de couverture	95%	95%	95%

Source : Plan Stratégique d'Élimination de la rougeole 2012-2020, Niger

En rappel, le Niger a organisé une campagne en 2010 qui a concerné les enfants âgés de 9 à 47 mois. Cette dernière a permis de réduire la morbidité de 97% en 2011. Cependant on a constaté la survenue de flambées épidémiques récurrentes en 2011 avec 10 724 cas notifiés. En novembre 2012, une campagne de masse contre la rougeole chez les enfants de 9 mois à 14 ans couplée au déparasitage a été menée. La population cible concernée par cette campagne est de 7 315 087 pour un objectif de couverture de 95%. Les couvertures administratives enregistrées au cours de cette campagne pour le VAR et le déparasitant sont respectivement 100% et 93%. A noter qu'en 2012, 18 districts soit 43% ont obtenu une couverture en VAR supérieure ou égale à 95%. 19 districts soit 45% ont une couverture comprise entre 80 et 94%. 5 districts (Maradi C., Konni, Kollo, Say et Mirriah) ont moins de 80% de couverture.

c) Eradication de la Poliomyélite

Le Niger a souscrit aux résolutions d'éradication de la poliomyélite prises lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé de 1988 dont l'objectif est de vacciner 100% des enfants de la tranche d'âge de 0 à 59 mois afin d'arrêter la circulation du polio virus sauvage. C'est dans ce cadre que chaque année, le pays organise en moyenne 4 passages de campagnes de vaccination supplémentaire contre la poliomyélite. En effet entre 2011 et 2014, le pays a organisé 17 passages de journées nationales de vaccination et 12 passages des Journées locales de vaccination. Pour tous les passages (JNV et JLV) les taux de couverture atteints sont supérieurs à 100%. Cependant le monitoring « End Process » a montré plus de 5% des enfants ne sont pas vaccinés, ce qui témoigne de l'existence des zones insuffisamment couvertes. Ceci a permis d'obtenir l'arrêt de la circulation du virus polio sauvage depuis 2012.

Cependant compte tenu du risque d'importation auquel le pays est exposé, les campagnes supplémentaires de vaccination se poursuivront.

3.2.2. Synthèse de l'initiative de lutte accélérée contre les maladies

La synthèse de l'initiative de lutte accélérée contre les maladies se présente comme suit dans le tableau ci-dessous :

Tableau 27: Analyse de situation par initiative de lutte accélérée contre les maladies

Initiative du contrôle des maladies	Indicateurs proposés	Situation nationale				
		2010	2011	2012	2013	2014
Polio	Couverture VOP3	92%	61%	95%	80%	91%
	Taux de PFA non-polio par 100 000 enfants de moins de 15 ans	4,46	3,81	4,01	3,71	2,8
	Nombre de journées nationales de vaccination (JNV) et locales (JLV)	JNV 2 passages 101 - 102%	JNV 6 passages 100-103%	JNV 4 passages 102-103%	JNV 4 passages 102-103%	JNV 3 passages 100-102%
	Intervalle de couverture	JLV 2 passages 102- 103 %	JLV 2 passages 102-103%	JLV 2 passages 101-102%	JLV 4 passages 101-102%	JLV 4 passages 100-107%
TMN	Couverture par TT2+	85%	93%	81%	89%	75%
	Pourcentage de la population cible protégée à la naissance contre le tétanos néonatal	ND	ND	14%	23,3%	38%
	Nombre et pourcentage des districts notifiant plus d'un cas de tétanos néonatal pour 1000 naissances vivantes	ND	9 (21,42%)	3 (6,81%)	1 (2,27%)	5 (11,36%)
	Y a-t-il eu des activités supplémentaires de vaccination ? (O/N)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Morts néonatales notifiées et ayant fait l'objet d'une enquête	ND	4	2	0	3
	Taux d'accouchements au	20,50%	24,75%	29%	49%	47%

Initiative du contrôle des maladies	Indicateurs proposés	Situation nationale				
		2010	2011	2012	2013	2014
	sein d'une structure sanitaire					
Rougeole et rubéole	Couverture du vaccin anti-rougeole/rubéole (1 ^{ère} dose)	89%	94%	91%	92%	88%
	Couverture du vaccin anti-rougeole/rubéole (2 ^e dose)	0	0	0	0	0
	Nombre de flambées de rougeole/rubéole confirmées par laboratoire	30	73	34	90	31
	Étendue géographique des JNV Groupe d'âge Couverture	JNV 9 - 5 ans 101%	SO	JNV 9 - 15 ans 104%	SO	SO
	Nombre total de cas de rougeole (laboratoire / cliniques / épidémiologiques)	2259	10724	1840	3737	1333
	Nombre total de cas de rubéole (laboratoire / cliniques / épidémiologiques)	5	20	77	6	8
Fièvre jaune	Couverture de vaccination antiamarile	82%	69%	90%	88%	87%
	Nombre et pourcentage des districts notifiant au moins un cas suspect	15 (37,71%)	13 (31%)	21 (47,72%)	25 (56,81%)	20 (45,45%)
	Une campagne de prévention a-t-elle été organisée ? (O/N)	Non	Non	Non	Non	Non
Méningite épidémique	Couverture du vaccin méningococcique A	JLV 1 - 29 ans 103%	JLV 1- 29 ans 96%	SO	SO	SO

3.3. Synthèse de l'analyse situationnelle : forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM)

a. Forces et faiblesses du PEV Niger

Tableau 28: Forces et Faiblesses

FORCES	FAIBLESSES
1. GESTION DU PROGRAMME	
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-15, • Existence d'un Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) pour le PEV-2011-2015, etc. ▪ Existence d'une politique Nationale de Santé 2016-2035 ; • Création d'un Cadre de partenariat Etat/PTF; • Existence de réunions techniques hebdomadaires (DI/PTF) • Existence d'un cadre de coopération avec L'UNICEF pour l'achat des vaccins et l'appui aux services de vaccination; • Appui technique et financier des partenaires pour les activités de la vaccination et de surveillance (OMS, Unicef, Rotary, GAVI, AFD, BM, Coopération Espagnole, HKI, JICA, KOICA, ONG, Associations, etc.) ; • Participation des ONG nationales et locales à travers des dons (motos, carburant, véhicule, matériels variés, etc.), les réunions, la sensibilisation, la mobilisation sociale. • Existence d'un Comité de Coordination Inter Agence des activités du PEV (CCIA/PEV); • Existence d'un mécanisme de coordination de toutes les activités de vaccination à tous les niveaux de la pyramide sanitaire : • Tenue de réunions de coordination trimestrielles au niveau DS et semestrielles au niveau régional 	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistence d'ANR dans le domaine des vaccins • Non-vulgarisation de l'approche ACC (Atteindre chaque communauté) aux niveaux régional et opérationnel • Déficit dans l'archivage des documents du PEV • Faible disponibilité des documents de directives, guides et politiques mis à jour sur la vaccination et la surveillance • Insuffisance de la micro planification au niveau des CSI • Non prise en compte des spécificités de certains districts (problème d'accessibilité, insécurité, mobilité de la population) lors de planification des activités de vaccination ; • Faible implication des collectivités dans les activités de vaccination de routine tant dans la planification que dans la mise en œuvre. • Faible participation des organisations de la société civile dans la mise en œuvre des activités sanitaires ; • Irrégularité des réunions de coordination des points focaux du PEV et de la Surveillance avec les régions et districts sanitaires

FORCES	FAIBLESSES
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un plan de développement des ressources humaines 2011-2020 • Existence d'un Plan Stratégique national de formation en vaccination et gestion du PEV 2011-2015 • Existence d'un centre de formation en management des districts sanitaires ; • Recrutement important de médecins, infirmiers, sage femmes répartis dans les formations sanitaires périphériques par l'Etat et les PTF • Existence de ressources humaines compétentes pour l'amélioration de la gestion et la qualité des activités de vaccination à tous les niveaux • Acquisition de compétences et expériences en matière de vaccination et de surveillance à travers les formations des acteurs (MLM, techniques vaccinales, ACD, DQS et gestion informatisée des données...); • Modules révisé sur le PEV en cours d'intégration dans les curricula des écoles de formation de professionnel de santé • Existence d'un mécanisme de supervision intégrée des activités de santé à tous les niveaux • Disponibilité des outils et grille de supervision; 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance quantitative, qualitative des ressources humaines, ainsi que leur répartition inéquitable sur le territoire, la disparité entre les zones rurales et urbaines. • Mobilité des agents ; • Absence de description de poste des agents du PEV à tous les niveaux • Certaines cases de santé ne disposent pas d'agent qualifié pour assurer les activités de vaccination • Insuffisance de formation des agents sur les différentes thématiques du PEV (RED, Techniques vaccinales ...) • Insuffisance de formation des OPM en maintenance du matériel PEV ; • Insuffisance du suivi post-formation PEV; • Insuffisance de la qualité des soins et des prestations, en particulier pour ce qui est de l'accueil et du comportement des prestataires vis-à-vis des patients • l'insuffisance de la supervision formative et du monitoring des activités de vaccination ;

FORCES	FAIBLESSES
3. FINANCEMENT DES ACTIVITES DU PEV	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'une ligne budgétaire pour l'achat de vaccins (nouveaux vaccins & vaccins traditionnels) ▪ Disponibilité d'un Fonds Commun (AECID, AFD, GAVI, UNICEF, BM) ▪ Disponibilité du compact pays 	<ul style="list-style-type: none"> • Financement du PEV dépend essentiellement de l'appui extérieur • Insuffisance du budget alloué par l'Etat au secteur santé • Faible financement des activités foraines par les collectivités décentralisées ; • Retard dans le déblocage de la quote-part de l'Etat pour le cofinancement de l'achat des vaccins ; • Lourdeur dans les procédures de déblocage des fonds des PTFS; • insuffisance dans le financement des micros plans des CSI ; • Faible financement pour le PEV de routine et la surveillance ;
4. PRESTATIONS DES SERVICES	
<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs stratégies sont utilisées au niveau opérationnel: Fixe (0-5Km), Avancée (6-15 Km) et Mobile au-delà de 15 Km • Organisation de séance de vaccination en foraines par les CSI • Organisation de campagnes de vaccinations de masse • PEV mis en œuvre dans 960 centres de vaccination dont 889 CSI (94 % des sites de vaccination) • Bonne couverture vaccinale nationale PENTA 3 (CV nationale > 90% de 2010 à 2014) • Taux d'abandon spécifique et global faibles (en Moyenne =7% pour le taux d'ab. Spécif.) • Bonne maîtrise du calendrier vaccinal VAT au niveau CSI (100% des CSI pour VAT2) • Innovations continues par l'introduction de nouveaux vaccins dans le PEV • Intégration d'autres interventions dans le PEV (Vit A, distribution de MILDA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de la couverture sanitaire équitable pour l'accès aux services santé de qualité (Plus de 50% de la population cible se trouvent au-delà de 5 km d'un CSI); • Insuffisance de réalisation des activités avancées et mobiles décentralisées (Non-respect des calendriers de sortie); • Non planification et la non mise en œuvre de stratégies pour atteindre les populations nomades et celles des zones d'accès difficile et d'insécurité ; • Mouvement important des populations de part et d'autre des frontières ; • Existence d'un nombre élevé d'enfants non ou incomplètement vaccinés • Persistance des zones insuffisamment couvertes par les activités de vaccination supplémentaires (JNV Polio et rougeole) ; • Non mise en œuvre du PMA révisé des cases de santé

FORCES	FAIBLESSES
5. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence d'un système National d'information sanitaire décentralisé; ▪ Existence des outils de gestion du PEV à tous les niveaux (registres de vaccination, cartes de vaccination, cahiers de séance, feuilles de relevé de température, les registres de gestion des stocks, le cahier de rapport mensuel et les supports électriques (masque de saisie et SMT pour la gestion des intrants) ▪ Disponibilité et Utilisation des outils pour un monitoring continu au niveau des centres de santé (courbe de couverture, Tableau de Bord Santé, etc.) ▪ Tenue des réunions annuelles intégrées sur la surveillance et la vaccination; ▪ Existence d'un comité national de certification d'éradication de la poliomyélite; ▪ Existence d'un comité national d'experts polio • Existence d'un système de surveillance PFA, rougeole et FJ basée sur le cas • Existence d'outils de collecte des données de la surveillance • Existence de CNEP et CNC fonctionnels • Transmission hebdomadaire des données sur les maladies à potentiel épidémique 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance du monitoring des activités ; • Recrudescence des cas de maladies évitables par la vaccination malgré les bonnes couvertures administratives • Non fonctionnalité des comités de gestion des épidémies au niveau districts et régions (Faible fonctionnalité des COGEPI) • la surveillance épidémiologique à base communautaire n'est pas réalisée; • la recherche active de cas des maladies sous surveillance est timide; • Pas de recherche et de notification des Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI); • Insuffisance de financement des plans de préparation et de réponse aux urgences sanitaires; • Faiblesse dans le suivi et l'évaluation de la surveillance • Faible développement de la recherche en santé; • Non documentation de l'investigation et la riposte contre le TMN • Discordances des données entre le système de notification intégré (MDO) et le système de notification au cas par cas • Groupe Spécial de Confinement de la Polio non opérationnel • Absence de politique de surveillance et de gestion des MAPI en dehors des campagnes de vaccination • Insuffisance dans l'analyse des données et le feed back à tous les niveaux
6. INITIATIVES MONDIALES DE LUTTE ACCELEREE CONTRE LES MALADIES	
<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de campagnes de vaccination de masse dans les districts à haut risque pour le TMN • Processus de certification pour l'élimination du tétanos en cours • Organisation de campagne de suivi pour la rougeole • Régularité des réponses aux flambées épidémiques de la rougeole 	<ul style="list-style-type: none"> • Survenue d'épidémie de rougeole tous les trois ans • Non atteinte des indicateurs de performance de la surveillance de la rougeole ;

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de campagne de vaccination de masse contre la poliomyélite 	
7. LOGISTIQUE/APPROVISIONNEMENT ET QUALITE DES VACCINS	
<ul style="list-style-type: none"> • Appui constant des partenaires (Unicef, OMS, GAVI, Rotary, JICA, KOICA, HKI...) • Existence de moyens logistiques (camion et véhicules) pour l'approvisionnement des régions en vaccins et consommables; • Disponibilité régulière de certains antigènes. • Disponibilité des équipements de la chaîne du froid à tous les niveaux (chambre froide, réfrigérateurs, congélateurs, glacières, portes vaccins) • Existence d'un plan de renouvellement du matériel de chaîne de froid; • Construction d'un entrepôt moderne pour la conservation des vaccins et les consommables • Existence d'agents formés dans le domaine de la logistique • Existence d'une ligne budgétaire affectée à l'achat des vaccins • Adhésion du pays à l'initiative d'indépendance vaccinale • Garantie pour l'achat de vaccin de qualité par l'utilisation de la filière Unicef • Existence de groupes électrogènes de secours • Existence de magasins de stockage au niveau central, • Utilisation des outils de planification, de gestion de stocks • Existence des véhicules réfrigérés pour le transport des vaccins • Conduite et mise en œuvre de la gestion efficace des vaccins • Existence d'un Plan National de Gestion des Déchets ; • Disponibilité des boîtes de sécurité pour les seringues utilisées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rupture de certains antigènes (cas de polio, BCG en 2012) • Faible capacité de stockage de vaccins dans certains districts et CSI • Faible capacité de stockage des consommables à tous les niveaux • Rupture fréquente de gaz dans les centres de vaccination • Absence d'un plan de maintenance de la chaîne de froid; • Manque de matériel de vaccination et de chaîne de froid au niveau des Cases de santé tenues par des agents qualifiés • Vétusté et insuffisance du parc auto-motos pour assurer les activités de vaccination • Insuffisance d'équipements adéquats (incinérateurs) pour destruction de déchets issus de la vaccination • Insuffisance des portes vaccins et accumulateurs • Programmes de distribution des vaccins non systématiquement appliqués au niveau des régions et des districts sanitaires • Manque de ressources financières pour assurer le ravitaillement des régions vers les districts et les districts vers les centres de santé intégrés ; • Manque de ressources pour la maintenance des équipements • Insuffisance de compétence des ouvriers polyvalents de maintenance,
8. GÉNÉRATION DE LA DEMANDE ET COMMUNICATION	
<ul style="list-style-type: none"> • Implication des autorités administratives, coutumières et des élus locaux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible implication des acteurs communautaires dans les activités de vaccination (les comités de santé, les relais communautaires, les crieurs, les ASC, les ONG, etc.)

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> • L'implication des chefs traditionnels et de leaders religieux dans la sensibilisation et la mobilisation de la population • Existence de canaux d'information nombreux et variés • Existence d'un plan stratégique intégré de communication pour le PEV de routine, les AVS et la Surveillance • Formation des media publics et privés en matière de communication sur la vaccination • Disponibilité d'un plan stratégique 2011-2015 en faveur de la génération de la demande • Recherche des perdus de vues par les relais communautaires • Expérimentation de la stratégie d'implication des élèves dans le suivi de la vaccination des enfants cibles du PEV • L'utilisation des médias à tous les niveaux et notamment les radios communautaires et privées pour la sensibilisation de la population à travers les spots, les interviews, chants et sketches et d'autres émissions en faveur du PEVS dans toutes les régions 	<ul style="list-style-type: none"> • Léthargie des comités de santé à tous les niveaux ; • Persistance des cas de refus lors des AVS • Absence de plan de communication dans les CSI. • Absence de vulgarisation des principes directeurs du GVAP • Absence de réunions régulières du comité de mobilisation sociale (division mobilisation sociale, points focaux communication OMS-Unicef et autres partenaires) • Insuffisance dans la supervision et le suivi des activités de communication et de mobilisation sociale au niveau décentralisé. • Faible utilisation par les agents de santé des programmes des medias destinés aux chroniques sanitaires pour une sensibilisation continue en faveur de la vaccination • Insuffisance de formation des agents de santé en communication pour le développement. • Insuffisance de formation des acteurs de la mobilisation sociale en IEC/CCC/PEV • Pas de recherche et de documentation des expériences en communication PEV • Insuffisance dans la conservation des documents de vaccination par les parents ;

b. Opportunités et Menaces du PEV Niger

1. Opportunités

- Gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes
- Le Plan d'action mondial pour les Vaccins (GVAP)
- Disponibilité du Fonds Commun
- Multiplicité des partenaires et des sources de financement du PEV (OMS, UNICEF, ROTARY International, JICA, ONG, etc.)
- Engagement politique en faveur du PEV
- Existence des plages santé dans la grille de programme de toutes les radios
- Volonté politique d'atteindre les ODD 2030;
- Perspectives économiques favorables en lien avec les retombées de ressources minières et pétrolières ;
- Fonds de solidarité pour la santé
- Financement basé sur les performances (FBP).

2. Menaces

- Existence des populations difficiles à atteindre (nomades et sectes refusant la vaccination)
- Circulation du PVS dans la sous-région
- Forte dépendance du PEV des financements extérieurs
- Insécurité dans certaines régions
- Développement de rumeurs et réticences vis-à-vis de certains vaccins
- Les épidémies de méningite et de rougeole récurrentes dans le pays
- La faible couverture sanitaire
- Insécurité alimentaire

IV. BUT, OBJECTIFS, ETAPES ET PRIORITES DU PEV

4.1. But

Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination.

4.2. Objectifs

Les objectifs spécifiques sont définis pour les thématiques suivantes:

- PEV systématique
- Vaccination supplémentaire,
- Surveillance des maladies cibles du PEV
- Sécurité des injections.

4.2.1. Objectifs spécifiques du PEV systématique

a) Couverture vaccinale

- D'ici à 2020, atteindre et maintenir un taux de couverture vaccinale d'au moins 90% pour tous les antigènes du PEV au niveau national et au moins 80% dans chaque district, plus spécifiquement :
 - De 85% pour le BCG en 2014 à 90% en 2020.
 - De 78 % pour le Penta 3 en 2014 à 90% en 2020.
 - De 74,5 % pour le VPO 3 en 2014 à 90% en 2020.
 - De 75 % pour le VAR1 en 2014 à 90% en 2020.
 - De 16 % pour le VAR2 en 2015 à 80% en 2020.
 - De 50% pour le Pneumo 3 en 2014 à 90% en 2020.
 - De 59 % pour le Rota 2 en 2014 à 90% en 2020.
 - De 73% pour le VAA en 2014 à 90% en 2020.
 - De 75% pour le VAT2 et plus en 2014 à 90% en 2020.

Tableau 29: Objectifs nationaux de Couverture Vaccinale de 2016 à 2020 par antigène

Antigènes	Objectifs de la Couverture Vaccinale				
	2016	2017	2018	2019	2020
BCG	86	87	88	89	90
PENTA 3	80	82	85	87	90
VAR 1	80	82	85	87	90
VAR2	50	60	70	75	80
VPO3	80	82	85	NA	NA
VPI (une dose)	80	82	85	87	90
PNEUMO3	80	82	85	87	90
ROTA 2	70	75	80	85	90
VAA	80	82	85	87	90
VAT2+	80	82	85	87	90
HPV 2	NA	50	55	60	70
Men A	NA	50	70	80	90
RR	NA	NA	60	70	80
Hep B	NA	NA	NA	80	90

NB : le pays envisage le retrait du VPO en 2019 et poursuivre l'expérimentation du HPV dans 3 districts sanitaires.

b) Taux d'abandon

D'ici fin 2020 :

- Réduire les taux d'abandon spécifiques (Penta1 - Penta3) < 10% dans tous les districts.
- Réduire les taux d'abandon global (Penta1-VAR) < 15% dans tous les districts.

Tableau 30: Objectifs nationaux des taux d'abandon de 2016 à 2020

Taux d'abandon	Année				
	2016	2017	2018	2019	2020
Taux d'abandon spécifique (Penta1 - Penta3)	9%	8%	6%	5%	5%
% district avec un taux d'abandon spécifique (Penta1 - Penta3) ≤10%	80	80	80	80	80
Taux d'abandon global (Penta1-VAR)	6%	5%	5%	5%	5%
% districts avec un taux d'abandon global (Penta1-VAR) <15%	80	80	80	80	80

c) Taux de perte

D'ici à 2020, réduire les taux de pertes des antigènes suivant le tableau ci-après :

Tableau 31: Objectifs nationaux de taux de perte de vaccins de 2016 à 2020 par antigène.

Antigènes	Objectifs de taux de perte				
	2016	2017	2018	2019	2020
Vaccination de Routine					
BCG	40	30	20	20	20
VAA	20	20	20	20	20
VAT	5	5	5	5	5
VAR	20	20	20	20	20
VPO	5	5	5	0	0
Nouveaux vaccins					
DTC-HepB-Hib	5	5	5	5	5
Vaccin Anti pneumococcique	1	1	1	1	1
Vaccin Anti-rotavirus	1	1	1	1	1
RR	NA	NA	20	20	20
Men A	NA	20	20	20	20
VPI	50	50	50	50	50
HPV	1	1	1	1	1
Hep B	NA	NA	NA	1	1

Antigènes	Objectifs de taux de perte				
	2016	2017	2018	2019	2020
Vaccination de Routine					
Campagne de Vaccination, Supplémentation à la Vitamine A et le déparasitage					
Polio	5	5	5	5	5
Rougeole	NA	NA	NA	10	NA
Men A	10	10	10	10	10
Vitamine A	2	2	2	2	2
Albendazole	2	2	2	2	2

d) Introduction de nouveaux vaccins

D'ici fin 2020, quatre (4) nouveaux vaccins seront introduits dans le PEV de routine conformément aux recommandations du GVAP, il s'agira de :

- Men A : sera introduit en 2017 après une campagne de rattrapage
- HPV : sera reconduit en 2016 dans les 3 districts sanitaires ayant expérimenté la première phase à travers le PEV de routine. Il sera porté à l'échelle nationale en 2017.
- RR : introduction prévue pour 2018
- Hep B à la naissance : introduction prévue pour 2019

4.2.2. Vaccinations supplémentaires

a) Poliomyélite

- Vacciner 100% des enfants cibles lors des campagnes de masse ou lors des ratissages;
- Organiser des opérations de riposte vaccinale contre la poliomyélite autour des cas de poliovirus sauvage détectés et poliovirus dérivés de vaccins (VPDV)

b) Rougeole

- Vacciner contre la rougeole au moins 95% des enfants de 9 mois à 5 ans sur toute l'étendue du territoire au cours des campagnes de suivi en 2019
- Organiser des opérations de riposte vaccinale contre la rougeole autour des foyers d'épidémie.
- Réduire de 95% la mortalité due à la rougeole d'ici 2020

c) Tétanos Maternel et Néonatal

- Organiser des opérations de riposte vaccinale contre le tétanos autour de chaque cas de TMN détecté.

d) Fièvre Jaune

- Organiser des opérations de riposte vaccinale contre la Fièvre Jaune autour d'éventuels cas confirmés.

4.2.3. Surveillance des maladies cibles du PEV

a) Surveillance des PFA : d'ici à 2020,

- Amener 100% des districts à notifier au moins deux cas de PFA pour 100 000 enfants de moins de 15 ans;
- Maintenir un taux supérieur à 80% des cas de PFA avec deux échantillons de selles collectés dans les 14 jours dans 100% des districts ;

b) Surveillance de la rougeole d'ici à 2020,

- Porter de 77% en 2014 à 95% la proportion des districts ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole ;
- Prélever 100% des cas suspects de rougeole;
- Investiguer 100% des foyers épidémiques de rougeole détectés.
- Atteindre l'incidence de moins d'un cas de rougeole confirmé par million de personnes.

c) Surveillance du Tétanos Maternel et Néonatal (TMN) d'ici à 2020

- Investiguer 100% des cas de TMN détectés

d) Surveillance des infections à pneumocoque d'ici à 2020

- Réduire la morbidité et la mortalité dues à la méningite à HiB

e) Surveillance du rota virus d'ici à 2020

- Réduire la morbidité et la mortalité dues au Rota virus.

f) Surveillance de la méningite A d'ici à 2020

- Réduire la morbidité et la mortalité liées à l'infection due au Méningocoque A

4.2.4. Objectifs de sécurité de la vaccination

D'ici 2020,

- Doter 100% des districts d'un nombre suffisant de seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccinations systématiques
- Assurer à 100% la destruction des déchets générés par la vaccination

4.3. Priorités

L'analyse des différents problèmes a permis de définir pour les cinq prochaines années les priorités suivantes :

Tableau 32: Objectifs nationaux, étapes et priorités

Composantes du système	Degré de performance actuel (2014)	Objectifs	Étapes	Ordre priorité
1. GESTION DU PROGRAMME				
Législation et réglementations	L'ANR est représentée par la DPHL/L	D'ici fin 2020, renforcer le mécanisme existant de gestion pour une mise en œuvre efficace et efficiente du Programme	2016 : création ANR	1
	Existe-t-il une législation ou un autre organe administratif prescrivant une ligne budgétaire (<i>line item</i>) pour la vaccination ? : OUI		2016 : loi de finances	1
	Existe-t-il une législation identifiant les sources de recettes publiques consacrées au financement des programmes de vaccination ? : OUI		2016 : loi de finances	1
Politique	La politique nationale de vaccination a-t-elle été mise à jour au cours des cinq dernières années ? : NON	D'ici fin 2020, élaborer une politique nationale de vaccination	2016	1
Planification	Le pays a-t-il établi un plan de travail annuel en faveur de la vaccination dont le financement est validé par les processus de budgétisation du ministère de la Santé ? : OUI	D'ici 2020, poursuivre le processus d'élaboration du plan annuel de travail pour la vaccination	2016 : 1 2017 : 1 2018 : 1 2019 : 1 2020 : 1	1
	Nombre et pourcentage de districts bénéficiant d'un micro plan annuel de vaccination : 88%	D'ici 2020, accroître à 100% le pourcentage des districts disposant d'un micro plan annuel de vaccination	2016 : 100% 2017 : 100% 2018 : 100% 2019 : 100% 2020 : 100%	1
Coordination	Nombre de réunions du CCIA (ou équivalent) tenues l'année dernière et au cours desquelles la question de la vaccination systématique a été abordée : 4	D'ici 2020, renforcer la coordination intra et inter institutionnelle à tous les niveaux	2016 : 4 2017 : 4 2018 : 4 2019 : 4 2020 : 4	1
	Nombre de réunions du GTCV (ou équivalent) tenues l'année dernière : Aucune		2016 : 2 2017 : 2 2018 : 2 2019 : 2 2020 : 2	1
Plaidoyer	Nombre de présentations au parlement portant sur les résultats des campagnes de	D'ici 2020, renforcer le plaidoyer en faveur de la vaccination à l'endroit des	2016 : 1 2017 : 1 2018 : 1	1

Composantes du système	Degré de performance actuel (2014)	Objectifs	Étapes	Ordre priorité
	vaccination ou les dépenses engagées : Aucune	parlementaires, des autorités administratives et coutumières	2019 : 1 2020 : 1	
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES				
Normes en RH	Absence de description de poste par niveau	D'ici 2020, renforcer la gestion des ressources humaines en faveur de la vaccination	2016-2017	2
	Proportion de formations sanitaires (CSI) disposant de personnel selon les normes et standards du MSP 23,80%	D'ici 2020, rehausser la proportion des CSI disposant de personnel selon les normes et standards du MSP de 23,80% à 80%	2016 : 40% 2017 : 50% 2018 : 60% 2019 : 70% 2020 : 80%	2
Renforcement des capacités	Nombre/ pourcentage annuel du personnel de santé et d'encadrement ayant reçu une formation relative aux services de vaccination de type (gestion PEV, RED, SMT/DVD, C4d, logistique, DQS) : 42% du personnel de santé sont formés	D'ici 2020, rehausser la proportion du personnel formé sur les thématiques du PEV)	2016 : 50% 2017 : 60% 2018 : 70% 2019 : 80% 2020 : 90%	1
		D'ici 2020, renforcer la capacité de tous les acteurs de la mobilisation sociale	2016 : 50% 2017 : 60% 2018 : 70% 2019 : 80% 2020 : 90%	1
Supervision	Taux de réalisation de la supervision niveau DS : 65,61%	D'ici 2020, rehausser le taux de supervision à 90% à tous les niveaux	2016 : 70% 2017 : 75% 2018 : 80% 2019 : 85% 2020 : 90%	1
	Taux de réalisation de la supervision niveau DRSP : 73,81%		2016 : 75% 2017 : 80% 2018 : 85% 2019 : 90% 2020 : 90%	1
	Taux de réalisation de la supervision niveau Central : 31,25%		2016 : 50% 2017 : 60% 2018 : 70% 2019 : 80% 2020 : 90%	1
3. CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT				
Viabilité financière	Part de budget de l'Etat alloué à la santé est de 5,3% en 2014	D'ici 2020, rehausser le financement de l'Etat et des collectivités territoriales au programme.	2016 : 8% 2017 : 10% 2018 : 12% 2019 : 14% 2020 : 15%	1
	Part du budget de l'état alloué à la vaccination est de 0,19% en 2014		2016 : 0,30% 2017 : 0,35% 2018 : 0,40% 2019 : 0,45% 2020 : 0,50%	1
	Part de budget des Collectivités Territoriales		2016 : 1% 2017 : 2%	1

Composantes du système	Degré de performance actuel (2014)	Objectifs	Étapes	Ordre priorité
	alloué à la santé est de 0,21% en 2013		2018 : 3% 2019 : 4% 2020 : 4%	
4. APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS ET CONSOMMABLES				
Approvisionnement des vaccins et Consommables	Nombre de jours de ruptures de stock BCG : 16 jours tVPO 56 jours	D'ici 2020, atteindre et maintenir un niveau de rupture zéro en vaccins, matériels d'injection et autres consommables	2016 : 0 2017 : 0 2018 : 0 2019 : 0 2020 : 0	1
Chaîne du froid / Logistique	20,45% de districts sont dotés d'un nombre suffisant d'équipements de chaîne du froid en bon état de fonctionnement	D'ici 2020, renforcer la capacité de stockage de vaccins et consommables du niveau opérationnel à 90%	2016 : 50% 2017 : 60% 2018 : 70% 2019 : 80% 2020 : 90%	1
	Aucun DS n'a obtenu un score supérieur à 80 % sur l'ensemble des indicateurs lors de la dernière évaluation GEV	D'ici 2020 atteindre un niveau de 50% de districts ayant obtenu un score supérieur à 80 % sur l'ensemble des indicateurs lors de la prochaine GEV.	2016 : 10% 2017 : 20% 2018 : 30% 2019 : 40% 2020 : 50%	2
	Aucun DS ne dispose d'un plan de remplacement des équipements en matière de chaîne du froid	D'ici 2020 atteindre un niveau de 100% de districts disposant d'un plan de remplacement des équipements de la chaîne de froid	2016 : 50% 2017 : 100% 2018 : 100% 2019 : 100% 2020 : 100%	2
Élimination des déchets	Existence d'une politique et d'un plan de gestion des déchets (2011-2015) oui	D'ici 2020, élaborer un plan de gestion de déchets 2016-2020	2016 : 1	3
5. SERVICES DE VACCINATION				
Couverture vaccinale	78% de couverture officielle en PENTA3 :	D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale de 78% à 90% par antigène au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts	2016 : 80% 2017 : 82 % 2018 : 85% 2019 : 87% 2020 : 90%	1
	75% de couverture officielle en VAR:	D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale de 75% à 90% par antigène au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts	2016 : 80% 2017 : 87% 2018 : 88% 2019 : 89% 2020 : 90%	1
	85% de couverture officielle en BCG :	D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale de 85% à 90% par antigène au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts	2016 : 80% 2017 : 82% 2018 : 85% 2019 : 87% 2020 : 90%	1
	50% de couverture officielle en Pneumo 3:	D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale de 50% à 90% par antigène au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts	2016 : 80% 2017 : 82 % 2018 : 85% 2019 : 87% 2020 : 90%	1

Composantes du système	Degré de performance actuel (2014)	Objectifs	Étapes	Ordre priorité
	59% de couverture officielle en Rota 2:	D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale de 59% à 90% par antigène au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts	2016 : 70% 2017 : 75 % 2018 : 80% 2019 : 85% 2020 : 90%	1
	Couverture du vaccin injectable contre la poliomyélite VPI : ND	D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale de 0% à 90% par antigène au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts	2016 : 80% 2017 : 82 % 2018 : 85% 2019 : 87% 2020 : 90%	1
	75% de couverture officielle en VAT2+ :	D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale de 75% à 90% par antigène au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts	2016 : 80% 2017 : 82 % 2018 : 85% 2019 : 87% 2020 : 90%	1
	73% de couverture officielle en VAA :	D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale de 73% à 90% par antigène au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts	2016 : 80% 2017 : 82 % 2018 : 85% 2019 : 87% 2020 : 90%	1
	46,1% d'enfants complètement vaccinés	D'ici 2020, accroître la couverture vaccinale de 46,1% à 80% au niveau national et d'au moins 100% dans tous les districts	2016 : 50% 2017 : 65 % 2018 : 70% 2019 : 75% 2020 : 80%	1
	69,8% de taux de possession de document de vaccination	D'ici 2020 accroître le taux de possession de document de vaccination de 69,8% à 80% au niveau national et d'au moins 100% dans tous les districts	2016 : 72% 2017 : 74 % 2018 : 76% 2019 : 78% 2020 : 80%	1
Demande de vaccination	10,9% d'abandon spécifique (PENTA1 – PENTA3) :	D'ici 2020, accroître l'utilisation des services de soins y compris la vaccination de qualité dans tous les districts sanitaires en réduisant le taux d'abandon spécifique de 10,9% à 5%	2016 : 9% 2017 : 8% 2018 : 6% 2019 : 5% 2020 : 5%	1
	6% d'abandon global (PENTA1 – VAR)	D'ici 2020, accroître l'utilisation des services de soins y compris la vaccination de qualité dans tous les districts sanitaires en réduisant le taux d'abandon global de 6% à 5%	2016 : 6% 2017 : 5% 2018 : 5% 2019 : 5% 2020 : 5%	1

Composantes du système	Degré de performance actuel (2014)	Objectifs	Étapes	Ordre priorité
Équité de la vaccination	42% d'écart en Penta 3 entre les quintiles socio-économiques supérieur et inférieur : (EDSN 2012)	D'ici 2020, réduire l'écart en Penta 3 de 42% à 21% entre les quintiles socio-économiques supérieur et inférieur	2016 : 36% 2017 : 32% 2018 : 26% 2019 : 24% 2020 : 21%	1
	46% des districts ont une couverture en Penta 3 supérieure à 80 % :	D'ici 2020, accroître à 100% le pourcentage de districts bénéficiant d'une couverture d'au moins 80%	2016 : 60 % 2017 : 70% 2018 : 80% 2019 : 90% 2020 : 100%	1
	Communautés à haut risque identifiées pour un programme de vaccination systématique accéléré : ND	D'ici 2020, Faire bénéficier au moins 50% des communautés à haut risque identifiées d'un programme de vaccination systématique accéléré	2016 : 10% 2017 : 20% 2018 : 30% 2019 : 40% 2020 : 50%	1
Introduction de nouveaux vaccins	Quatre (4) nouveaux vaccins introduits dans le programme de routine sur la période planifiée	D'ici 2020, introduire dans le programme de vaccination les vaccins contre la méningite, la rubéole (RR), le cancer du col utérin (PVH) et Hépatite B	2017 : MenA 2017 : VPH 2018 : RR 2019 : Hep B	1
	Couverture officielle pour le vaccin Men A : ND	D'ici 2020 atteindre la couverture vaccinale de 90% pour le vaccin contre la méningite à méningocoque A au niveau national	2016 : 50% 2017 : 60% 2018 : 70% 2019 : 80% 2020 : 90%	1
	Couverture officielle en HPV2 : ND	D'ici 2020, atteindre la couverture vaccinale de 70% pour la 2eme dose du vaccin contre la VPH au niveau national	2016 : NA 2017 : 50% 2018 : 55% 2019 : 60% 2020 : 70%	1
	Couverture officielle en RR : ND	D'ici 2020, atteindre la couverture vaccinale à 80% du ROR au niveau national	2016 : NA 2017 : NA 2018 : 60% 2019 : 70% 2020 : 80%	1
	Couverture officielle en Hep B : ND	D'ici 2020, atteindre la couverture vaccinale à 80% du Hep B au niveau national	2016 : NA 2017 : NA 2018 : NA 2019 : 70% 2020 : 80%	1
7. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION				
Surveillance de routine	100% de rapports de surveillance des districts reçus à l'échelon national	D'ici 2020, maintenir à 100% la complétude au niveau national des rapports des districts	2016 : 100% 2017 : 100% 2018 : 100% 2019 : 100% 2020 : 100%	1
	2,84% de détection de la PFA chez les moins de 15 ans sur une population de 100 000 habitants :	D'ici 2020, maintenir à au moins 2 le Taux de PFA non polio chez les moins de 15 ans sur une population de 100 000	2016 : 2 2017 : 2 2018 : 2 2019 : 2 2020 : 2	1

Composantes du système	Degré de performance actuel (2014)	Objectifs	Étapes	Ordre priorité
	85% d'échantillons de selles ont été prélevés dans les 14 jours :	D'ici 2020, rehausser le taux de prélèvement adéquat des selles de 85% à 90% (dans les 14 jours)	2016 : 85 % 2017 : 87 % 2018 : 88% 2019 : 89% 2020 : 90%	1
	24,1% de cas de rougeole suspectée ont fait l'objet d'un test de laboratoire:	D'ici 2020, rehausser à 80 % le pourcentage des cas pour lesquels un test de laboratoire a été réalisé	2016 : 30% 2017 : 40 % 2018 : 50% 2019 : 65% 2020 : 80%	1
	93% des districts ont notifié plus d'un cas suspect de rougeole	D'ici 2020, rehausser à 95 % le pourcentage des districts notifiant plus d'un cas suspect de rougeole	2016 : 94% 2017 : 95% 2018 : 95% 2019 : 95% 2020 : 95%	1
	Taux d'investigation des cas non rougeoleux : 1,6%	D'ici 2020, Atteindre un taux d'investigation des cas non rougeoleux au moins 2 cas pour 100000 habitants	2016 : 2 2017 : 2 2018 : 2 2019 : 2 2020 : 2	1
	31 flambées de rougeole/rubéole confirmées par laboratoire :	D'ici 2020, réduire à 10 le nombre de flambées rougeole/rubéole confirmées par laboratoire	2016 : 20 2017 : 18 2018 : 16 2019 : 14 2020 : 10	1
	47% d'accouchements assistés au sein d'une structure sanitaire	D'ici 2020, accroître à 65% le taux d'accouchements au sein d'une structure sanitaire	2016 : 50% 2017 : 55% 2018 : 57% 2019 : 60% 2020 : 65%	1
	5 districts (11, 36%) ont notifié plus d'un cas de tétanos néonatal pour 1000 naissances vivantes	D'ici 2020, Maintenir le statut d'élimination du TMN	2016 : 1 2017 : 1 2018 : 1 2019 : 1 2020 : 1	1
	2 cas de décès dus au tétanos néonatal (100%) ont fait l'objet d'une investigation	D'ici 2020, 100% des cas de décès dus au tétanos néonatal ont fait l'objet d'une enquête de suivi	2016 : 100% 2017 : 100% 2018 : 100% 2019 : 100% 2020 : 100%	1
	Inexistence d'un plan de surveillance sentinelle pour le Rota virus	D'ici 2020, réduire la morbidité et la mortalité dues au rota virus	2016 : 1 2017 : 0 2018 : 0 2019 : 0 2020 : 0	1
	Non disponibilité d'un plan de surveillance sentinelle pour la méningite (HiB/PCV)	D'ici 2020, réduire la morbidité et la mortalité dues à la méningite à Hib	2016 : 1	1
	20 Districts (45,45%) ont notifié au moins un cas suspect de fièvre jaune	D'ici 2020, rehausser de 45,45% à 80% le pourcentage des districts notifiant au moins	2016 : 50% 2017 : 55% 2018 : 60%	1

Composantes du système	Degré de performance actuel (2014)	Objectifs	Étapes	Ordre priorité
		un cas suspect de fièvre jaune	2019 : 70% 2020 : 80%	
Contrôle de la couverture	18% d'écart entre les chiffres de couverture en PENTA 3 selon l'étude réalisée et les chiffres officiels en 2012	D'ici 2020, réduire de 18% à 5% l'écart entre les chiffres de couverture en PENTA 3	2016 : 15% 2017 : 13% 2018 : 10% 2019 : 7% 2020 : 5%	1
Sécurité de la vaccination	100% des districts sont dotés d'un nombre suffisant (égal ou supérieur) de seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccinations systématiques :	D'ici 2020, maintenir à 100% le pourcentage de districts dotés d'un nombre suffisant (égal ou supérieur) de seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccinations systématiques	2016 : 100% 2017 : 100% 2018 : 100% 2019 : 100% 2020 : 100%	1
Manifestations indésirables	Inexistence d'un Système de surveillance de MAPI actif œuvrant sous la responsabilité d'un comité national désigné :	D'ici 2020, Renforcer la surveillance et la notification MAPI à tous les niveaux	2016 : 1	1
	Nombre de cas de MAPI graves signalés et ayant fait l'objet d'une enquête : ND	D'ici 2020, 100% des cas de MAPI graves sont notifiés et ont fait l'objet d'une enquête par les structures désignées à cet effet.	2016 : 50% 2017 : 60% 2018 : 70% 2019 : 80% 2020 : 100%	1
8. GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE				
Recherche Stratégie de communication	Dernière étude sur les connaissances, les attitudes et pratiques par rapport à la vaccination remonte à 2011	D'ici 2020, Promouvoir la recherche sur la communication et sur la vaccination	2016 : 1 2017 : 0 2018 : 0 2019 : 1 2020 : 0	2
Demande de la vaccination	Méconnaissance générale du calendrier vaccinal (femmes-enfants) par les autorités administratives. et coutumières, et par les pères d'enfants 0-23 mois ;	D'ici fin 2020, 80% des autorités politiques, administratives coutumières et religieuses identifiées soutiendront les activités du PEV.	2016 : 20% 2017 : 40% 2018 : 60% 2019 : 70% 2020 : 80%	1
	Insuffisance de financement du plan de communication	D'ici fin 2020, 40% des opérateurs du secteur privé et sociétés d'Etat identifiés auront apporté leur appui financier et matériel aux activités du PEV	2016 : 10% 2017 : 20% 2018 : 30% 2019 : 40% 2020 : 0%	1
	Faible implication de la communauté, des associations et des ONG lors des activités de communication sur la vaccination ;	D'ici fin 2020, 70% des organisations à base communautaire et ONG ciblées participeront à la mise en œuvre des activités de sensibilisation et de vaccination	2016 : 20% 2017 : 40% 2018 : 60% 2019 : 70% 2020 : 0%	1
	faible utilisation des programmes des medias	D'ici fin 2020, 60% des médias publics, privés et	2016 : 15% 2017 : 30%	

Composantes du système	Degré de performance actuel (2014)	Objectifs	Étapes	Ordre priorité
	destinés aux chroniques sanitaires pour une sensibilisation continue en faveur de la vaccination	communautaires auront diffusé des messages sur le PEV sur la base du contrat signé avec la Direction des Immunisations	2018 :45% 2019 :60% 2020 : 0%	1
	L'insuffisance de recherche et de documentation des expériences en communication PEV	D'ici fin 2020, 70% des écoles ciblées auront parrainé à travers les enseignants et les élèves les enfants cibles du PEV	2016 : 15% 2017 :30% 2018 :45% 2019 :60% 2020 : 70%	1
	Insuffisance dans la sensibilisation des mères et de conservation des documents de vaccination par les parents	D'ici fin 2020, 80% des mères auront des connaissances suffisantes sur la vaccination	2016 : 20% 2017 :40% 2018 :60% 2019 :80% 2020 : 0%	1

V. PLANIFICATION DES STRATEGIES POUR CHAQUE COMPOSANTE

Les stratégies appropriées et les activités essentielles qui permettront de réaliser les objectifs précédemment définis se présentent comme suit dans le tableau ci-dessous :

Tableau 33: Stratégies et activités par composante

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
1. GESTION DU PROGRAMME				
Législation et réglementations	D'ici 2020, renforcer le mécanisme de gestion pour une mise en œuvre efficace et efficiente du Programme	Renforcement du cadre législatif et réglementaire en matière de vaccination	Créer les organes législatifs et réglementaires : ANR (Décret) ;	2016
			Mettre en place le Groupe Spécial de Confinement de la Polio	2016
		Réorganisation de composante communication à tous les niveaux y compris le sous-comité de mobilisation sociale	Organiser un atelier de réorganisation de la composante communication PEV	2016
Politique	D'ici fin 2020, élaborer une politique nationale de vaccination	Renforcement du cadre législatif et réglementaire en matière de vaccination	Elaborer la politique nationale de vaccination	2016
		Vulgarisation des axes stratégiques de l'approche ACC (Atteindre Chaque Communauté)	Diffuser à tous les niveaux du système de santé les axes stratégiques de l'approche ACC/ACE	2016
Planification	D'ici 2020, poursuivre le processus d'élaboration du plan annuel de travail pour la vaccination	Mise en œuvre la stratégie « Atteindre chaque communauté » dans chaque district	Elaborer un plan annuel de travail pour la vaccination à tous les niveaux	2016- 2020
	D'ici 2020, accroître à 100% le pourcentage des districts disposant d'un microplan annuel de vaccination		Elaborer, exécuter, suivre et évaluer les micros plans des CSI	2016- 2020
			Réactualiser les Micro plans- JNVs des CSI et Districts sanitaires	2016 -2020
			Faire un micro plan spécifique aux zones nomades lors de planification (carburant, durée, logistique, performance des équipes)	2016- 2020

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
Coordination	D'ici 2020, Renforcer la coordination intra et inter institutionnelle à tous les niveaux	Renforcement de la gouvernance et du leadership du programme	Organiser une fois par trimestre la réunion du CCIA	2016- 2020
			Organiser une fois par semestre la réunion du GTCV	2016- 2020
			Organiser des réunions périodiques régulières de coordination, regroupant toutes les Divisions de la DI et aussi des réunions restreintes entre divisions pour faciliter la concertation, l'échange d'informations et l'intégration des activités	2016- 2020
			Organiser des réunions mensuelles de monitoring des données de la vaccination et de la surveillance pour identifier les problèmes et proposer conjointement des solutions à tous les niveaux (DI-DSRE, DRSP/DS)	2016- 2020
			Organiser des réunions semestrielles décentralisées des points focaux de la vaccination et de la surveillance	2016- 2020
			Mettre en place à la DI un centre d'archivage et de documentation dont le contenu (documents électroniques et documents papier) proviendrait des différentes Divisions	2016
			Diffuser les résultats de la revue du PEV et de la GEV à tous les niveaux du système de santé.	2016
			Editer un bulletin annuel d'information sur le PEV et la Surveillance	2016-2020
			Doter la DI d'équipement performant à haut Débit d'internet et les accessoires d'installation	2016

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			en communication	
Plaidoyer	Renforcer le plaidoyer en faveur de la vaccination à l'endroit des parlementaires, des autorités administratives et coutumières	Renforcement du plaidoyer à l'endroit des parlementaires, des autorités administratives et coutumières	Inciter les parlementaires à voter une loi contraignant les parents à respecter les droits des enfants à la vaccination	2017
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES				
Normes de RH	D'ici 2020, renforcer la gestion des ressources humaines en faveur de la vaccination	Développement de la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences	Elaborer la description de poste du personnel du PEV à tous les niveaux	2016- 2017
	D'ici 2020, rehausser la proportion des CSI disposant de personnel selon les normes et standards du MSP de 23,80% à 80%	Développement des pratiques de recrutement et de redéploiement, la gestion et la planification des carrières	Poursuivre le recrutement des nouveaux agents et leur affectation dans les CSI (Etat, ONG, Collectivités)	2016 -2020
			Poursuivre le recrutement des agents de santé qualifiés pour les cases de santé	2016- 2020
		Renforcement de la motivation des agents	Allouer des primes d'incitation à la performance aux prestataires de soins des districts sanitaires et CSI	2016 - 2020
Renforcement des capacités	D'ici 2020, rehausser la proportion du personnel formé sur les thématiques du PEV	Formation et Recyclage des agents sur la gestion du PEV	Créer une base de données pour suivre la situation des agents formés sur les thématiques du PEV	2016
			Former les membres des ECD et les staffs des DRSP en gestion PEV	2016 : 58 2017 : 100 2018 :100 2019 :100 2020 :100
			Former les membres des ECD et les staffs des DRSP sur l'approche ACD/ACE	2016 :58 2017 : 100 2018 :100 2019 :100 2020 :100
			Former les membres des ECD et les staffs des DRSP sur le DQS	2016 :100 2017 : 100 2018 :100 2019 :100

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
				2020 :64
			Former le personnel des CSI en gestion PEV	2016 : 838 2017 : 100 2018 :100 2019 :100 2020 :100
			Former le personnel des CSI sur l'approche ACD/ACE	2016 : 100 2017 : 100 2018 :100 2019 :100 2020 :100
			Former le personnel des CSI et des cases de santé en techniques vaccinales	2016 : 660 2017 : 500 2018 :500 2019 :500 2020 :500
			Former le staff de la DI, les CRI et les CDI en techniques de supervision formative à Ouallam	2016 : 30 2017 : 30 2018 :30 2019 :30 2020 :30
			Former 900 chefs CSI sur la micro planification	2016 : 300 2017 : 200 2018 :200 2019 :100 2020 :100
			Former 900 chefs CSI sur le monitoring plus	2016 : 58 2017 : 242 2018 :200 2019 :200 2020 :200
			Former 900 chefs CSI sur le monitoring de la CDF et de la température	2016 : 300 2017 : 200 2018 :200 2019 :100 2020 :100
			Former 900 chefs CSI sur la maintenance préventive de la CDF	2016 : 300 2017 : 200 2018 :200 2019 :100 2020 :100
			Recycler les CRI et les CDI sur la connaissance et l'utilisation des outils de gestion et de monitoring des vaccins et de la CDF	2016 : 0 2017 : 40 2018 :40 2019 :40 2020 :0
			Former 2 agents de la DI et 2 agents des régions sur la formation en licence	2016 : 2 2017 : 2 2018 :0

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			professionnelle en logistique santé à OUIDAH	2019 :0 2020 :0
			Renforcer les capacités de 4 agents des services programmation en suivi évaluation sur le logiciel TOMPRO	2016
			Former les OPM en maintenance de la chaîne de froid ;	2016 : 44 2017 : 26 2018 :72 2019 :72 2020 :0
			Former 900 agents de santé sur la surveillance des MAPI	2016 : 300 2017 : 200 2018 :200 2019 :100 2020 :100
			organiser un atelier National de partage sur l'intégration des curricula de formation sur les directives du PEV des écoles de santé publiques et privée	2016 : 1 2017 : 0 2018 : 0 2019 : 0 2020 : 0
			Former 25 enseignants des écoles de santé publiques et privées , et instituts de santé sur le module des directives du PEV (curricula)	2016 : 25 2017 : 25 2018 : 0 2019 : 0 2020 : 0
			Former les formateurs du niveau central en MLM (vaccinologie)	2016 : 16 2017 : 2 2018 : 2 2019 : 2 2020 : 2
			Former 142 agents des régions et districts sur l'introduction du HPV dans le PEV de routine	2016 : 42 2017 : 100
			Former 1800 agents de santé de CSI sur l'introduction du HPV dans le PEV de routine	2016 :300 2017 : 1500
	D'ici 2020 renforcer la capacité de tous les acteurs de la mobilisation sociale	Formation de tous les acteurs intervenant dans le PEV sur la mobilisation sociale	Former l'équipe centrale de la DI et les membres du sous-comité national de mobilisation sociale en C4D PEV	2016 : 35
			Former 250 agents de	2016 : 50

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			santé sur l'approche C4D PEV	2017 : 50 2018 : 50 2019 : 50 2020 : 50
			Former 419 agents de santé des CSI en CCC PEV	2016
			Former 200 chroniqueurs et les animateurs des radios communautaires sur les maladies cibles du PEV	2016 : 40 2017 : 40 2018 : 40 2019 : 40 2020 : 40
			Former 2500 relais communautaires sur l'importance de la vaccination et la visite à domicile	2016 : 500 2017 : 500 2018 : 500 2019 : 500 2020 : 500
			Réviser les modules existants de formation en communication interpersonnelle pour les différents acteurs.	2016 : 0 2017 : 0 2018 : 1 2019 : 0 2020 : 0
			Elaborer 3 modules de formation sur les nouveaux vaccins pour les agents de santé, les dirigeants communautaires et les professionnels des medias.	2016 : 1 2017 : 1 2018 : 1
			Organiser des sessions de formations à l'intention des agents de santé, sur la CIP, le PEV de routine, la surveillance à base communautaire, les AVS et les nouveaux vaccins.	2016 : 500 2017 : 500 2018 : 500 2019 : 500 2020 : 500
			Organiser des formations des leaders nomades, sur la CIP, le PEV de routine, la surveillance à base communautaire, les AVS et les nouveaux vaccins.	2016 : 100 2017 : 100 2018 : 100 2019 : 100 2020 : 100
			Organiser des formations des chefs traditionnels sur la surveillance à base communautaire, les AVS et les nouveaux vaccins.	2016 : 135
			Former 50 membres de groupements féminins par an et par district sur la vaccination	2016 : 440 2017 : 440 2018 : 440 2019 : 440

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
				2020 :440
			Former les formateurs des relais communautaires sur le guide technique pour la surveillance des maladies cible du PEV	2016
			Former deux enseignants dans chacune des écoles des 10 districts pour la mise en œuvre de la stratégie du parrainage par les élèves	2017 : 6 2018 :4
Supervision	D'ici 2020, augmenter le taux de supervision à 90% à tous les niveaux	Renforcement de la supervision des activités du PEV à tous les niveaux	Assurer deux supervisions par an du niveau national vers le niveau régional	2016 : 2 2017 : 2 2018 : 2 2019 : 2 2020 : 2
			Assurer deux supervisions par an du niveau régional vers le niveau district	2016 : 2 2017 : 2 2018 : 2 2019 : 2 2020 : 2
			Assurer 4 supervisions par an du niveau district vers le niveau périphérique	2016 : 4 2017 : 4 2018 : 4 2019 : 4 2020 : 4
			Assurer deux fois par an le suivi-évaluation de la stratégie du parrainage ;	2016 : 2 2017 : 2 2018 : 2 2019 : 2 2020 : 2
			Assurer 4 fois par an la supervision nationale des activités de la mobilisation sociale	2016 : 4 2017 : 4 2018 : 4 2019 : 4 2020 : 4
			Faire le suivi de l'intégration des curricula de formation sur les directives du PEV des écoles de santé publiques et privées	2016
			Faire le suivi post formation des agents des CSI et Case de santé formés en gestion PEV et technique Vaccinale au niveau des districts	2016

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
3. CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT				
			Organiser chaque année une journée parlementaire sur la vaccination	2016 : 1 2017 : 1 2018 : 1 2019 : 1 2020 : 1
	D'ici 2020, rehausser le financement de l'Etat et des collectivités territoriales au programme.	Réduction de la dépendance du programme au financement extérieur	Organiser un plaidoyer de haut niveau pour augmenter 15 % des fonds du BND conformément aux accords d'Abuja	2016 : 1 2017 : 1 2018 : 1 2019 : 1 2020 : 1
	.		Organiser un plaidoyer auprès des Ministère de la Santé et des Finances pour un rehaussement de la ligne budgétaire des vaccins et consommables à la hauteur de 0,5%	2016 : 1 2017 : 1 2018 : 1 2019 : 1 2020 : 1
		Pérennisation du financement du programme	Dynamiser le comité de suivi de financement des vaccins et consommables	2016
			Débloquer à temps les ressources allouées à la ligne budgétaire de la vaccination	2016- 2020
			Organiser un plaidoyer pour la mobilisation locale des fonds auprès des sociétés minières, les téléphonies et autres pour passer de 0% en 2014 à 30% en 2020	2016 : 1 2017 : 1 2018 : 1 2019 : 1 2020 : 1
			Organiser un plaidoyer pour la mobilisation locale des fonds auprès de toutes les collectivités et sécurisation des 30 % pour la vaccination, de 0,21% en 2013 à 4% en 2020	2016 : 1 2017 : 1 2018 : 1 2019 : 1 2020 : 1
			Fournir les documents de procédures de gestion des ressources financières aux structures sanitaires	2016
			Organiser une table ronde pour la mobilisation des ressources internes pour le financement du PPAC	2016

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			Organiser un plaidoyer pour le respect des engagements pris par les partenaires pour l'appui financier et technique	2016
			Intégrer le financement des activités de la vaccination dans les Plans de Développement Communaux des Collectivités	2016
4. APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS				
Approvisionnement des vaccins	D'ici 2020, atteindre et maintenir un niveau de rupture zéro en vaccins, matériels d'injection et autres consommables	Renforcement de la logistique d'approvisionnement en vaccins et matériel de vaccination	Assurer la disponibilité des vaccins du PEV de façon permanente (vaccins traditionnels, Nouveaux Vaccins et vaccins cofinancés	2016- 2020
			Assurer l'approvisionnement trimestriel des vaccins et consommables du niveau central vers les régions	2016 :100% 2017 :100% 2018 :100% 2019 :100% 2020 :100%
			Assurer 12 approvisionnements mensuels des régions vers les DS en vaccins et consommables	2016 :100% 2017 :100% 2018 :100% 2019 :100% 2020 :100%
			Assurer 12 approvisionnements mensuels des DS vers les CSI en vaccins et consommables	2016 :100% 2017 :100% 2018 :100% 2019 :100% 2020 :100%
			Elaborer en collaboration avec l'Unicef et le transitaire, un plan d'urgence sur les mesures à prendre en cas de retards, d'annulation de vols ou des arrivages reçus sans avertissement préalables.	2016 :100% 2017 :100% 2018 :100% 2019 :100% 2020 :100%
			Mettre en place des dispositions pour la réception, le dédouanement et la vérification des seringues, boîtes de sécurité et autres consommables	2016 :100% 2017 :100% 2018 :100% 2019 :100% 2020 :100%

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			Classer ensemble les Rapports de reception des vaccins (RRV) avec les documents accompagnant les expéditions dans des classeurs.	2016 :100% 2017 :100% 2018 :100% 2019 :100% 2020 :100%
		Renforcement du parc auto motos pour le transport pour tous les niveaux	Elaborer et mettre en œuvre un plan de renouvellement parc auto motos	2016 : 1 2017 :1 2018 :1 2019 : 1 2020 : 1
			Doter le dépôt central de 2 fourgonnettes de 40 m ³ chacune et 2 fourgonnettes de 5m ³ pour les dépôts régionaux de Niamey et Diffa	2016 : 2 2017 :1 2018 : 1
			Doter la DI d'un camion pour l'approvisionnement en consommables	2018
			Doter 72 districts sanitaires en véhicule pour mener les activités mobiles intégrées	2016 : 20 2017 :20 2018 :20 2019 : 15 2020 : 0
			Assurer la maintenance préventive et curative du matériel roulant et de la CdF	2016- 2020
			Doter 600 CSI en motos pour mener les activités foraines	2016 : 150 2017 :150 2018 :150 2019 : 150 2020 :0
Chaîne du froid / Logistique	D'ici 2020, renforcer la gestion des vaccins et consommables aux niveaux régional et district	Renforcement de la gestion informatique des vaccins et consommables	Doter les CDI et CRI d'ordinateurs de bureau, d'imprimante et d'onduleur	2016 : 52 2017 :28 2018 :0 2019 : 0 2020 :0
			Doter les services de la DI de Matériel informatique (15 ordinateurs de bureau , 15 ordinateurs portables, 15 Imprimantes en raison, 15 onduleurs)	2016 : 15 2017 :0 2018 :0 2019 :15 2020 :0
		Elaboration des normes et standards dans le domaine de la logistique	Elaborer et vulgariser les Manuels Opératoires Standardisées sous forme des directives pour la gestion logistique	2016

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
	D'ici 2020, renforcer la capacité de stockage de vaccins et consommables du niveau opérationnel à 90%	Achat et mise en place de matériel de chaîne de froid et consommables	Acquérir 800 réfrigérateurs solaires pour les CSI et les cases de santé	2016 : 200 2017 : 200 2018 : 200 2019 : 200 2020 : 0
			Acquérir 150 réfrigérateurs MK 304 pour les districts	2016 : 40 2017 : 40 2018 : 40 2019 : 30 2020 : 0
			Acquérir 150 réfrigérateurs MK 404 pour les districts	2016 : 40 2017 : 40 2018 : 40 2019 : 30 2020 : 0
			Acquérir 1200 porte-vaccins blowking 2,6,	2016 : 300 2017 : 300 2018 : 300 2019 : 300 2020 : 0
			Acquérir 400 glacières RC W 25 pour les districts et les CSI	2016 : 100 2017 : 100 2018 : 100 2019 : 100 2020 : 0
			Acquérir 500 RCW 12 pour les cases de santé	2016 : 100 2017 : 100 2018 : 100 2019 : 100 2020 : 100
			Réaliser un inventaire mensuel des matériels et vaccins à tous les niveaux	2016 : 100% 2017 : 100% 2018 : 100% 2019 : 100% 2020 : 100%
			Doter les chambres froides d'un système d'enregistrement automatique de température type Multi log	2016
		Promotion de la recherche action	Réaliser une étude systématique de contrôle de la température dans toutes les chambres froides.	2017
		Renforcement de la gestion en matériels et de la maintenance de la	Acquérir 2500 fridge Tag de nouvelle génération pour les équipements de la Cd F	2016 : 500 2017 : 500 2018 : 500 2019 : 500

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
		chaîne de froid		2020 :500
			Evaluer les relevés de température et les alarmes de manière formelle au moins une fois par mois afin d'identifier les écarts de température et leurs causes.	2016- 2020
			Analyser mensuellement les relevés de températures afin d'identifier les changements systématiques opérés dans la performance des équipements de la chaîne de froid	2016- 2020
			Doter les régions des fiches de relevé des températures incluant les alarmes	2016- 2020
			Finaliser d'urgence l'installation des chambres froides des régions (deuxième de Zinder et celle de Niamey)	2016
			Formaliser par écrit le plan d'urgence pour la sécurisation des vaccins en cas d'urgence	2016- 2020
			Assurer la maintenance régulière des groupes électrogène des chambres froides du niveau national et des régions	2016- 2020
			Acquérir et installer des régulateurs de tension pour les 8 dépôts régionaux	2016 : 8 2017 : 0 2018 : 0 2019 : 8 2020 : 0
			Aménager des espaces d'emballage des vaccins et pour le conditionnement des accumulateurs de froid	2016- 2020
			Mettre en place des extincteurs d'incendie dans les dépôts et les tester régulièrement afin de garantir la sécurité	2016 : 20

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			Doter les agents de 8 régions et de la DI travaillant dans les entrepôts frigorifiques en combinaison pour faire face à la basse température	2016 : 26 2018 : 30
			Elaborer et mettre en œuvre un programme de maintenance préventive sur plusieurs années pour le bâtiment et les équipements de la chaîne du froid.	2017
			Elaborer un manuel de maintenance (SOP) des équipements de chaîne du froid à l'attention des utilisateurs	2016
			Doter la DI d'un logiciel de suivi évaluation TOMPRO (acquisition et implantation)	2016
			Doter les services OPM de tous les districts sanitaires en pièces de rechange pour le matériel et l'équipement de chaîne de froid (5 frigo par districts)	2016
			Etablir un protocole ou un contrat de maintenance avec les sociétés locales privées pour la maintenance des équipements de la CDF	2017
		Renforcement du monitoring des données de gestion de la vaccination	Effectuer l'analyse régulière des rapports de gestion de stock généré par le SMT	2016- 2020
		Renforcement de la logistique d'approvisionnement en outils de collecte des données	Utiliser parallèlement au SMT, les outils manuels de gestion des stocks (fiches et registre de stocks individuels) pour l'enregistrement des vaccins, diluants et consommables	2016- 2020
			Rendre effective l'utilisation de l'outil de gestion informatisés des	2016- 2020

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			stocks (SMT) et de l'outil sur le monitoring des activités de vaccination (DVD-MT);	
			Analyser régulièrement les indicateurs de gestion des stocks (stocks critiques, pertes de vaccins, températures de stockage).	2016- 2020
			Assurer la gestion des diluants, seringues et les boîtes de sécurité dans le registre de gestion de stock	2016- 2020
			Respecter les niveaux de stock critiques, afin d'éviter les ruptures et les sur-stockages	2016- 2020
	D'ici 2020 atteindre un niveau de 50% de districts ayant obtenu un score supérieur à 80 % sur l'ensemble des indicateurs lors de la prochaine GEV.	Renforcement de la chaîne de conservation des vaccins dans la chaîne de froid	Assurer le rangement des vaccins dans le réfrigérateur conformément aux directives en vigueur	2016- 2020
			Elaborer et mettre en application un programme opérationnel de distribution des vaccins et des consommables selon le rythme défini	2016- 2020
			Elaborer des directives sur le conditionnement des accumulateurs pour le transport des vaccins à tous les niveaux	2016
			Utiliser systématiquement des accumulateurs conditionnés et à eau froide pour le rangement et le transport des vaccins	2016- 2020
			Utiliser systématiquement les indicateurs de congélation pour le transport des vaccins sensibles à la congélation	2016- 2020
			Elaborer un plan d'urgence pour le transport des vaccins	2016- 2020
	D'ici 2020 atteindre	Faire un	Elaborer un plan de	2018

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
	un niveau de 100% de districts disposant d'un plan de remplacement des équipements de la chaîne de froid	inventaire exhaustif du matériel de CDF et roulant par district	remplacement des équipements de la chaîne de froid par district	
Élimination des déchets	D'ici 2020, élaborer un plan de gestion de déchets 2016-2020	Amélioration de la gestion des déchets dans les centres de santé	Elaborer un plan stratégique de gestion de déchets issus de la vaccination 2016-2020	2016
			Intégrer les plans des incinérateurs dans les plans types des formations sanitaires	2016
			Construire 250 incinérateurs dans tous les CSI	2017 :60 2018 :60 2019 :60 2020 :70
5. SERVICES DE VACCINATION				
Couverture vaccinale	D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale à 90% par antigène au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts	Renforcement de la demande et de l'Offre des services de vaccination dans toutes les formations sanitaires	Organiser une sortie mobile intégrée de 7 jours par mois et par district pendant toute l'année au niveau des villages et des zones hors portée	2016- 2020
			Organiser une sortie foraine de 1 jour par semaine et par CSI pendant les 52 semaines de l'année	2016- 2020
			Intégrer les activités de vaccination dans le PMA des cases de santé tenues par des agents de santé qualifiés	2016 : 100 2017 :100 2018 :100 2019 :100 2020 :100
		Mise en œuvre de la stratégie de Contractualisation	Etendre les activités de vaccination aux structures sanitaires privées	2016 : 100 2017 :100 2018 :100 2019 :100 2020 :100
		Mise en œuvre des AVS	Organiser au moins 4 fois/an les Activités de Vaccination Supplémentaires contre la poliomyélite, la supplémentation à la vitamine A et le déparasitage	2016 -2017
			Organiser la pré	2016

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes	
			certification de l'élimination du TMN	2016 - 2017	
			Organiser des activités de riposte vaccinale autour des cas TMN		
			Organiser une campagne de vaccination contre la rougeole		2019
			Poursuivre l'intégration de la vitamine A et du dans le PEV de routine et dans les AVS		2016- 2020
		Renforcement du Monitoring et la fiabilité des données démographiques	Réactualiser en début de chaque année les données démographiques par Région/District et par CSI	2016- 2020	
			Actualiser la cartographie des aires de santé	2016- 2020	
			Mettre en œuvre le Monitoring plus dans les CSI	2016- 2020	
		Rendre disponible les supports PEV réactualisés de façon régulière et à tous les niveaux	2016- 2020		
Demande de vaccination	D'ici 2020, accroître l'utilisation des services de soins y compris la vaccination de qualité dans tous les districts sanitaires en réduisant le taux d'abandon de 7% à 5%	Réduction du nombre élevé d'enfants non ou incomplètement vaccinés	Mettre à contribution les relais communautaires dans la recherche des perdus de vue à travers la visite à domicile (VAD)	2016- 2020	
			Mettre à contribution les écoles de maris dans les districts à faible couverture vaccinale	2016- 2020	
			Vulgariser le parrainage des enfants par les élèves dans les districts à faible couverture vaccinale	2017-2018	
			Organiser chaque année la semaine nationale de vaccination (rattrapage)	2016- 2020	
Équité de la vaccination	D'ici 2020, réduire l'écart en PENTA3 de 42% à 32% entre les quintiles socio-économiques supérieur et inférieur	Mise en œuvre la stratégie « Atteindre chaque communauté » dans chaque	Coupler la vaccination des enfants aux activités de Blanket Feeding et les Cash transferts	2016- 2020	

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
	D'ici 2020, accroître à 100% le pourcentage de districts bénéficiant d'une couverture d'au moins 80%	district	Organiser une sortie mobile intégrée de 10 jours par mois et par District dans les 15 districts les plus peuplés ou difficiles d'accès pendant toute l'année au niveau les villages des zones hors portée	2016 -2020
	D'ici 2020, identifier au moins 50% des communautés à haut risqué bénéficiant d'un programme de vaccination systématique accéléré		Elaborer une cartographie des communautés à haut risque en collaboration avec les services d'élevage, de l'hydraulique, les élus et les leaders communautaires	2016 et 2019
			Planifier et Faire des interventions intégrées pendant les fêtes des éleveurs (régionales et nationales)	2016- 2020
Introduction de nouveaux vaccins	D'ici 2020, introduire dans le programme de vaccination les vaccins contre la méningite, la rubéole et la Rougeole (RR), le cancer du col utérin (PVH) et le vaccin contre l'hépatite B (Hep B)	Innovations continues	Organiser une campagne pré introduction Men A	2016
			Introduire le vaccin contre la méningite A	2017
			Introduire le vaccin contre le cancer du col utérin (PVH)	2017
			Introduire le vaccin contre la rubéole et la rougeole (RR)	2018
			Introduire le vaccin contre l'Hépatite B	2019
			Mettre en œuvre les activités (vaccination, PIE, Enquête de couverture et étude de couts) de la deuxième phase la campagne de vaccination contre le HPV au niveau des DS de Niamey 3 &4 et Madarounfa	2016-2017
			Elaborer avec la DI et les autres partenaires le plan de retrait de VPO type 2 y compris sa validation	2016
			Conduire une étude évaluative sur les déterminants des activités	2016

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			de vaccination dans 10 districts les moins performants en 2015 (disponibilité, accessibilité, utilisation des services, couverture adéquate et couverture effective)	
6. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION				
Surveillance de routine	D'ici 2020, maintenir à 100% la complétude au niveau national des rapports des districts	Renforcement de la lutte contre les maladies à potentiel épidémiques	Doter les structures sanitaires en supports de collecte des données	2016- 2020
			Doter les structures sanitaires en flotte (GSM)	2016- 2020
	D'ici 2020, maintenir à au moins 2 le Taux de PFA non polio chez les moins de 15 ans sur une population de 100 000	Intensification de la surveillance	Doter les structures sanitaires en supports de définitions des cas	2016- 2020
			Organiser des réunions de mise à niveau des agents de santé des structures hospitalières et privées sur l'objectif d'éradication de la poliomyélite	2016- 2018
			Tenir des réunions de mise à niveau des relais communautaires et des tradipraticiens dans la recherche active des cas de PFA	2016- 2018
	D'ici 2020, rehausser le taux de prélèvement adéquat des selles (dans les 14 jours) de 85% à 90%	Amélioration de la notification et le prélèvement à temps des cas de PFA	Doter les structures sanitaires en pots de prélèvements et fiches d'investigation	2016- 2020
	D'ici 2020, rehausser à 80 % le pourcentage des cas pour lesquels un test de laboratoire a été réalisé	Renforcement des capacités des laboratoires pour l'analyse des échantillons	Mettre à niveau les laboratoires régionaux et des districts	2016- 2020
			Ravitiller les laboratoires en réactifs nécessaires à l'analyse des échantillons	2016- 2020
D'ici 2020, Atteindre un taux d'investigation des cas non rougeoleux au moins 2 cas pour 100000 habitants		Investiguer tous les cas de Rougeole	2016-2020	
D'ici 2020, réduire à 10 le nombre de flambées rougeole/rubéole		Organiser les ratissages systématiquement	2016- 2020	

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
	confirmées par laboratoire			
	D'ici 2020, rehausser à 95 % le pourcentage des districts notifiant plus d'un cas suspect de rougeole	Renforcement des compétences des comités de gestion des épidémies	Dynamiser les comités de gestion des épidémies à tous les niveaux	2016
	D'ici 2020, accroître à 65% le taux d'accouchements au sein d'une structure sanitaire	Promotion de l'accouchement assisté par un personnel qualifié	Faire le plaidoyer en faveur de l'accouchement par un personnel qualifié auprès des leaders d'opinion (association et groupement féminin, ONG)	2016- 2020
	D'ici 2020, Maintenir le statut d'élimination du TMN	Mise en œuvre du plan d'élimination du TMN	Investiguer tous les cas de TMN	2016 :100% 2017 :100% 2018 :100% 2019 :100% 2020 :100%
			Organiser la riposte vaccinale de tout cas de TMN investigué et documenter	2016- 2020
	D'ici 2020, 100% les cas de décès dus au tétanos néonatal ont fait l'objet d'une enquête de suivi	Investigation de tout cas de décès dus au tétanos néonatal	Réaliser systématiquement les enquêtes du suivi des cas	2016- 2020
	D'ici 2020, réduire la morbidité et la mortalité dues au rota virus	Renforcement de la lutte contre les maladies évitables par la vaccination	Elaborer un plan de surveillance sentinelle pour le rota virus	2016
	D'ici 2020, réduire la morbidité et la mortalité dues à la méningite à Hib/PCV		Elaborer un plan de surveillance sentinelle pour la méningite (HiB/PCV)	2016
	D'ici 2020, rehausser à 80% le pourcentage des districts notifiant plus d'un cas suspect de fièvre jaune	Renforcement de la surveillance, la détection et notification des cas de fièvre jaune	Rechercher activement et investiguer tous les cas suspects de fièvre jaune	2016- 2020
			Organiser la riposte vaccinale de tout cas de FJ investigué et documenter	2016- 2020
Contrôle de la couverture	Réduire (5%) l'écart en pourcentage entre les chiffres de couverture par PENTA 3 selon l'étude réalisée et les chiffres officiels	Renforcement du Monitoring et enquêtes DQS	Mener des enquêtes rapides pendant les campagnes et par grappe après les campagnes	2016- 2020
			Systématiser le DQS dans les formations sanitaires	2016- 2020
			Organiser un DQA	2018
			Conduire les enquêtes de	2016 et

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			couvertures vaccinales	2019
Sécurité de la vaccination	Maintenir à 100% le pourcentage de districts équipés d'un nombre suffisant (égal ou supérieur) de seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccinations systématiques	Renforcement de la logistique d'approvisionnement	Assurer une disponibilité permanente de seringues autobloquantes et de boîtes de sécurité	2016- 2020
Manifestations indésirables	D'ici 2020, Renforcer la surveillance, la notification et la prise en charge des cas de MAPI à tous les niveaux	Renforcement du système de surveillance et de la notification	Mettre en place un comité de surveillance et gestion des MAPI prenant en compte le PEV et les campagnes de vaccination	2016
	D'ici 2020, 100% des cas de MAPI graves sont signalés et ont fait l'objet d'une enquête par les structures désignées à cet effet		Elaborer un guide de surveillance et de prise en charge des cas de MAPI	2016
7. COMMUNICATION ET GÉNÉRATION DE LA DEMANDE				
Plaidoyer	D'ici fin 2020, 80% des autorités politiques, administratives coutumières et religieuses identifiées soutiendront les activités du PEV	Plaidoyer pour l'adhésion au PEV des autorités politique, administratives coutumières et religieuses	Elaborer des documents de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières pour le soutien des activités du PEV au niveau des responsables politiques et décideurs.	2016- 2020
			Organiser 2 réunions de plaidoyer par an en collaboration avec les autorités et leaders pour la mobilisation des ressources financières pour le soutien des activités du PEV	2016- 2020
			Tenir une réunion par an avec les leaders nomades pour le soutien des activités du PEV.	2016-2020
			Organiser une réunion de plaidoyer par an à l'endroit des ONG associations les	2016- 2020

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
			représentants des leaders religieux et les élus locaux pour le soutien des activités de communication	
	D'ici fin 2020, 40% des opérateurs du secteur privé et sociétés d'Etat identifiés auront apporté leur appui financier et matériel aux activités du PEV	Plaidoyer pour l'adhésion au PEV opérateurs du secteur privé	Créer un cadre de partenariat avec les opérateurs du secteur privé et sociétés d'Etat pour la mobilisation des ressources en faveur de la vaccination ;	2016 : 1 2017 :1 2018 :1 2019 :1 2020 :1
Mobilisation sociale	D'ici fin 2020, 70% des organisations à base communautaire et ONG ciblées participeront à la mise en œuvre des activités de sensibilisation et de vaccination	Plaidoyer à l'endroit des organisations à base communautaire et ONG pour leur adhésion aux activités de mobilisation sociale PEV	Organiser quatre émissions publiques par an dans chacune des 134 radios communautaires pour les populations des villages	2016- 2020
		Renforcement de de matériels et autres supports de communication	Reproduire tous les 2 ans les supports de communication : 5000 dépliants, 5000 affiches, 5000 pochettes pour kit plaidoyer, 5000 casquettes, 5000 t-shirts, 2000 pagi voltent, 5000 tabliers	2016- 2020
	D'ici fin 2020, 60% des médias publics, privés et communautaires auront diffusé des messages sur le PEV sur la base du contrat signé avec la Direction des Immunisations	Mise en œuvre de la stratégie de Contractualisation	Signer un contrat de partenariat à durée déterminée basée sur la performance avec les médias publics, privés et communautaires;	2016-2020
	D'ici fin 2020, 70% des écoles ciblées auront parrainé à travers les enseignants et les élèves les enfants cibles du PEV	Renforcement du partenariat avec les écoles par la vaccination des cibles du PEV	Actualiser les documents (guide enseignants et élèves, fiches de suivi)	2016- 2020
Communication pour le Changement de Comportement	D'ici fin 2020, 80% des mères auront des connaissances suffisantes sur la	Développement de la communication et de la participation	Organiser une visite à visée éducative par trimestre dans les DS à faible performance sur la	2016- 2020

Composantes du système	Objectifs	Stratégies	Activités	Étapes
	vaccination	communautaire	vaccination en raison de deux relais par CSI	
			Organiser 1 séance trimestrielle de dialogue communautaire au niveau des CSI à faible performance pour aider à résoudre les problèmes liés à la vaccination	2016- 2020
		Mise en œuvre de la stratégie de Contractualisation	Diffuser les émissions produites par semaine à travers un des formats (prêches, spot, interview, appel, émission publiques, théâtres, sketch, débats, chants, sur la vaccination au niveau des radios communautaires	2016- 2020
	D'ici 2020, Promouvoir la recherche sur la communication et sur la vaccination	Promotion de la recherche action	Organiser une étude anthropologique sur la perception et l'acceptabilité du vaccin HPV avant son introduction dans le PEV	2017
		Mise en œuvre de la stratégie de Contractualisation	Doter les 15 OSC du secteur de la sante en matériels de communication pour le suivi à base communautaire sur le CCC à la vaccination	2016-2020
		Renforcement de matériels et autres supports de communication	Concevoir et reproduire des supports visuel et graphique de communication	2016
			Multiplier et diffuser le matériel et graphique de communication	2016
		renforcement des capacités	Elaborer, Produire et diffuser des guides de formation de la vaccination à l'intention des relais mobilisateurs	2016

VI. ALIGNEMENT DU PPAC AVEC LE GVAP, LES CIBLES REGIONALES ET LA STRATEGIE DU SECTEUR DE LA SANTE

Tableau 34: Alignement du PPAC avec le GVAP

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
Axe stratégique 1 : Tous les pays s'engagent à donner la priorité à l'activité de vaccination					
Prendre un engagement en faveur des systèmes de vaccination et le maintenir	<input checked="" type="checkbox"/> Garantir la présence d'une législation ou d'un cadre juridique dans tous les pays, tout en prévoyant une ligne budgétaire pour la vaccination, et pour le suivi et la notification.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Élaborer des plans nationaux de vaccination exhaustifs, qui s'inscrivent dans l'ensemble des plans nationaux de la santé, par le biais d'un processus ascendant et en incluant les parties prenantes.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Fixer des cibles propres aux pays ambitieux mais non moins réalisables dans le cadre des buts de réduction de la morbidité et de la mortalité.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Examiner attentivement, défendre et étudier de plus près les budgets, les décaissements et les activités du programme de vaccination.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Encourager les organisations de la société civile et les associations professionnelles à participer aux discussions ayant pour thèmes la vaccination et la santé.	x			
Informers et convaincre les leaders d'opinion de la valeur de	<input checked="" type="checkbox"/> Examiner des modèles pour promouvoir la collaboration entre les parties prenantes qui produisent des éléments probants sur la vaccination et celles qui l'utilisent, pour fixer des priorités et formuler des politiques.	x			

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAc			
vaccination	<input checked="" type="checkbox"/> Élaborer et diffuser la base de données factuelles sur la valeur des vaccins et de la vaccination pour la santé publique et sur la valeur ajoutée qu'apporte la garantie d'un accès et d'une utilisation équitables de la vaccination.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Élaborer et diffuser la base de données factuelles aux individus, ménages, communautés et pays pour leur permettre de profiter des vastes avantages économiques qu'offre la vaccination.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Intégrer la vaccination dans les ordres du jour des réunions d'organes directeurs, ce à tous les niveaux, et aussi dans les forums sociaux, sanitaires et économiques.	x			
Renforcer la capacité nationale pour formuler des politiques documentées	<input checked="" type="checkbox"/> Instaurer ou renforcer des organes indépendants qui formulent des politiques de vaccination nationales (par exemple, les GTCV c.-à-d. des groupes techniques consultatifs régionaux).	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Mettre au point des approches plus efficaces pour encourager les ANR (Autorités nationales de réglementation), CCSS (Comité de coordination du secteur de la santé), CDSS (Comité de direction du secteur de la santé) et les CCI (Comité de coordination inter-agences) d'appuyer les programmes de vaccination dans le cadre de programmes de lutte contre les maladies et de soins de santé préventifs.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Organiser la tenue de forums régionaux et des échanges d'informations, de meilleures pratiques et d'outils entre pairs.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Mettre au point des mécanismes élargis et plus transparents en vue de rassembler, de partager et d'utiliser les informations recueillies pour mieux gérer les engagements pris.	x			
Axe stratégique 2 : Les individus et les communautés comprennent la valeur des vaccins et demandent à bénéficier du programme de vaccination car tels sont leur droit et responsabilité		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
Convaincre les individus et les communautés des	<input checked="" type="checkbox"/> Engager un dialogue qui à la fois transmet l'information et qui répond aux préoccupations et inquiétudes évoquées.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Utiliser les outils des médias sociaux et tirer des enseignements des activités de marketing tant sur	x			

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
bienfaits de la vaccination et être à l'écoute de leurs préoccupations	le plan commercial que sur le plan social.				
	☑ Avoir recours aux nouvelles technologies (mobiles et internet).	x			
	☑ Intégrer la vaccination dans les programmes scolaires de base.	x			
Offrir des outils d'incitation pour stimuler la demande	☑ Offrir des outils d'incitation susceptibles d'inciter les ménages et le personnel de santé à adopter les programmes de vaccination, tout en respectant l'autonomie des bénéficiaires (moyennant par exemple des transferts en espèces ou en nature, fusion des services, reconnaissance médiatique).		x		
	☑ Mener des recherches sociales pour améliorer les prestations des services vaccinaux et la faculté de répondre aux besoins des diverses communautés.	x			
Renforcer la capacité de plaidoyer	☑ Recruter de nouvelles voix, entre autres celles d'éducateurs, de leaders religieux, de personnalités des médias sociaux et traditionnels, des médecins de famille, des soignants communautaires et des champions dûment formés de la vaccination (parmi d'autres).	x			
	☑ Former le personnel de santé à des techniques de communication efficace, pour avant tout convaincre les sujets qui hésitent de se faire vacciner et pour intervenir dans les cas de signalements de MAPI graves (Manifestation post-vaccinale indésirable) et ainsi maintenir un certain degré de confiance et dissiper les craintes.	x			
	☑ S'adresser aux organisations de la société civile (OSC) du pays, les inciter et les appuyer à plaider, auprès des communautés locales et des responsables politiques et au sein des médias locaux et mondiaux, en faveur des bienfaits des vaccins.	x			
	☑ Mettre en place des plans de plaidoyer, aux niveaux national et régional, qui impliquent la participation des OSC du pays.	x			
	☑ Associer les activités de plaidoyer mondiale, nationales et communautaires aux réseaux professionnels et universitaires.		x		

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAC			
Axe stratégique 3 : Les avantages de la vaccination sont équitablement distribués entre tous les individus.		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
Élaborer et appliquer des nouvelles stratégies vers une plus grande équité	☑ Changer « Atteindre chaque district » par « Atteindre chaque communauté » pour remédier aux inégalités au sein des districts.	x			
	☑ S'adresser aux groupes mal desservis et marginalisés pour formuler des stratégies ciblées et adaptées à la localité, en vue de réduire les inégalités.	x			
	☑ Introduire des nouveaux vaccins, en rapport avec les besoins des individus, dans les programmes de vaccination (voir l'axe stratégique 5).	x			
	☑ Adopter une approche fondée sur la vie entière au moment de planifier et d'administrer les vaccins, ainsi que les nouvelles stratégies pour garantir le maintien de l'équité à tous les stades de la vie.		x		
	☑ Prévenir et faire face aux maladies à prévention vaccinale en cas d'épidémie, de crises humanitaires et dans les zones de conflit.	x			
Renforcer la base des connaissances et les capacités pour une prestation équitable	☑ Identifier le statut vaccinal de chaque individu, en se référant aux registres d'immunisation, aux bases de données électroniques et aux systèmes de numéros d'identifications nationaux.		x		
	☑ Tirer parti des structures communautaires pour améliorer les communications et garantir les prestations de services (accoucheuses traditionnelles, registres des naissances).	x			
	☑ Impliquer les OSC dans les activités de sensibilisation des communautés et de planification.	x			
	☑ Mettre au point de nouvelles approches pour s'assurer l'engagement des communautés dans les zones urbaines et périurbaines.	x			
	☑ Former le personnel de santé et les OSC aux procédures à suivre pour encourager la participation des communautés, identifier les personnes influentes pouvant contribuer à la planification, l'organisation et le contrôle des	x			

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAc			
		Oui	Non	Sans objet	Nouve lle activit é néces saire
	programmes de santé et de vaccination, évaluer les besoins des communautés et œuvrer avec elles pour y répondre.				
	<input checked="" type="checkbox"/> Entreprendre des recherches en sciences sociales et opérationnelles pour identifier les stratégies ayant fait leur preuve et ainsi améliorer la qualité et les prestations de services de vaccination..		x		
Axe stratégique 4 : Des systèmes de vaccination solides font partie intégrante d'un système de santé qui fonctionne correctement.		Oui	Non	Sans objet	Nouve lle activit é néces saire
Formuler et appliquer des nouvelles stratégies pour remédier aux inégalités	<input checked="" type="checkbox"/> S'assurer que les programmes mondiaux de vaccination, ayant pour buts l'éradication et l'élimination, sont bien incorporés dans les programmes de vaccination nationaux.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> S'assurer que la distribution des nouveaux vaccins s'accompagne de plans détaillés de lutte contre les maladies.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> S'assurer de la coordination entre les secteurs public et privé lors de l'introduction de nouveaux vaccins, de la notification des maladies à prévention vaccinale, et de la qualité de la vaccination dans les secteurs public et privé.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Envisager d'inclure les vaccins dans les programmes de santé, tout au long de la vie.	x			
Renforcer les systèmes de suivi et de surveillance	<input checked="" type="checkbox"/> Améliorer la qualité de toutes les données de vaccination administratives, en promouvoir l'analyse et les utiliser à tous les niveaux administratifs pour optimiser la performance des programmes.	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Mettre au point et promouvoir le recours aux nouvelles technologies aux fins de collecte, de communication et d'analyse des données sur la vaccination. .	x			
	<input checked="" type="checkbox"/> Renforcer, améliorer la qualité et vulgariser les systèmes de surveillance des maladies pour générer des informations basées sur des cas confirmés en laboratoire, pour prendre des décisions, surveiller l'impact de la vaccination sur la morbidité et la mortalité et les changements perçus dans l'épidémiologie des maladies.	x			

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAc			
	☑ S'assurer de la capacité de mise en œuvre des activités axées sur la sécurité des vaccins, notamment la capacité de collecter et d'interpréter les données relatives à la sécurité, en prévoyant une capacité plus étendue dans les pays qui introduisent les vaccins récemment mis au point.	x			
Renforcer les capacités des administrateurs et du personnel de première ligne	☑ S'assurer que les programmes de vaccination et tout autre programme de soins de santé primaire disposent des ressources humaines adéquates pour organiser et fournir des services prévisibles de qualité.	x			
	☑ Augmenter les niveaux de formation avant, en cours et après l'emploi des ressources humaines, et élaborer des nouveaux programmes pertinents pour lesquels la vaccination est une composante de la lutte exhaustive contre les maladies.	x			
	☑ Promouvoir la formation coordonnée et la supervision du personnel de santé œuvrant au sein des communautés.	x			
Renforcer l'infrastructure et la logistique	☑ Innover dans le but d'améliorer la capacité de la chaîne du froid et la logistique, ainsi que la gestion des déchets.	x			
	☑ Minimiser - aussi bien à l'échelle des pays qu'à l'échelle mondiale - l'impact que peuvent avoir la consommation d'énergie, et les différentes matières et procédés qu'utilisent les systèmes d'approvisionnement de la vaccination, sur l'environnement.	x			
	☑ Pourvoir en nombre suffisant les systèmes d'approvisionnement en personnel compétent, motivé et responsabilisé.		x		
	☑ Instaurer des systèmes d'information permettant au personnel de suivre les mouvements de l'approvisionnement disponible.	x			
Axe stratégique 5: Les programmes de vaccination bénéficient d'un accès durable à des apports de fonds prévisibles, à un approvisionnement de qualité et à des technologies novatrices.		Oui	Non	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
Accroître le montant total des	☑ Obtenir l'engagement des pouvoirs publics d'investir dans la vaccination, en fonction de leur capacité de paiement et les avantages escomptés.	x			

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAc			
fonds	☑ Trouver des éventuels nouveaux partenaires de développement et nationaux, et diversifier les sources de financement.	x			
	☑ Préparer la nouvelle génération de mécanismes de financement novateurs.	x			
Améliorer « l'abordabilité » (viabilité financière) des pays à moyen revenu	☑ Examiner les différentes approches de tarification et définir des critères clairs et explicites, qui dictent l'échelle des niveaux de prix et des prix actuellement en vigueur et des futurs prix dont disposeront les pays à revenu moyen inférieur et à revenu moyen.			x	
	☑ Examiner les mécanismes communs de négociation ou d'approvisionnement concernant les pays à revenu moyen inférieur et à revenu moyen.			x	
Améliorer l'affectation des fonds dans les pays à faible et moyen revenus	☑ Renforcer la gestion budgétaire et financière dans le pays pour une meilleure intégration, d'une part de la planification financière et des soins de santé et, d'autre part, du processus de définition des priorités.	x			
	☑ Coordonner le soutien financier des partenaires de développement et de la part d'autres sources extérieures.	x			
	☑ Évaluer et améliorer les mécanismes de soutien financier en fonction de leur effectivité à atteindre les buts de la lutte contre les maladies.	x			
	☑ Baser l'apport de fonds sur la transparence et l'objectivité, pour garantir la viabilité des programmes.	x			
	☑ Encourager le recours à l'étude des coûts et du rapport coûts-bénéfices dans le cadre des levées de fonds, des prises de décision et de la protection du financement des programmes de vaccination.		x		
	☑ Étudier les systèmes de financement sur la base « payer selon la performance ».		x		
Garantir un approvisionnement de qualité	☑ Créer et appuyer des réseaux de régulateurs et de fournisseurs pour partager les meilleures pratiques et pour améliorer les capacités d'assurance qualité et du contrôle de la qualité.	x			
	☑ Mettre au point des outils susceptibles de renforcer la normalisation mondiale des processus de fabrication et les processus de réglementation.		x		
	☑ Renforcer les dispositifs réglementaires et mettre en place des réglementations harmonisées		x		

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAc			
	à l'échelle mondiale.				
	☑ Créer un forum à partir duquel les pays pourront dialoguer sur les demandes de vaccins et les différentes technologies disponibles, tout en étant capables de prodiguer des conseils aux fabricants sur les profils de produits recherchés.		x		
Axe stratégique 6 : Les innovations de l'activité R&D (recherche et développement) nationale, régionale et mondiale optimisent les avantages de la vaccination		Oui	No	Sans objet	Nouvelle activité nécessaire
Élargir les capacités et collaborer davantage avec l'utilisateur final	☑ Collaborer avec l'utilisateur final pour déterminer les niveaux de priorités des vaccins et les innovations en fonction de la demande et de la valeur ajoutée.			x	
	☑ Mettre en place des plateformes d'échange d'informations sur la recherche vaccinale et l'établissement d'un consensus.			x	
	☑ Renforcer la capacité et les ressources humaines dans les pays à faible et moyen revenus, pour aider les structures de recherche et de développement et encourager la réalisation de recherches supplémentaires.			x	
	☑ Impulser l'essor du réseautage entre les centres de recherche pour établir des partenariats efficaces au sein des institutions des pays à revenu élevé, moyen et faible.			x	
	☑ Promouvoir la collaboration entre les disciplines de recherche traditionnelles et les scientifiques spécialistes de disciplines n'ayant jamais été impliqués dans la recherche sur les vaccins.			x	
Favoriser la mise au point de nouveaux vaccins	☑ Étudier les principes de base des réponses immunitaires acquises et naturelles, en particulier chez l'être humain.			x	
	☑ Étudier les caractéristiques immunologiques et moléculaires des microbes.			x	
	☑ Affiner la compréhension de la portée et des causes de la variation des pathogènes et de la population humaine aux vaccins.			x	
Accélérer le développement, la	☑ Promouvoir un plus grand accès à la technologie, le savoir-faire et la propriété intellectuelle concernant les adjuvants et leur			x	

Stratégies GVAP	Activités essentielles	Activités incluses dans le PPAc			
délivrance des licences et l'administrati on des vaccins	formulation dans les vaccins.				
	☑ Développer des mécanismes d'administration de vaccins sans seringue et des conditionnements de seringue tenant compte des besoins et contraintes des programmes de chaque pays.			x	
	☑ Mettre au point des vaccins thermostables contre le rotavirus et la rougeole.			x	
	☑ Mettre au point des nouvelles technologies de biotransformation et de fabrication.			x	
	☑ Mettre en place un programme de recherche scientifique réglementaire, de portée mondiale.			x	
	☑ Adopter les meilleures pratiques en matière de gestion des portefeuilles et des partenariats pour soutenir la recherche et le développement.			x	
Améliorer les efficacités des programmes et élargir la couverture vaccinale et son impact	☑ Chercher à savoir comment utiliser plus efficacement des informations disponibles, grâce aux technologies de communication modernes.	x			
	☑ Entreprendre des études et des investigations représentatives épidémiologiques, immunologiques, sociales et opérationnelles sur l'impact des vaccins, dans un but d'orienter les analyses économiques de la santé.			x	
	☑ Entreprendre des recherches opérationnelles sur l'amélioration des méthodes d'administration pour une vaccination à vie, et sur la vaccination dans des cas d'urgences humanitaires, des États fragiles et des pays en proie à des conflits et sortant d'un conflit.			x	
	☑ Entreprendre des recherches sur les effets de l'interférence et sur les meilleurs délais d'administration.			x	
	☑ Entreprendre des recherches sur l'amélioration des outils de diagnostic, pour faciliter la surveillance dans les pays à faible revenu.			x	

VII. CALENDRIER D'ACTIVITES

Tableau 35: Calendrier d'activités par composante

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier					
				2016	2017	2018	2019	2020	
1. GESTION DU PROGRAMME									
Législation et réglementations	D'ici fin 2020, renforcer le mécanisme de gestion pour une mise en œuvre efficace et efficiente du Programme	Renforcement du cadre législatif et réglementaire en matière de vaccination	Créer les organes législatifs et réglementaires : ANR (Décret) ;	x					
			Mettre en place le Groupe Spécial de Confinement de la Polio	x					
		Réorganisation de composante communication à tous les niveaux y compris le sous-comité de mobilisation sociale	Organiser un atelier de réorganisation de la composante communication PEV	x					
Politique	D'ici fin 2020, élaborer une politique nationale de vaccination	Renforcement du cadre législatif et réglementaire en matière de vaccination	Elaborer la politique nationale de vaccination	x					
		Vulgarisation des axes stratégiques de l'approche ACC (Atteindre Chaque Communauté)	Diffuser à tous les niveaux du système de santé les axes stratégiques de l'approche ACC/ACE	x					
Planification	D'ici 2020, poursuivre le processus d'élaboration du plan annuel de travail pour la vaccination	Mise en œuvre la stratégie « Atteindre chaque communauté » dans chaque district	Elaborer un plan annuel de travail de la vaccination à tous les niveaux	x	x	x	x	x	
	D'ici 2020, accroître à 100% le pourcentage des districts disposant d'un microplan annuel de vaccination		Elaborer, exécuter, suivre et évaluer les microplans des CSI	x	x	x	x	x	

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			Réactualiser les microplans JNV des CSI et des districts sanitaires	x	x	x	x	x
			Faire un micro plan spécifique aux zones nomades lors de planification (carburant, durée, logistique, performance des équipes)	x	x	x	x	x
Coordination	D'ici 2020, Renforcer la coordination intra et inter institutionnelle à tous les niveaux	Renforcement de la gouvernance et du leadership du programme	Organiser une fois par trimestre la réunion du CCIA	x	x	x	x	x
			Organiser une fois par semestre la réunion du GTCV	x	x	x	x	x
			Organiser des réunions périodiques régulières de coordination, regroupant toutes les Divisions de la DI et aussi des réunions restreintes entre Divisions pour faciliter la concertation, l'échange d'informations et l'intégration des activités	x	x	x	x	x
			Organiser des réunions mensuelles de monitoring des données de la vaccination et de la surveillance pour identifier les problèmes et proposer conjointement des	x	x	x	x	x

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			solutions à tous les niveaux (DI-DSRE, DRSP/DS)					
			Organiser des réunions semestrielles décentralisées des points focaux de la vaccination et de la surveillance	x	x	x	x	x
			Mettre en place à la DI un centre d'archivage et de documentation dont le contenu (documents électroniques et documents papier) proviendrait des différentes Divisions	x				
			Diffuser les résultats de la revue du PEV et de la GEV à tous les niveaux du système de santé.	x				
			Editer un bulletin annuel d'information sur le PEV et la Surveillance	x	x	x	x	x
			Doter la DI d'équipement performant à haut Débit d'internet et les accessoires d'installation en communication	x				
Plaidoyer	Renforcer le plaidoyer en faveur de la vaccination à l'endroit des parlementaires, des autorités administratives et coutumières	Renforcement du plaidoyer à l'endroit des parlementaires, des autorités administratives et coutumières	Inciter les parlementaires à voter une loi contraignant les parents à respecter les droits des enfants à la vaccination		x			
2. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES								

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier						
				2016	2017	2018	2019	2020		
Normes et standards	D'ici 2020, renforcer la gestion des ressources humaines en faveur de la vaccination	Développement de la gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences	Elaborer la description de poste du personnel du PEV à tous les niveaux	x	x	x	x	x		
			D'ici 2020, rehausser la proportion des CSI disposant de personnel selon les normes et standards du MSP de 23,80% à 80%	Développement des pratiques de recrutement et de redéploiement, la gestion et la planification des carrières	Poursuivre le recrutement des nouveaux agents et leur affectation dans les CSI (Etat, ONG, Collectivités)	x	x	x	x	x
					Poursuivre le recrutement des agents de santé qualifiés pour les cases de santé	x	x	x	x	x
					Renforcement de la motivation des agents	x	x	x	x	x
Renforcement des capacités	D'ici 2020, rehausser la proportion du personnel formé sur les thématiques du PEV	Formation/Recyclage des agents sur la gestion du PEV	Créer une base de données pour suivre la situation des agents formés sur les thématiques du PEV	x						
			Former les membres des ECD et les staffs des DRSP en gestion PEV	x	x	x	x	x		
			Former les membres des ECD et les staffs des DRSP sur l'approche ACD/ACE	x	x	x	x	x		
			Former les membres des ECD et les staffs des DRSP sur le DQS	x	x	x	x	x		
			Former le personnel des CSI en gestion PEV	x	x	x	x	x		

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			Former le personnel des CSI sur l'approche ACD/ACE	x	x	x	x	x
			Former le personnel des CSI et des cases de santé en techniques vaccinales	x	x	x	x	x
			Former le staff de la DI, les CRI et les CDI en techniques de supervision formative à Ouallam	x	x	x	x	x
			Former 900 chefs CSI sur la micro planification	x	x	x	x	x
			Former 900 chefs CSI sur le monitoring plus	x	x	x	x	x
			Former 900 chefs CSI sur le monitoring de la CDF et de la température	x	x	x	x	x
			Former 900 chefs CSI sur la maintenance préventive de la CDF	x	x	x	x	x
			Recycler les CRI et les CDI sur la connaissance et l'utilisation des outils de gestion et de monitoring des vaccins et de la CDF		x	x	x	
			Former 2 agents de la DI et 2 agents des régions sur la formation en licence professionnelle en logistique santé à OUIDAH	x	x			

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			Renforcer les capacités de 4 agents des services programmation en suivi évaluation sur le logiciel TOMPRO	x				
			Former les OPM en maintenance de la chaîne de froid ;	x	x	x	x	x
			Former 900 agents de santé sur la surveillance des MAPI	x	x	x	x	x
			Organiser un atelier National de partage sur l'intégration des curricula de formation sur les directives du PEV des écoles de santé publiques et privée	x				
			Former 25 enseignants des écoles de santé publiques et privées , et instituts de santé sur le module des directives du PEV (curricula)	x	x			
			Former les formateurs du niveau central en MLM (vaccinologie)	x	x	x	x	x
			Former 142 agents des régions et districts sur l'introduction du HPV dans le PEV de routine	x	x			

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			Former 1800 agents de santé de CSI sur l'introduction du HPV dans le PEV de routine	x	x			
	D'ici 2020 renforcer la capacité de tous les acteurs de la mobilisation sociale	Formation de tous les acteurs intervenant dans le PEV sur la mobilisation sociale	Former l'équipe centrale de la DI et les membres du sous-comité national de mobilisation sociale en C4D PEV	x				
			Former 250 agents de santé sur l'approche C4D PEV	x	x	x	x	x
			Former 419 agents de santé des CSI en CCC PEV	x	x	x	x	x
			Former 200 chroniqueurs et les animateurs des radios communautaires sur les maladies cibles du PEV	x	x	x	x	x
			Former 2500 relais communautaires sur l'importance de la vaccination et la visite à domicile	x	x	x	x	x
					Réviser les modules existants de formation en communication interpersonnelle pour les différents acteurs.			x
			Elaborer 3 modules de formation sur les nouveaux vaccins pour les agents de santé, les dirigeants	x	x	x		

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			communautaires et les professionnels des medias.					
			Organiser des sessions de formations à l'intention des agents de santé, sur la CIP, le PEV de routine, la surveillance à base communautaire, les AVS et les nouveaux vaccins.	x	x	x	x	x
			Organiser des formations des leaders nomades, sur la CIP, le PEV de routine, la surveillance à base communautaire, les AVS et les nouveaux vaccins.	x	x	x	x	x
			Organiser des formations des chefs traditionnels sur la surveillance à base communautaire, les AVS et les nouveaux vaccins.	x				
			Former 50 membres de groupements féminins par an et par district sur la vaccination	x	x	x	x	x
			Former les formateurs des relais communautaires sur le guide technique pour la surveillance des maladies cible du PEV	x				

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			Former deux enseignants dans chacune des écoles des 10 districts pour la mise en œuvre de la stratégie du parrainage par les élèves		x	x		
Supervision	D'ici 2020, augmenter le taux de supervision à 90% à tous les niveaux	Renforcement de la supervision des activités du PEV à tous les niveaux	Assurer deux supervisions par an du niveau national vers le niveau régional	x	x	x	x	x
			Assurer deux supervisions par an du niveau régional vers le niveau district	x	x	x	x	x
			Assurer 4 supervisions par an du niveau district vers le niveau périphérique	x	x	x	x	x
			Assurer deux fois par an le suivi-évaluation de la stratégie du parrainage ;		x	x	x	x
			Assurer 4 fois par an la supervision nationale des activités de la mobilisation sociale	x	x	x	x	x
					Faire le suivi de l'intégration des curricula de formation sur les directives du PEV des écoles de santé publiques et privées	x		
			Faire le suivi post formation des agents des CSI et Case de santé formées en gestion PEV et	x				

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier					
				2016	2017	2018	2019	2020	
			technique Vaccinale au niveau des districts						
3. CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT									
viabilité financière	D'ici 2020, rehausser le financement de l'Etat et des collectivités territoriales au programme.	Réduction de la dépendance du programme au financement extérieur	Organiser chaque année une journée parlementaire sur la vaccination	x	x	x	x	x	
			Organiser un plaidoyer de haut niveau pour augmenter 15 % des fonds du BND conformément aux accords d'Abuja	x	x	x	x	x	
			Organiser un plaidoyer auprès des Ministère de la Santé et des Finances pour un rehaussement de la ligne budgétaire des vaccins et consommables à la hauteur de 0,5%	x	x	x	x	x	
			pérennisation du financement du programme	Dynamiser le comité de suivi de financement des vaccins et consommables	x				
				Débloquer à temps les ressources allouées à la ligne budgétaire de la vaccination	x	x	x	x	x
				Organiser un plaidoyer pour la mobilisation locale des fonds auprès des sociétés minières, les téléphonies et autres pour passer de 0% en 2014 à	x	x	x	x	x

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			30% en 2020					
			Organiser un plaidoyer pour la mobilisation locale des fonds auprès de toutes les collectivités et sécurisation des 30 % pour la vaccination, de 0,21% en 2013 à 4% en 2020	x	x	x	x	x
			Fournir les documents de procédures de gestion des ressources financières aux structures sanitaires	x				
			Organiser une table ronde pour la mobilisation des ressources internes pour le financement du PPAC	x				
			Organiser un plaidoyer pour le respect des engagements pris par les partenaires pour l'appui financier et technique	x				
			Intégrer le financement des activités de la vaccination dans les Plans de Développement Communaux des Collectivités	x				
4. APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS								
Approvisionnement en vaccins et	D'ici 2020, atteindre et maintenir un niveau de rupture zéro en vaccins,	Approvisionnement continu en vaccins et	Assurer la disponibilité des vaccins du PEV	x	x	x	x	x

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
consommables	matériels d'injection et autres consommables	matériel de vaccination	de façon permanente (vaccins traditionnels, Nouveaux Vaccins et vaccins cofinancés)					
			Assurer l'approvisionnement trimestriel des vaccins et consommables du niveau central vers les régions	x	x	x	x	x
			Assurer 12 approvisionnements mensuels des régions vers les DS en vaccins et consommables	x	x	x	x	x
			Assurer 12 approvisionnements mensuels des DS vers les CSI en vaccins et consommables	x	x	x	x	x
			Elaborer en collaboration avec l'Unicef et le transitaire, un plan d'urgence sur les mesures à prendre en cas de retards, d'annulation de vols ou des arrivages reçus sans avertissement préalables.	x	x	x	x	x
			Mettre en place des dispositions pour la réception, le dédouanement et la vérification des seringues, boîtes de sécurité et autres consommables	x	x	x	x	x

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			Classer ensemble les Rapports de reception des vaccins (RRV) avec les documents accompagnant les expéditions dans des classeurs.	x	x	x	x	x
		Renforcement du parc auto motos pour le transport pour tous les niveaux	Elaborer et mettre en œuvre un plan de renouvellement du parc auto motos	x				
			Doter le dépôt central de 2 fourgonnettes de 40 m ³ chacune et 2 fourgonnettes de 5m ³ pour les dépôts régionaux de Niamey et Diffa	x	x	x		
			Doter la DI d'un camion pour l'approvisionnement en consommables			x		
			Doter 72 districts sanitaires en véhicule pour mener les activités mobiles intégrées	x	x	x	x	
			Assurer la maintenance préventive et curative du matériel roulant et de la C d F	x	x	x	x	x
			Doter 600 CSI en motos pour mener les activités foraines	x	x	x	x	
Chaîne du froid / Logistique	D'ici 2020, renforcer la capacité de stockage de vaccins et consommables du niveau opérationnel à 90%	Renforcement de la gestion informatique des vaccins et consommables	Doter les CDI et CRI d'ordinateurs de bureau, d'imprimante et d'onduleur	x	x			

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			Doter les services de la DI de Matériel informatique (15 ordinateurs de bureau , 15 ordinateurs portables, 15 Imprimantes en raison, 15 onduleurs)	x			x	
		Elaboration des normes et standards dans le domaine de la logistique	Elaborer et vulgariser les Manuels Opératoires Standardisées sous forme des directives pour la gestion logistique	x				
		Achat et mise en place de matériel de chaine de froid et consommables	Acquérir 800 réfrigérateurs solaires pour les CSI et les cases de santé	x	x	x	x	
			Acquérir 150 réfrigérateurs MK 304 pour les districts	x	x	x	x	
			Acquérir 150 MK 404 pour les districts	x	x	x	x	
			Acquérir 1200 porte- vaccins blowing 2,6,	x	x	x	x	
			Acquérir 400 glacières RC W 25 pour les districts et les CSI	x	x	x	x	
			Acquérir 500 RCW 12 pour les cases de santé	x	x	x	x	x
			Réaliser un inventaire mensuel des matériels et vaccins à tous les niveaux	x	x	x	x	x

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Promotion de la recherche action Renforcement de la gestion en matériels et de la maintenance de la chaîne de froid	Doter les chambres froides d'un système d'enregistrement automatique de température type Multi log	x				
			Réaliser une étude systématique de contrôle de la température dans toutes les chambres froides.		x			
			Acquérir 2500 fridge Tag de nouvelle génération pour les équipements de la Cd F	x	x	x	x	x
			Evaluer les relevés de température et les alarmes de manière formelle au moins une fois par mois afin d'identifier les écarts de température et leurs causes.	x	x	x	x	x
			Analyser mensuellement les relevés de températures afin d'identifier les changements systématiques opérés dans la performance des équipements de la chaîne de froid	x	x	x	x	x
			Doter les régions des fiches de relevé des températures incluant les alarmes	x	x	x	x	x

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			Finaliser d'urgence l'installation des chambres froides des régions (deuxième de Zinder et celle de Niamey)	x				
			Formaliser par écrit le plan d'urgence pour la sécurisation des vaccins en cas d'urgence	x	x	x	x	x
			Assurer la maintenance régulière des groupes électrogène des chambres froides du niveau national et des régions	x	x	x	x	x
			Acquérir et installer des régulateurs de tension pour les 8 dépôts régionaux	x			x	
			Aménager des espaces d'emballage des vaccins et pour le conditionnement des accumulateurs de froid	x	x	x	x	x
+			Mettre en place des extincteurs d'incendie dans les dépôts et les tester régulièrement afin de garantir la sécurité	x				
			Doter les agents de 8 régions et de la DI travaillant dans les entrepôts frigorifiques en combinaison pour faire face à la basse température	x		x		

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			Elaborer et mettre en œuvre un programme de maintenance préventive sur plusieurs années pour le bâtiment et les équipements de la chaîne du froid.		x			
			Elaborer un manuel de maintenance (SOP) des équipements de chaîne du froid à l'attention des utilisateurs	x				
			Doter la DI d'un logiciel de suivi évaluation TOMPRO (acquisition et implantation)	x				
			Doter les services OPM de tous les districts sanitaires en pièces de rechange pour le matériel et l'équipement de chaîne de froid (5 frigo par districts)	x				
			Etablir un protocole ou un contrat de maintenance avec les sociétés locales privées pour la maintenance des équipements de la CDF		x			
		Renforcement du monitoring des données de gestion de la vaccination	Effectuer l'analyse régulière des rapports de gestion de stock généré par le SMT	x	x	x	x	x

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Renforcement de la logistique d'approvisionnement en outils de collecte des données	Utiliser parallèlement au SMT, les outils manuels de gestion des stocks (fiches et registre de stocks individuels) pour l'enregistrement des vaccins, diluants et consommables	x	x	x	x	x
			Rendre effective l'utilisation de l'outil de gestion informatisés des stocks (SMT) et de l'outil sur le monitoring des activités de vaccination (DVD-MT);	x	x	x	x	x
			Analyser régulièrement les indicateurs de gestion des stocks (stocks critiques, pertes de vaccins, températures de stockage).	x	x	x	x	x
			Assurer la gestion des diluants, seringues et les boîtes de sécurité dans le registre de gestion de stock	x	x	x	x	x
			Respecter les niveaux de stock critiques, afin d'éviter les ruptures et les sur-stockages	x	x	x	x	x
	D'ici 2020 atteindre un niveau de 50% de districts ayant obtenu un score supérieur à 80 % sur l'ensemble des indicateurs lors de la prochaine GEV.	Renforcement de la chaîne de conservation des vaccins dans la chaîne de froid	Assurer le rangement des vaccins dans le réfrigérateur conformément aux directives en vigueur	x	x	x	x	x
			Elaborer et mettre	x	x	x	x	x

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			en application un programme opérationnel de distribution des vaccins et des consommables selon le rythme défini					
			Elaborer des directives sur le conditionnement des accumulateurs pour le transport des vaccins à tous les niveaux	x				
			Utiliser systématiquement des accumulateurs conditionnés et à eau froide pour le rangement et le transport des vaccins	x	x	x	x	x
			Utiliser systématiquement les indicateurs de congélation pour le transport des vaccins sensibles à la congélation	x	x	x	x	x
			Elaborer un plan d'urgence pour le transport des vaccins	x	x	x	x	x
	D'ici 2020 atteindre un niveau de 100% de districts disposant d'un plan de remplacement des équipements de la chaîne de froid	Faire un inventaire exhaustif du matériel de CDF et roulant par district	Elaborer un plan de remplacement des équipements de la chaîne de froid par district			x		
Élimination des déchets	D'ici 2020, élaborer un plan de gestion de déchets 2016-2020	Amélioration de la gestion des déchets dans les centres de santé	Elaborer un plan stratégique de gestion de déchets issus de la vaccination 2016-2020	x				

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			Intégrer les plans des incinérateurs dans les plans types des formations sanitaires	x				
			Construire 250 incinérateurs dans tous les CSI		x	x	x	x
5. SERVICE DE VACCINATION								
Couverture vaccinale	D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale à 90% par antigène au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts	Renforcement de la demande et de l'Offre des services de vaccination dans toutes les formations sanitaires	Organiser une sortie mobile intégrée de 7 jours par mois et par district pendant toute l'année au niveau des villages et des zones hors portée	x	x	x	x	x
			Organiser une sortie foraine de 1 jour par semaine et par CSI pendant les 52 semaines de l'année	x	x	x	x	x
			Intégrer les activités de vaccination dans le PMA des cases de santé tenues par des agents de santé qualifiés	x	x	x	x	x
		Mise en œuvre la stratégie de contractualisation	Etendre les activités de vaccination aux structures sanitaires privées	x	x	x	x	x
		Mise en œuvre des AVS	Organiser au moins 4 fois/an les Activités de Vaccination Supplémentaires contre la poliomyélite, la vitamine A et Albendazole	x	x	x	x	x
			Organiser la pré certification de l'élimination du TMN	x				

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			Organiser des activités de riposte vaccinale autour des cas	x	x	x	x	x
			Organiser une campagne de vaccination contre la rougeole				x	
			Poursuivre l'intégration de la vitamine A dans le PEV de routine et dans les AVS	x	x	x	x	x
		Renforcement du Monitoring et la fiabilité des données démographiques	Réactualiser en début de chaque année les données démographiques par Région/District et par CSI	x	x	x	x	x
			Actualiser la cartographie des aires de santé	x	x	x	x	x
			Mettre en œuvre le Monitoring plus dans les CSI	x	x	x	x	x
			Rendre disponible les supports PEV réactualisés de façon régulière et à tous les niveaux	x	x	x	x	x
Demande de vaccination	D'ici 2020, accroître l'utilisation des services de soins y compris la vaccination de qualité dans tous les districts sanitaires en réduisant le taux d'abandon de 7% à 5%	Réduction du nombre élevé d'enfants non ou incomplètement vaccinés	Mettre à contribution les relais communautaires dans la recherche des perdus de vue à travers la visite à domicile (VAD)	x	x	x	x	x
			Mettre à contribution les écoles de maris dans les districts à faible couverture vaccinale	x	x	x	x	x
			Vulgariser le parrainage des enfants par les élèves dans les districts à faible		x	x	x	x

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			couverture vaccinale					
			Organiser chaque année la semaine nationale de vaccination (rattrapage)	x	x	x	x	x
Équité de la vaccination	D'ici 2020, réduire l'écart en PENTA3 de 42% à 32% entre les quintiles socio-économiques supérieur et inférieur	Mise en œuvre la stratégie « Atteindre chaque communauté » dans chaque district	Coupler la vaccination des enfants aux activités de Blanket Feeding et les Cash transferts	x	x	x	x	x
	D'ici 2020, accroître à 100% le pourcentage de districts bénéficiant d'une couverture d'au moins 80%	Mise en œuvre la stratégie « Atteindre chaque communauté » dans chaque district	Organiser une sortie mobile intégrée de 10 jours par mois et par District dans les 15 districts les plus peuplés ou difficiles d'accès pendant toute l'année au niveau les villages des zones hors portée	x	x	x	x	x
	D'ici 2020, identifier au moins 30% des communautés à haut risque bénéficiant d'un programme de vaccination systématique accéléré	Mise en œuvre la stratégie « Atteindre chaque communauté » dans chaque district	Identifier les mouvements des populations et adapter des stratégies efficaces pour les atteindre	x	x	x	x	x
			Elaborer une cartographie des communautés à haut risque en collaboration avec les services d'élevage, de l'hydraulique, les élus et les leaders communautaires	x			x	
			Planifier et Faire des interventions intégrées pendant les fêtes des éleveurs (régionales et nationales)	x	x	x	x	x

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
Introduction de nouveaux vaccins	D'ici 2020, introduire dans le programme de vaccination les vaccins contre la méningite, la rubéole et la Rougeole (RR), le cancer du col utérin (PVH) et le vaccin contre l'hépatite B (Hep B)	Innovations continues	Organisé une campagne pré introduction méningite A	x				
			Introduire le vaccin contre la méningite A		x			
			Introduire le vaccin contre le cancer du col utérin (PVH)		x			
			Introduire le vaccin contre la rubéole et la rougeole (RR)			x		
			Introduire le vaccin contre l'hépatite B (Hep B)				x	
			Mettre en œuvre les activités (vaccination, PIE, Enquête de couverture et étude de coûts) de la deuxième phase la campagne de vaccination contre le HPV au niveau des DS de Niamey 3 &4 et Madarounfa	x	x			
			Elaborer avec la DI et les autres partenaires le plan de retrait de VPO type 2 y compris sa validation	x				
			Conduire une étude évaluative sur les déterminants des activités de vaccination dans 10 districts les moins performants en 2015	x				

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			(disponibilité, accessibilité, utilisation des services, couverture adéquate et couverture effective)					
6. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION								
Surveillance de routine	D'ici 2020, maintenir à 100% la complétude au niveau national des rapports des districts	Renforcement de la lutte contre les maladies à potentiel épidémiques	Doter les structures sanitaires en supports de collecte des données	x	x	x	x	x
			Doter les structures sanitaires en flotte (GSM)	x	x	x	x	x
	D'ici 2020, maintenir à au moins 2 le Taux de PFA non polio chez les moins de 15 ans sur une population de 100 000	Intensification de la surveillance	Doter les structures sanitaires en supports de définitions des cas	x	x	x	x	x
			Organiser des réunions de mise à niveau des agents de santé des structures hospitalières et privées sur l'objectif d'éradication de la poliomyélite	x	x	x	x	x
			Tenir des réunions de mise à niveau des relais communautaires et des tradipraticiens dans la recherche active des cas de PFA	x	x	x	x	x
	D'ici 2020, rehausser le taux de prélèvement adéquat des selles (dans les 14 jours) de 85% à 90%	Amélioration de la notification et le prélèvement à temps des cas de PFA	Doter les structures sanitaires en pots de prélèvements et fiches d'investigation	x	x	x	x	x

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
	D'ici 2020, rehausser à 80 % le pourcentage des cas pour lesquels un test de laboratoire a été réalisé	Renforcement des capacités des laboratoires pour l'analyse des échantillons	Mettre à niveau les laboratoires régionaux et des districts	x	x	x	x	x
			Ravitainer les laboratoires en réactifs nécessaires à l'analyse des échantillons	x	x	x	x	x
	D'ici 2020, Atteindre un taux d'investigation des cas non rougeoleux au moins 2 cas pour 100000 habitants		Investiguer tous les cas de rougeole	x	x	x	x	x
	D'ici 2020, réduire à 10 le nombre de flambées rougeole/rubéole confirmées par laboratoire		Organiser les ratissages systématiquement	x	x	x	x	x
	D'ici 2020, rehausser à 95 % le pourcentage des districts notifiant plus d'un cas suspect de rougeole	Renforcement des compétences des comités de gestion des épidémies	Dynamiser les comités de gestion des épidémies à tous les niveaux	x				
	D'ici 2020, accroître à 65% le taux d'accouchements au sein d'une structure sanitaire	Promotion de l'accouchement assisté par un personnel qualifié	Faire le plaidoyer en faveur de l'accouchement par un personnel qualifié auprès des leaders d'opinion (association et groupement féminin, ONG, etc	x	x	x	x	x
	D'ici 2020, Maintenir le statut d'élimination du TMN	Mise en œuvre du plan d'élimination du TMN	Investiguer tous les cas de TMN	x	x	x	x	x
			Organiser la riposte vaccinale de tout cas de TMN investigué et documenter	x	x	x	x	x
	D'ici 2020, 100% les cas de décès dus au tétanos néonatal ont fait l'objet d'une enquête de suivi	Investigation de tout cas de décès dus au tétanos néonatal	Réaliser systématiquement les enquêtes du suivi des cas	x	x	x	x	x
	D'ici 2020, réduire la	Renforcement de	Elaborer un plan	x				

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
	morbidity et la mortalité dues au rota virus	la lutte contre les maladies évitables par la vaccination	de surveillance sentinelle pour le rota virus					
	D'ici 2020, réduire la morbidity et la mortalité dues à la méningite à Hib/PCV		Elaborer un plan de surveillance sentinelle pour la méningite (HiB/PCV)	x				
	D'ici 2020, rehausser à 80% le pourcentage des districts notifiant plus d'un cas suspect de fièvre jaune	Renforcement de la surveillance, la détection et notification des cas de fièvre jaune	Rechercher activement et investiguer tous les cas suspects de fièvre jaune	x	x	x	x	x
			Organiser la riposte vaccinale de tout cas de FJ investigué et documenter	x	x	x	x	x
Contrôle de la couverture	Réduire (5%) l'écart en pourcentage entre les chiffres de couverture par PENTA 3 selon l'étude réalisée et les chiffres officiels	Renforcement du Monitoring et enquêtes DQS	Mener des enquêtes rapides pendant les campagnes et par grappe après les campagnes	x	x	x	x	x
			Systématiser le DQS dans les formations sanitaires	x	x	x	x	x
			Organiser un DQA			x		
			Conduire les enquêtes de couvertures vaccinales	x			x	
Sécurité de la vaccination	Maintenir à 100% le pourcentage de districts équipés d'un nombre suffisant (égal ou supérieur) de seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccinations systématiques	Renforcement de la logistique d'approvisionnement	Assurer une disponibilité permanente de seringues autobloquantes et de boîtes de sécurité	x	x	x	x	x
Manifestations indésirables	D'ici 2020, Renforcer la surveillance, la notification et la prise en charge des cas de MAPI à tous les niveaux	Renforcement du système de surveillance et de la notification	Mettre en place un comité de surveillance et gestion des MAPI prenant en	x				

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
			compte le PEV et les campagnes de vaccination					
	D'ici 2020, 100% des cas de MAPI graves sont signalés et ont fait l'objet d'une enquête par les structures désignées à cet effet		Elaborer un guide de surveillance et de prise en charge des cas de MAPI	x				
7. GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE								
Plaidoyer	D'ici fin 2020, 80% des autorités politiques, administratives coutumières et religieuses identifiées soutiendront les activités du PEV	Plaidoyer pour l'adhésion au PEV des autorités politique, administratives coutumières et religieuses	Elaborer des documents de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières pour le soutien des activités du PEV au niveau des responsables politiques et décideurs.	x	x	x	x	x
			Organiser 2 réunions de plaidoyer par an en collaboration avec les autorités et leaders pour la mobilisation des ressources financières pour le soutien des activités du PEV	x	x	x	x	x
			Tenir une réunion par an avec les leaders nomades pour le soutien des activités du PEV.	x	x	x	x	x
			Organiser une réunion de plaidoyer par an à l'endroit des ONG associations les représentants des leaders religieux et les élus locaux pour le soutien des activités de communication	x	x	x	x	x

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
	D'ici fin 2020, 40% des opérateurs du secteur privé et sociétés d'Etat identifiés auront apporté leur appui financier et matériel aux activités du PEV	Plaidoyer pour l'adhésion au PEV opérateurs du secteur privé	Créer un cadre de partenariat avec les opérateurs du secteur privé et sociétés d'Etat pour la mobilisation des ressources en faveur de la vaccination ;	x	x	x	x	x
Mobilisation sociale	D'ici fin 2020, 70% des organisations à base communautaire et ONG ciblées participeront à la mise en œuvre des activités de sensibilisation et de vaccination	Plaidoyer à l'endroit des organisations à base communautaire et ONG pour leur adhésion aux activités de mobilisation sociale PEV	Organiser quatre (4) émissions publiques par an dans chacune des 134 radios communautaires pour les populations des villages	x	x	x	x	x
		Renforcement de de matériels et autres supports de communication	Reproduire tous les 2 ans les supports de communication : 5000 dépliants, 5000 affiches, 5000 pochettes pour kit plaidoyer, 5000 casquettes, 5000 t-shirts, 2000 pagis, 5000 tabliers	x	x	x	x	x
	D'ici fin 2020, 60% des médias publics, privés et communautaires auront diffusé des messages sur le PEV sur la base du contrat signé avec Direction des Immunisations	Mise en œuvre de la stratégie de contractualisation	Signer un contrat de partenariat à durée déterminée basée sur la performance avec les médias publics, privés et communautaires;	x	x	x	x	x
	D'ici fin 2020, 70% des écoles ciblées auront parrainé à travers les enseignants et les élèves les enfants cibles du PEV	Renforcement du partenariat avec les écoles par la vaccination des cibles du PEV	Actualiser les documents (guide enseignants et élèves, fiches de suivi)		x			
Communication pour le Changement de	D'ici fin 2020, 80% des mères auront des connaissances suffisantes sur la	Développement de la communication et de la	Organiser une visite à visée éducative par trimestre dans les	x	x	x	x	x

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
Comportement	vaccination	participation communautaire	DS à faible performance sur la vaccination en raison de deux relais par CSI					
			Organiser 1 séance trimestrielle de dialogue communautaire au niveau des CSI à faible performance pour aider à résoudre les problèmes liés à la vaccination	x	x	x	x	x
		Mise en œuvre de la stratégie de contractualisation	Diffuser les émissions produites par semaine à travers un des formats (prêches, spot, interview, appel, émission publiques, théâtres, sketch, débats, chants, slams etc.....) sur la vaccination au niveau des radios communautaires	x	x	x	x	x
	D'ici 2020, Promouvoir la recherche sur la communication et sur la vaccination	Promotion de la recherche action	Organiser une étude anthropologique sur la perception et l'acceptabilité du vaccin HPV avant son introduction dans le PEV		x			
		Mise en œuvre de la stratégie de contractualisation	Doter les 15 OSC du secteur de la santé en matériels de communication pour le suivi à base communautaire sur le CCC à la vaccination	x				

Composante	Objectifs	Stratégies	Activités	Calendrier				
				2016	2017	2018	2019	2020
		Renforcement de de matériels et autres supports de communication	Concevoir et reproduire des supports visuel et graphique de communication	x				
			Multiplier et diffuser le matériel et graphique de communication	x				
			Elaborer, Produire et diffuser des guides de formation de la vaccination à l'intention des relais mobilisateurs	x				

VIII. CADRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Tableau 36: Cadre de suivi et d'évaluation du système de vaccination national

Objectif	Indicateurs de résultats	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
GESTION DU PROGRAMME										
Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (pour 1000)	127 pour 1000	2012	EDSN			x			Rapports d'enquête
D'ici 2020, renforcer le mécanisme de gestion pour une mise en œuvre efficace et efficiente du Programme	Arrêté de création de l'ANR	Inexistence de l'ANR	2014	Rapport Revue externe PEV	x					Procès-Verbal de la réunion d'installation de l'ANR disponible
D'ici fin 2020, élaborer une politique nationale de vaccination	politique nationale de vaccination élaborée	Inexistence de politique nationale de vaccination	2014	Rapport Revue externe PEV	x					Document de politique nationale de vaccination disponible
D'ici 2020, poursuivre le processus d'élaboration du plan annuel de travail pour la vaccination	Existence des plans annuels de travail à tous les niveaux	Disponibilité du plan annuel de travail à tous les niveaux	2014	Rapport Revue externe PEV	x	x	x	x	x	Rapports techniques et financiers des PAT disponibles à tous les niveaux
D'ici 2020, accroître à 100% le pourcentage des districts disposant d'un microplan annuel de travail	% de districts disposant d'un microplan annuel de travail	88%	2014	Rapport Revue externe PEV	x	x	x	x	x	Rapports techniques et financiers des PAT disponibles à tous les niveaux
D'ici 2020, Renforcer la coordination intra et inter institutionnelle à tous les niveaux	Nombre de réunions du CCIA tenues	4	2014	Revue du PEV	x	x	x	x	x	PV de réunion
	Nombre de réunions du GTCV tenues	Aucune réunion	2014	Revue du PEV	x	x	x	x	x	PV de réunion

Objectif	Indicateurs de résultats	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
Renforcer le plaidoyer en faveur de la vaccination à l'endroit des parlementaires, des autorités administratives et coutumières	Nombre de présentations au parlement portant sur les résultats des campagnes de vaccination	Aucune séance	2014	Evaluation PAA 2014	x	x	x	x	x	Compte rendu de la séance de plaidoyer
GESTION DES RESSOURCES HUMAINES										
D'ici 2020, renforcer la gestion des ressources humaines en faveur de la vaccination	nombre de description de postes effectués	aucune	2014	Rapport d'exécution annuel du PAA	x	x	x	x	x	Décisions
D'ici 2020, rehausser la proportion des CSI disposant de personnel selon les normes et standards du MSP de 23,80% à 80%	Proportion de formations sanitaires (CSI) disposant de personnel selon les normes et standards du MSP	23,80%	2014	Rapport d'exécution annuel du PAA	X	X	X	X	X	Certificat de prise de service Des agents affectés au niveau des CSI / proportion des CSI fonctionnels avec un seul agent
D'ici 2020, rehausser la proportion du personnel formé sur les thématiques du PEV	Nombre/pourcentage annuel du personnel de santé et d'encadrement ayant reçu une formation relative aux services de vaccination	42%	2014	Revue du PEV	x	x	x	x	x	Rapports d'activités de formation

Objectif	Indicateurs de résultats	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
D'ici 2020 renforcer la capacité de tous les acteurs de la mobilisation sociale	Nombre/pourcentage annuel des acteurs ayant reçu une formation relative aux services de vaccination	ND	2014	Revue du PEV	x	x	x	x	x	Rapports d'activités de formation
D'ici 2020, augmenter le taux de supervision à 90% à tous les niveaux	Taux de réalisation de la supervision niveau	DS : 65,61% DRSP : 73,81% Central 31,25%	2014	Rapport d'exécution annuel du PAA	x	x	x	x	x	Rapports de supervision
CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT										
D'ici 2020, rehausser le financement de l'Etat et des collectivités territoriales au programme.	Part de l'Etat de ligne budgétaire pour achat des vaccins et consommables	0,19%	2014	Loi des finances	x	x	x	x	x	La loi des finances
APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS										
D'ici 2020, atteindre et maintenir un niveau de rupture zéro en vaccins, matériels d'injection et autres consommables	Nombre de jours de ruptures de stock	BCG : 16 jours tVPO 56 jours	2014	SMT	x	x	x	x	x	Rapports PEV/ Outils de gestion des stocks
D'ici 2020, renforcer la capacité de stockage de vaccins et consommables du niveau opérationnel à 90%;	% de districts sont dotés d'un nombre suffisant d'équipements de chaîne du froid en bon état de fonctionnement	20,45%	2014	Rapport d'inventaire 2014	x	x	x	x	x	Bordereaux de livraison des équipements

Objectif	Indicateurs de résultats	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
D'ici 2020 atteindre un niveau de 50% de districts ayant obtenu un score supérieur à 80 % sur l'ensemble des indicateurs lors de la prochaine Gev	% DS ayant obtenu un score supérieur à 80 % sur l'ensemble des indicateurs lors de la dernière évaluation GEV	aucun district;	2014	Rapport GEV 2014	x	x	x	x	x	Rapport GEV 2017
D'ici 2020 atteindre un niveau de 100% de districts disposant d'un plan de remplacement des équipements de la chaîne de froid	% DS dispose d'un plan de remplacement des équipements en matière de chaîne de froid	aucun district	2014	Rapport d'inventaire 2014	x	x	x	x	x	plan de remplacement des équipements de la chaîne du froid
D'ici 2020, élaborer un plan de gestion de déchets 2016-2020	Existence d'un plan de gestion de déchets 2016-2020	le plan de gestion de déchets prend fin en 2015	2014	Revue du PEV	x					plan de gestion de déchets disponible
Composante SERVICES DE VACCINATION										
D'ici 2020 accroître la couverture vaccinale à 90% par antigène au niveau national et d'au moins 80% dans tous les districts	couverture vaccinale par antigène au niveau national est augmentée	BCG: 85% Penta3: 78 % VPO3 74, 5 VAR1 75% Pneumo 3 50% Rota2 59% VAA 73% VAT2 75%.	2014	enquête de couverture	x				x	Rapport d'enquête
	% d'enfants	46,1%	2013	ECV/ED SN	x		x			Rapports d'enquête

Objectif	Indicateurs de résultats	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
	complètement vaccinés									
	taux de possession de document de vaccination	69,8%	2013	ECV/EDSN	x		x			Rapports d'enquête
d'ici 2020, accroître l'utilisation des services de soins y compris la vaccination de qualité dans tous les districts sanitaires en réduisant le taux d'abandon spécifique P1-P3 de 10,9% à 5%	taux d'abandon spécifique	10,9%	2014	enquête de couverture	x				x	Rapport d'enquête
D'ici 2020, accroître l'utilisation des services de soins y compris la vaccination de qualité dans tous les districts sanitaires en réduisant le taux d'abandon global de 6% à 5%	taux d'abandon global	6%	2014	DVD/MT	x				x	Rapports de vaccination DVD.MT
D'ici 2020, réduire l'écart en Penta 3 de 42% à 21% entre les quintiles socio-économiques supérieur et inférieur	Ecart en Penta 3 de entre les quintiles socio-économiques supérieur et inférieur est réduit	42%	2012	EDSN			x			EDSN 2018

Objectif	Indicateurs de résultats	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
D'ici 2020, accroître à 100% le pourcentage de districts bénéficiant d'une couverture d'au moins 80%	Nombre /% des districts ont atteint une couverture d'au moins 80%	80%	2014	DVD/M T	x	x	x	x	x	Rapports de vaccination DVD.MT
	Proportion des districts qui réalisent au moins 10 sorties mobiles intégrées dans l'année	ND	2014	Annuaire statistique SNIS	x	x	x	x	x	Rapports d'activités
D'ici 2020, identifier au moins 50% des communautés à haut risque bénéficiant d'un programme de vaccination systématique accéléré	% communautés à haut risque identifiées bénéficiant d'un programme de vaccination systématique accéléré	0%	2014	PAA	x	x	x	x	x	Rapports d'activités
D'ici 2020, introduire dans le programme de vaccination les vaccins contre la méningite, la rubéole et la rougeole (RR), le cancer du col utérin (PVH) et l'Hépatite B à la naissance	nouveaux vaccins introduits dans le programme de routine sur la période planifiée	0	2014	PAA	x	x	x			rapports d'activités
6. SURVEILLANCE ET NOTIFICATION										
D'ici 2020, maintenir à 100% la complétude au niveau national des	% des districts qui ont soumis des rapports complets	100%	2014	Fiches de déclaration/ notification	x	x	x	x	x	Rapports MDO

Objectif	Indicateurs de résultats	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
rapports des districts	et de qualité dans les délais au niveau national			des MDO						
	Pourcentage (%) de formations sanitaires doté en moyens de communication (GSM)	54%	2014	Annuaire statistique SNIS	x	x	x	x	x	PV de réception
D'ici 2020, maintenir à au moins 2 le Taux de PFA non polio chez les moins de 15 ans sur une population de 100 000	taux de détection de la PFA chez les moins de 15 ans sur une population de 100 000 habitants	2,8	2014	Fiches de déclaration/ notification des cas	x	x	x	x	x	Rapports MDO
D'ici 2020, rehausser le taux de prélèvement adéquat des selles (dans les 14 jours) de 85% à 90%	% d'échantillons de selles ont été prélevés dans les 14 jours :)	80%	2014	Fiches de déclaration/ notification des cas	x	x	x	x	x	Rapports de laboratoire
D'ici 2020, rehausser à 80 % le pourcentage des cas pour lesquels un test de laboratoire a été réalisé	% de cas de rougeole suspectée ont fait l'objet d'un test de laboratoire	18%	2014	Fiches de déclaration/ notification des cas	x	x	x	x	x	Rapports de laboratoire
D'ici 2020, rehausser à 95 % le pourcentage des districts notifiant plus d'un cas suspect de rougeole	% des districts ont notifié plus d'un cas suspect de rougeole	93%	2014	Fiches de déclaration/ notification des cas	x	x	x	x	x	Rapports MDO
D'ici 2020, Atteindre un taux	Taux d'investigation des	1,6	2014	Surveillance cas par cas	x	x	x	x	x	Rapports d'analyse

Objectif	Indicateurs de résultats	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
d'investigation des cas non rougeoleux au moins 2 cas pour 100000 habitants	cas non rougeoleux									
D'ici 2020, réduire à 10 le nombre de flambées rougeole/rubéole confirmées par laboratoire	Nombre de flambées rougeole/rubéole confirmées par laboratoire	31	2014	registre de déclaration des épidémies	x	x	x	x	x	Rapports d'investigation
D'ici 2020, accroître à 65% le taux d'accouchements au sein d'une structure sanitaire	Taux d'accouchements au sein d'une structure sanitaire	47%	2014	Registre d'accouchement /Partogramme	x	x	x	x	x	Rapports d'activités
D'ici 2020, Maintenir le statut d'élimination du TMN vivantes	% districts notifiant plus d'un cas de tétanos néonatal pour 1000 naissances vivantes	2	2014	Fiches de déclaration/notification des cas	x	x	x	x	x	Rapports MDO
D'ici 2020, 100% les cas de décès dus au tétanos néonatal ont fait l'objet d'une enquête de suivi	% décès dus au tétanos néonatal ont fait l'objet d'une enquête de suivi	2	2014	Fiches de déclaration/notification des cas	x	x	x	x	x	Rapports d'investigation
D'ici 2020, réduire la morbidité et la mortalité dues au rota virus	plan de surveillance sentinelle pour le rota virus	absence de plan de surveillance sentinelle pour le rota virus	2014	Revue du PEV	x					Bordereau/cahier de transmission
D'ici 2020, réduire la morbidité et la mortalité dues à la méningite	plan de surveillance sentinelle pour la méningite	absence de plan de surveillance	2014	Revue du PEV	x					Bordereau/cahier de transmission

Objectif	Indicateurs de résultats	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
à Hib/PCV	(HiB/PCV)	sentinelle pour la méningite (HiB/PCV)								
D'ici 2020, rehausser à 80% le pourcentage des districts notifiant plus d'un cas suspect de fièvre jaune	% districts notifiant plus d'un cas suspect de fièvre jaune	45,45%	2014	Fiches de déclaration/notification des cas	x	x	x	x	x	Rapports d'investigation
Réduire (5%) l'écart en pourcentage entre les chiffres de couverture par PENTA 3 selon l'étude réalisée et les chiffres officiels	Ecart entre les chiffres de couverture en Penta3 selon l'étude réalisée et les chiffres officiels	18%	2012	Rapport d'enquête			x			EDSN
Maintenir à 100% le pourcentage de districts équipés d'un nombre suffisant de seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccinations systématiques	% districts équipés d'un nombre suffisant de seringues autobloquantes pour l'ensemble des vaccinations systématiques	100%	2014	SMT	x	x	x	x	x	Rapports d'inventaire
D'ici 2020, Renforcer la surveillance, la notification et la prise en charge des cas de MAPI à tous les niveaux	un comité de surveillance des MAPI	inexistence d'un comité de surveillance des MAPI	2014	Revue externe du PEV	x					Arrêté de création
D'ici 2020, 100% des cas de MAPI graves sont signalés et ont fait	cas de MAPI graves sont signalés et ont fait	ND	2014	Fiches de déclaration/notification	x	x	x	x	x	Rapports d'investigation

Objectif	Indicateurs de résultats	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
fait l'objet d'une enquête par les structures désignées à cet effet	l'objet d'une enquête par les structures désignées à cet effet.			ion des cas						
GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE										
D'ici fin 2020, 80% des autorités politiques, administratives coutumières et religieuses identifiées soutiendront les activités du PEV	Proportion des autorités politiques, administratives coutumières et religieuses qui soutiennent les activités du PEV	ND	2011	Rapport d'enquête de 2011	x	x	x	x	x	Rapports d'activité
D'ici fin 2020, 40% des opérateurs du secteur privé et sociétés d'Etat identifiés auront apporté leur appui financier et matériel aux activités du PEV	Proportion des opérateurs du secteur privé auront apporté leur appui financier et matériel aux activités du PEV	ND	2014	SO	x	x	x	x	x	Rapport d'activités du PEV
D'ici fin 2020, 70% des organisations à base communautaire et ONG ciblées participeront à la mise en œuvre des activités	Proportion des organisations à base communautaires et ONG ciblées participeront à la mise en œuvre des activités de sensibilisation et de vaccination	ND	2014	SO	x	x	x	x	x	Rapport d'activités du PEV

Objectif	Indicateurs de résultats	Données de référence			Cibles					Moyens de vérification
		Résultat	Année	Source	2016	2017	2018	2019	2020	
D'ici fin 2020, 60% des médias publics, privés et communautaires auront diffusé des messages sur le PEV sur la base du contrat signé avec la Direction des Immunisations	Proportion des médias publics, privés et communautaires auront signé un partenariat dans un cadre formel avec la Direction des Immunisations	ND	2014	SO	x	x	x	x	x	Contrats signés
D'ici fin 2020, 70% des écoles ciblées auront parrainé à travers les enseignants et les élèves les enfants cibles du PEV	Proportion des écoles auront parrainé à travers les enseignants et les élèves les enfants cibles du PEV	ND	2012	SO	x	x	x	x	x	Cahier d'enregistrement
D'ici fin 2020, 80% des mères auront des connaissances suffisantes sur la vaccination	% des mères auront des connaissances suffisantes sur la vaccination	ND	2011	SO	x	x	x	x	x	Cahier d'enregistrement

Les instances appropriées du Ministère de la Santé Publique et le CCIA, avec l'appui technique de la Direction des Immunisations, sont chargés du suivi et de l'évaluation des performances du Programme conformément aux indicateurs développés dans le Plan d'Action Annuel.

Au niveau périphérique, les Directeurs Régionaux de la Santé Publique et les Equipes cadres des districts sont chargés en première intention du suivi des activités et de l'évaluation des performances du programme dans leurs régions et districts respectifs.

Pour ce faire, un guide de monitoring plus et un tableau de bord santé ont été mis à la disposition du niveau périphérique et des indicateurs clés sont suivis et traqués mensuellement, puis trimestriellement, semestriellement et annuellement.

IX. ANALYSE DES COÛTS, DES FINANCEMENTS ET DE LA VIABILITE FINANCIERE DU PPAC

9.1. Méthodologie

La méthodologie utilisée est essentiellement basée sur les documents suivants :

- Le guide OMS-UNICEF pour l'élaboration des Plans Pluriannuels Complets (PPAC) (mis à jour en septembre 2013)
- Le guide d'utilisation de l'outil de calcul des coûts et du financement pour la création d'un PPAC (mis à jour en juin 2014)
- L'outil d'analyse des Coûts et du Financement pour la planification pluriannuelle (Tool Version 3.9, 10 octobre 2015)

Ces directives se fondent sur les modèles de plans pluriannuels existants, auquel se sont greffés les éléments de coût, de financement, de cofinancement et de viabilité financière.

9.2. Méthodologie d'estimation des coûts et besoins en ressources futurs

L'année 2014 (dernière année budgétaire complète avant l'année en cours) a été retenue comme année de référence pour calculer les coûts passés du PEV. Le taux de change annuel moyen utilisé pour l'année 2014 est de 1\$ US pour 477 FCFA (taux de change utilisé dans le Rapport annuel de situation- GAVI-NIGER 2014). Le PIB par habitant utilisé a été estimé à partir de la valeur du PIB/habitant de 2014 (\$411) et du taux de croissance du PIB de 6% pour la période de projection en supposant une croissance linéaire.

Les différents éléments de coûts (vaccins et matériels d'injection, personnel, véhicules et transport, équipement de la chaîne de froid ...) et des activités (stratégie mobile, avancée, mobilisation sociale,) ont été rentrés dans la feuille « Saisie des données » afin d'estimer le coût de la vaccination en 2014 et les besoins en ressources pour la période de projection.

a) Coût du personnel salarié

Les coûts du personnel impliqué dans la vaccination à tous les niveaux ont été déterminés en fonction du temps moyen consacré à la vaccination et à la stratégie avancée selon le niveau de la pyramide sanitaire. Ce temps moyen varie de 100% au niveau national à 50% au niveau des Centres de Santé intégrés ; il est de 41% au niveau Région et de 32% au niveau District. Le temps moyen national consacré à la stratégie avancée est de 6% en 2014 contre 39,4% en 2009. L'hypothèse pour les besoins en ressources futures est basée entre autres sur les projections de départ à la retraite et l'évolution des cibles.

b) Coûts des équipements de la chaîne du froid

La méthodologie utilisée pour estimer le coût du matériel de la chaîne du froid est basée sur le nombre d'unités de matériel (quantités) et sur leur coût unitaire (prix). On suppose que le matériel de la chaîne du froid est spécifique à la vaccination.

c) Coût des vaccins et matériel d'injection

Les coûts des vaccins en 2014 ont été estimés sur la base des dépenses passées. Pour la projection des besoins en ressources pour les vaccins et matériel d'injection, l'outil « Forecasting tool » a été utilisé et des éléments de la feuille cMYP ont été transférés dans le tableau 3.1 de l'outil de costing.

d) Amortissement des coûts en capital

En ce qui concerne le calcul du coût en capital (amortissement), la durée de vie des véhicules et des équipements de la chaîne du froid est estimée à 5 ans, celle des bâtiments est de 25 ans.

e) Autres activités du programme et surveillance

Les activités de mobilisation sociale, de formation, de surveillance et de gestion du programme ont été budgétisées en fonction des ressources nécessaires à leur réalisation en cohérence avec le PPAc, puis incluses dans le fichier Excel.

Tableau 37: Hypothèses de costing utilisées

Section	Indicateurs	Hypothèse costing
Vaccins et matériel d'injection	Taux de perte du matériel d'injection	10%
	Stockage de sécurité (1 ^{ère} année après introduction)	
	Taux de perte par antigène	5% /20%
Coûts de personnel	Taux d'inflation des salaires	2%
Coûts des véhicules et du transport	Taux d'inflation des prix des véhicules	2%
	Prix du litre de carburant	1,13US\$
	Taux d'inflation des prix : carburant	2%
	% coût du carburant lié à l'entretien des véhicules	15%
	Durée de vie utile moyenne (nombre d'années) des véhicules	5
	% moyen du temps véhicules consacré à la stratégie avancée	25%
	% moyen du temps véhicules consacré à la stratégie mobile	25%
Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid	Taux d'inflation des prix : l'équipement de chaîne du froid	2%
	Entretien de la chaîne du froid étant une % de la valeur d'investissement de l'équipement	5%
	Durée de vie utile moyenne (années) de la chaîne du froid	5
Coûts opérationnels des campagnes	Coût opérationnel moyen par enfant polio	0,30US\$
Activités du programme, autres coûts récurrents et surveillance hypothèses	Taux d'inflation	2%
Autres besoins en équipement et coûts d'investissement	Prévision du taux d'inflation	2%
	Entretien en % de la valeur du capital des équipements	5%
	Durée de vie utile moyenne (nombres d'années) d'autres biens d'équipement (DVUM)	5
Dépenses relatives aux bâtiments et fais généraux	Prévision du taux d'inflation	2%
	Durée de vie utile moyenne (nombres d'années) des bâtiments (DVUM)	25%

9.3. Méthodologie pour la détermination des financements passés et futurs

a) Financements passés

Les financements passés renvoient à la notion de sources de financement du programme de vaccination. Trois principales sources de financement de la santé existent: l'Etat, les Partenaires Techniques et Financiers et les ménages. La contribution des ménages se fait au travers du recouvrement des coûts. Les données sur le financement communautaire, quoique réelles parce que le Niger a adhéré à l'initiative de Bamako sur la participation communautaire, étaient peu disponibles. La participation de la communauté dans le financement de la vaccination a servi à financer les stratégies avancées et mobiles.

Le financement de la vaccination peut être scindé en deux. D'une part, il y a les financements internes et d'autre part, les financements externes. Les financements internes sont ici considérés comme étant les ressources issues du budget national et le financement communautaire; les financements externes sont les fonds alloués par GAVI, OMS, UNICEF, ROTARY, Fonds Communs et les autres Partenaires externes (organismes bi et multilatéraux et ONG/associations).

b) Méthodologie de projection du financement

Les besoins de financement sur la période 2016-2020 ont été collectés auprès des administrations et organisations adéquates : Gouvernement, OMS, UNICEF, GAVI...

L'attribution des risques a été catégorisée de la manière suivante :

- Le risque 1 est attribué lorsque le financement est assuré.
- Le risque 2, lorsque le financement est probable.

Ainsi, il a été mis en **risque 1** :

- les financements internes (communautés, fonds de l'allègement de la dette -PPTE-, budget régulier de l'Etat) ;
- les financements pour lesquels le PEV bénéficie d'un accord explicite (bienium de l'OMS, lettres d'attribution des fonds GAVI, etc.).

et en **risque 2** :

- la projection des habitudes de financement.
- les stratégies permettant d'améliorer la viabilité financière du PEV (accroissement du budget des différents bailleurs) L'attribution des intentions de financements a fait l'objet de consensus avec les partenaires sur la base des financements passés et des plans en vigueur.

9.4. Analyse des coûts et financements du programme de vaccination en 2014

L'analyse financière à l'année de base va se décomposer en deux parties :

- La première est relative à l'analyse des données de l'année de base 2014,
- La seconde partie décrit les sources de financement de l'année de référence.

9.5. Coûts du PEV en 2014

Tableau 38: Indicateurs économiques et financiers du PEV en 2014

Indicateurs de base	2014
Dépenses totales de vaccination	\$36 522 987
Activités de vaccination supplémentaire	\$9 781 120
Vaccination systématique uniquement	\$26 741 866
Par habitant	\$1,45
Par enfant vacciné avec la DTC	\$35
% vaccins et matériels	50,6%
% ressources financières du gouvernement	33,4%
% dépenses totales en santé	8,5%
% Dépenses publiques de santé (DPS)	38,6%
% PIB	0,4%
Total coûts partagés	\$4 918 600
% coûts partagés - système de santé	11,9%
Total	\$41 441 586

A l'analyse du tableau ci-dessus, les dépenses totales de vaccination à l'exclusion des coûts partagés de l'année 2014 s'élèvent à 36 522 987 de US\$ dont \$26 741 866 pour la vaccination systématique, c'est dire la place prépondérante accordée à cette dernière dans les stratégies de vaccination avec 73% contre 27% pour les activités de vaccination supplémentaire. Le coût de la vaccination par habitant est de 1,45 US\$. Le coût par enfant complètement vacciné DTC est de 35 US\$.

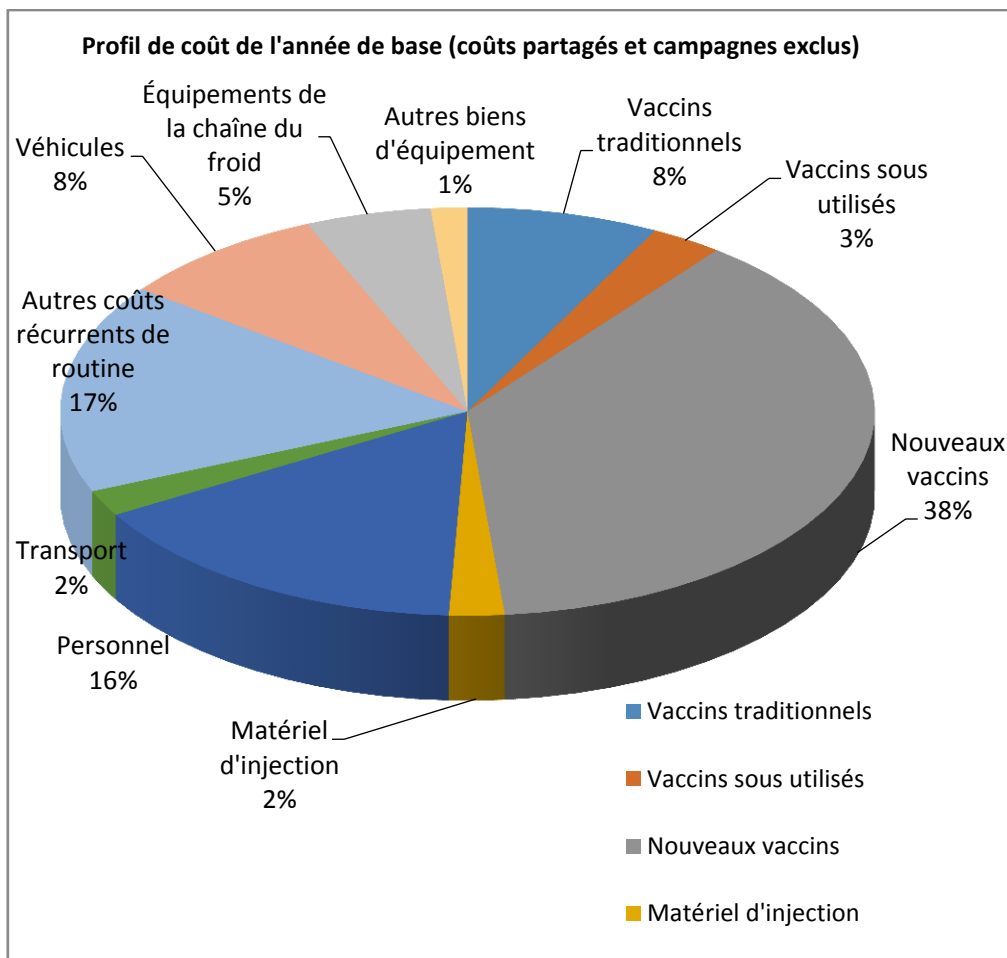


Figure 21: Distribution des coûts du PEV en 2014 (coûts partagés et campagnes exclus)

Le graphique ci-dessus présente la structure des coûts du PEV en 2014. Il indique que :

- le premier poste de coûts est représenté par les vaccins et le matériel d'injection (51%) : vaccins nouveaux (38%), vaccins traditionnels (8%), vaccins sous-utilisés (3%) et matériel d'injection (2%),
- le second poste de coûts est représenté par les autres coûts récurrents de routine (17%)
- viennent ensuite respectivement le Personnel (16%), les véhicules (8%), les équipements de la chaîne de froid (5%), le transport (2%) et les autres biens d'équipement (1%).

9.6. Financements du PEV de routine en 2014

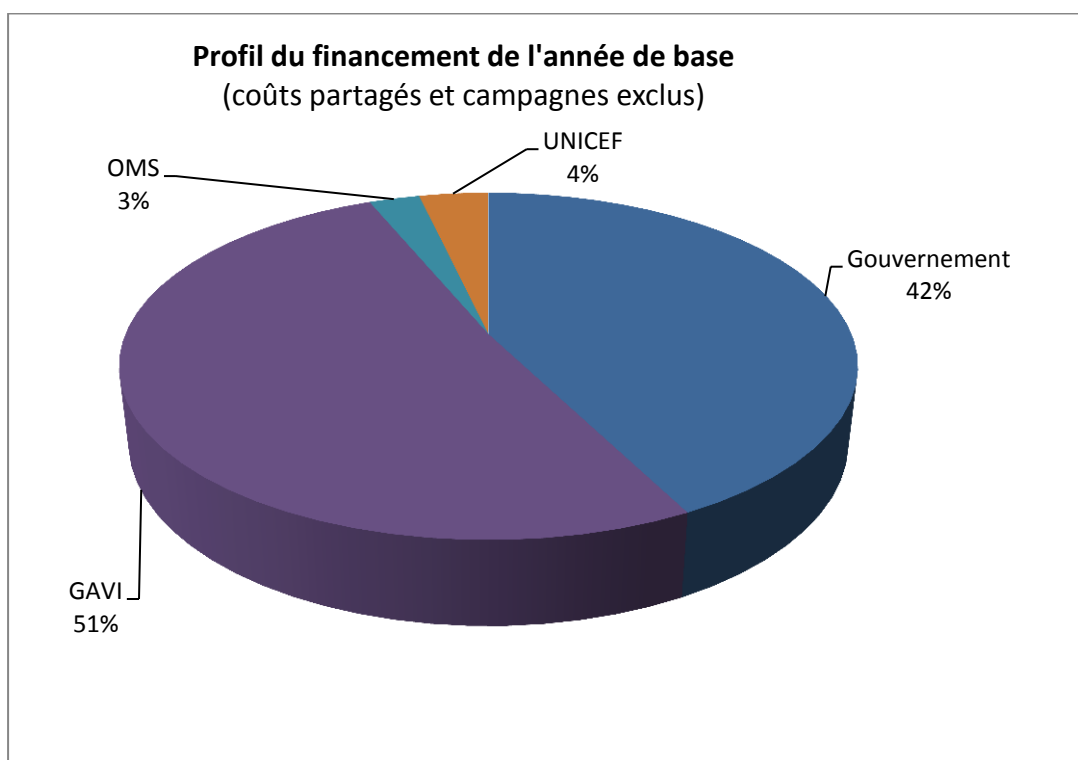


Figure 22: Profil du Financement des coûts spécifiques du PEV de routine

Le graphique ci-dessus révèle la part prépondérante des partenaires techniques et financiers dans le financement de la vaccination notamment la vaccination de routine au Niger et la forte dépendance de ce dernier à leur égard. En effet, pour la vaccination de routine, l'ensemble des partenaires techniques et financiers contribuent pour 58% avec à leur tête, GAVI (51%) puis l'UNICEF (4%) et l'OMS (3%). Le financement du Gouvernement a atteint 42% en 2014 contre 51% en 2009. Un effort doit donc être fourni en vue d'une augmentation du financement du Gouvernement pour la vaccination pour garantir le financement des besoins futurs.

9.7. Analyse des besoins en ressources et du financement du PEV 2016-2020

Cette section s'intéressera aux besoins en ressources pour la période du PPAC 2016-2016 puis aux financements.

9.8. Besoin en ressources de 2016-2020

Le tableau N° 41 et le graphique N°21 ci-dessous présentent les besoins en ressources financières sur la durée du PPAC. En effet, en vue d'atteindre les objectifs fixés durant la période 2016-2020, les besoins en ressources financières sont estimés à \$ 308 686 852 sur la période. Ce coût se répartit par année de la manière suivante :

Tableau 39: Récapitulatif des besoins en ressources pour le PEV de 2016 à 2020

Besoins futurs en ressources (US\$)						
Composantes du Plan Pluriannuel	2016	2017	2018	2019	2020	Total 2016 - 2020
Approvisionnement en vaccins et logistiques (de vaccination systématique uniquement)	37 432 184	38 844 643	39 064 665	40 802 165	42 140 988	198 284 644
Prestation des services	3 809 622	3 355 298	3 422 404	2 841 393	2 230 225	15 658 942
Plaidoyer et communication	4 991 621	4 802 180	4 968 304	3 572 380	1 373 342	19 707 827
Monitoring et contrôle des maladies	2 450 215	2 499 723	2 550 230	2 601 759	2 654 328	12 756 255
Gestion du programme	365 464	411 980	460 064	507 262	521 636	2 266 405
Coûts des activités de vaccination supplémentaires (AVS)	14 976 831	7 485 046	7 565 790	3 786 830	0	33 814 498
Coûts partagés du système de santé (PEV Portion)	5 106 732	5 117 311	5 219 657	5 324 050	5 430 531	26 198 281
Total global	69 132 667	62 516 181	63 251 116	59 435 838	54 351 050	308 686 852

Les coûts totaux annuels du PEV connaîtront une évolution irrégulière entre 2016 et 2020. Ils passeront de US\$ 69 132 667 en 2016 à US\$ 54 351 050 en 2020, soit une baisse de 21%. Cette baisse est renforcée par l'absence d'activités de vaccination supplémentaires en 2020 et une rétraction des coûts des prestations de services. Cette baisse peut surtout s'expliquer par le coût élevé des activités de vaccination supplémentaire la première année du PPAC. Malgré cette baisse, les vaccins et logistiques pour la vaccination systématique occupent toujours le premier poste de coûts pour la période avec 64% des besoins globaux ; viennent ensuite les activités de vaccination supplémentaires et les coûts partagés avec respectivement 11% et 8% du total. Outre les besoins en vaccins traditionnels et vaccins sous-utilisés qui sont quasi stables sur la période, les autres postes de besoins (nouveaux vaccins, matériels d'injection, personnel, autres coûts récurrents de routine, véhicules, équipements de la chaîne de froids et autres biens d'équipements) connaîtront une légère progression.

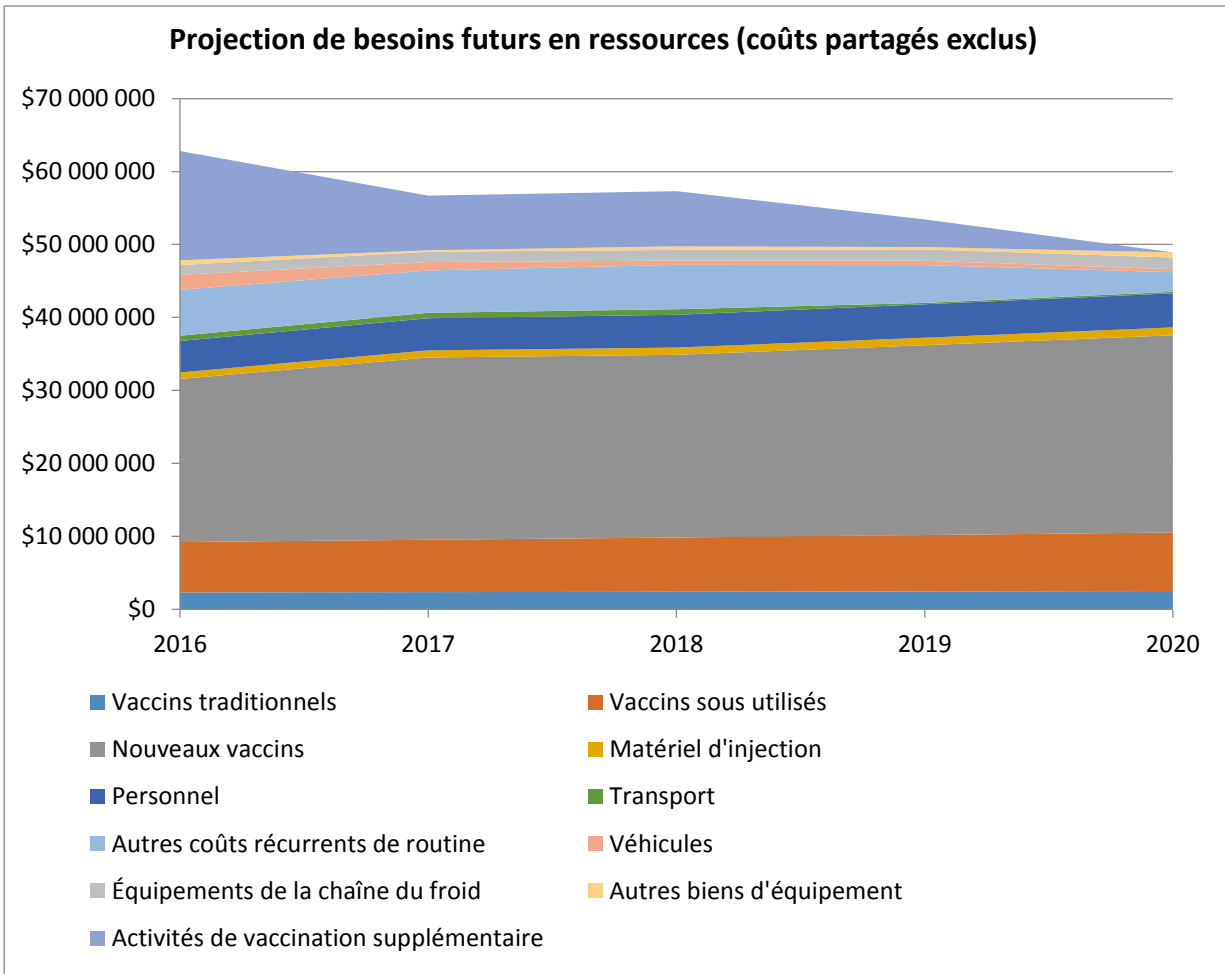


Figure 23: Projection des besoins en ressources

9.9. Financements et écarts de 2016-2020

Tableau 40 : Récapitulatif des besoins en ressources pour le PEV de 2016 à 2020

Besoins en ressources : financements et écarts						
	2016	2017	2018	2019	2020	2016 - 2020
Total : ressources nécessaires	69 132 667	62 516 181	63 251 116	59 435 838	54 351 050	308 686 852
Total : ressources nécessaires (routine seulement)	54 155 836	55 031 135	55 685 325	55 649 008	54 351 050	274 872 355
Par habitant	2,71	2,65	2,58	2,48	2,34	2,55
Par enfant ciblé vacciné contre la DTC	65,00	63,57	61,91	59,55	55,98	61,03
Total financement sécurisé	29 983 891	35 699 162	35 469 246	32 180 030	31 588 150	164 920 480
Gouvernement	5 907 299	5 424 441	5 499 441	5 524 441	5 249 441	27 605 063
Part de cofinancement du gouvernement pour les vaccins soutenus par Gavi	18 027 819	18 949 090	20 802 260	21 950 256	23 265 043	102 994 469
GAVI	2 302 274	7 620 798	7 612 212	0	0	17 535 284
OMS	2 124 500	2 124 500	0	0	1 535 000	5 784 000
UNICEF	1 596 999	1 580 333	1 555 333	4 705 333	1 538 666	10 976 664
FOND COMMUN	25 000	0	0	0	0	25 000
Écart de financement (avec financement sécurisé seulement)	39 148 776	26 817 019	27 781 869	27 255 808	22 762 900	143 766 372
% des besoins totaux	57%	43%	44%	46%	42%	47%

Le tableau ci-dessus présente entre autres, la source de financement garanti sur la période du PPAc. Si nous observons les financements futurs, selon nos estimations, entre 2016 et 2020, 164 920 480 US\$ peuvent être considérés comme financement garanti sur un besoin total de 308 686 852 US\$. C'est dire que 53% des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs du PPAc disposent de financement sécurisé. Des plaidoyers devront donc être développés de manière soutenue pour mobiliser les ressources complémentaires (47%) au financement sécurisé dans le cadre de la mise œuvre du PPAc.

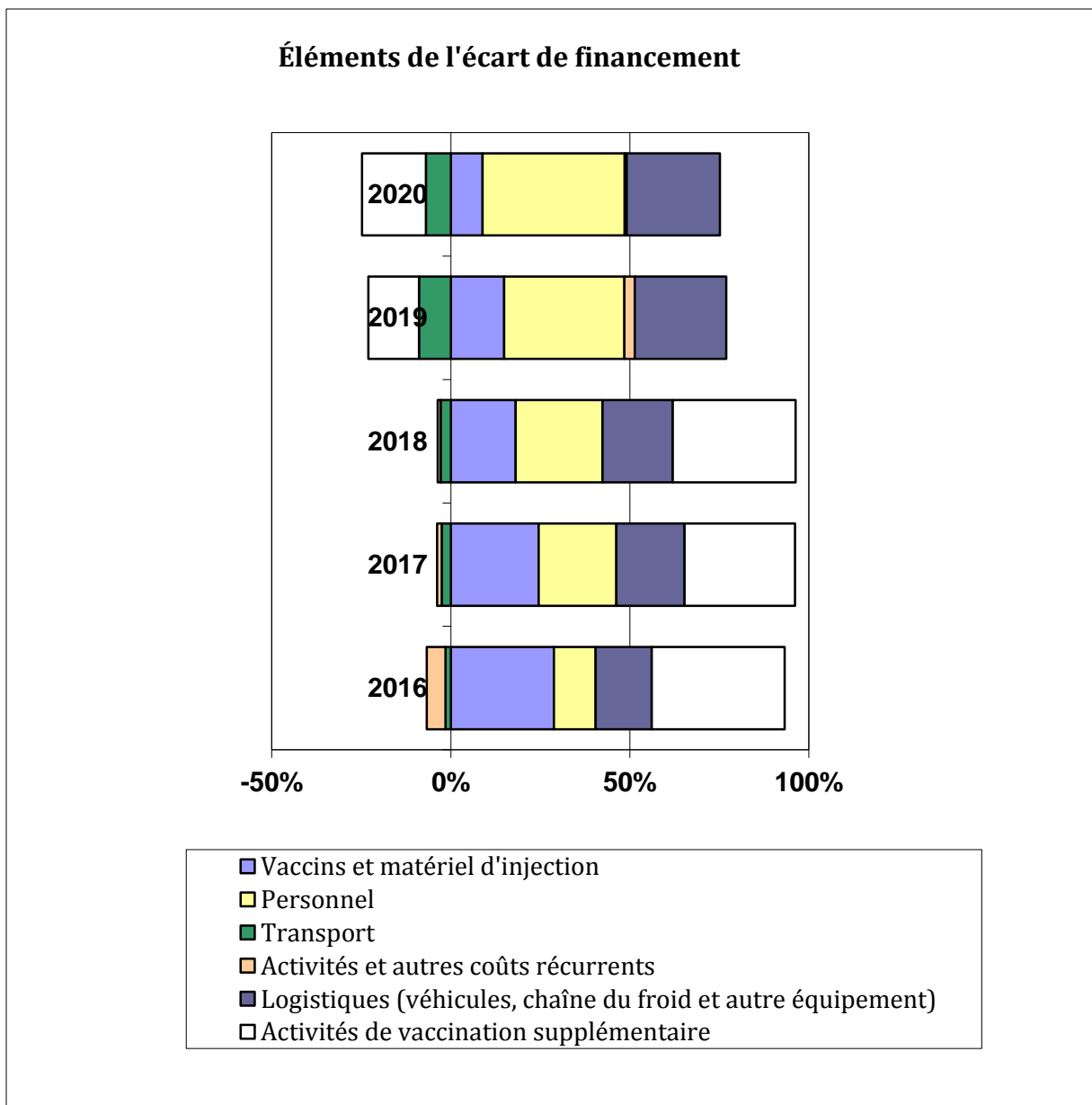


Figure 24: Eléments de l'écart de financement

Le graphique ci-dessus montre que l'écart de financement est composé plusieurs groupes des postes de coûts ci-après :

- Le groupe : personnel, logistique et transport, qui dont le gap progresse.
- Et le groupe : vaccins et matériels d'injection, activités et autres coûts récurrents dont le gap régresse.
- L'écart de financement pour le poste de coût, activités de vaccination supplémentaire évolue irrégulièrement.

9.10. Analyse de viabilité financière

Tableau 41: Indicateurs macroéconomiques de viabilité financière

Indicateurs macroéconomiques et de viabilité	2016	2017	2018	2019	2020
Référence					
PIB par habitant (US\$)	436	454	462	471	479
Dépenses totales de santé (DTS) par habitant	\$17	\$17	\$17	\$17	\$17
Population	19 972 859	20 751 801	21 561 121	22 402 005	23 275 683
PIB (US\$)	8701375920	9414677033	9964687744	10543279568	1115845263
Dépenses totales de santé (DTS US\$)	339 538 610	352 780 615	366 539 059	380 834 083	395 686 612
Dépenses publiques de santé (DPS US\$)	74 698 494	77 611 735	80 638 593	83 783 498	87 051 055
Besoins en ressources : vaccination					
systematique et campagnes (US\$)	70 770 000	66 137 099	66 405 422	63 216 368	58 728 729
systematique uniquement (US\$)	55 793 169	58 652 053	58 839 632	59 429 537	58 728 729
Par enfant vacciné avec la DTC (US\$)	66,97	67,75	65,42	63,60	60,49
% dépenses totales en santé					
Besoins en ressources : vaccination					
Routine et campagnes	20,84%	18,75%	18,12%	16,60%	14,84%
Routine uniquement	16,43%	16,63%	16,05%	15,61%	14,84%
Écart de financement					
Écart de financement (avec financement sécurisé seulement)	12,01%	8,63%	8,44%	8,15%	6,86%
Écart de financement (avec financement sécurisé & probable)	11,99%	8,60%	7,83%	5,06%	4,15%
% Dépenses publiques de santé (DPS)					
Besoins en ressources : vaccination					
Routine et campagnes	94,74%	85,22%	82,35%	75,45%	67,46%
Routine uniquement	74,69%	75,57%	72,97%	70,93%	67,46%
Écart de financement					
Écart de financement (avec financement sécurisé seulement)	54,60%	39,22%	38,36%	37,04%	31,18%
Écart de financement (avec financement sécurisé & probable)	54,52%	39,09%	35,59%	23,01%	18,84%

% PIB					
Besoins en ressources : vaccination					
systematique et campagnes	0,81%	0,70%	0,67%	0,60%	0,53%
systematique uniquement	0,64%	0,62%	0,59%	0,56%	0,53%
Par habitant					
Besoins en ressources : vaccination					
systematique et campagnes	\$3,54	\$3,19	\$3,08	\$2,82	\$2,52
systematique uniquement	\$2,79	\$2,83	\$2,73	\$2,65	\$2,52

Les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs du PPAc 2016-2020 varient entre 14% et 21% des dépenses totales de santé. Rapportées aux dépenses publiques de santé, ce pourcentage dépasse 67% et atteint 94.74%, ce qui dénote la forte pression des activités de vaccination sur le budget sanitaire gouvernemental. Cet état de choses compromet dangereusement la viabilité financière du programme. Des stratégies de gestion du programme doivent donc être développées. Par exemple, des mesures doivent être pensées et prises pour une réduction des taux de perte qui sont actuellement élevés.

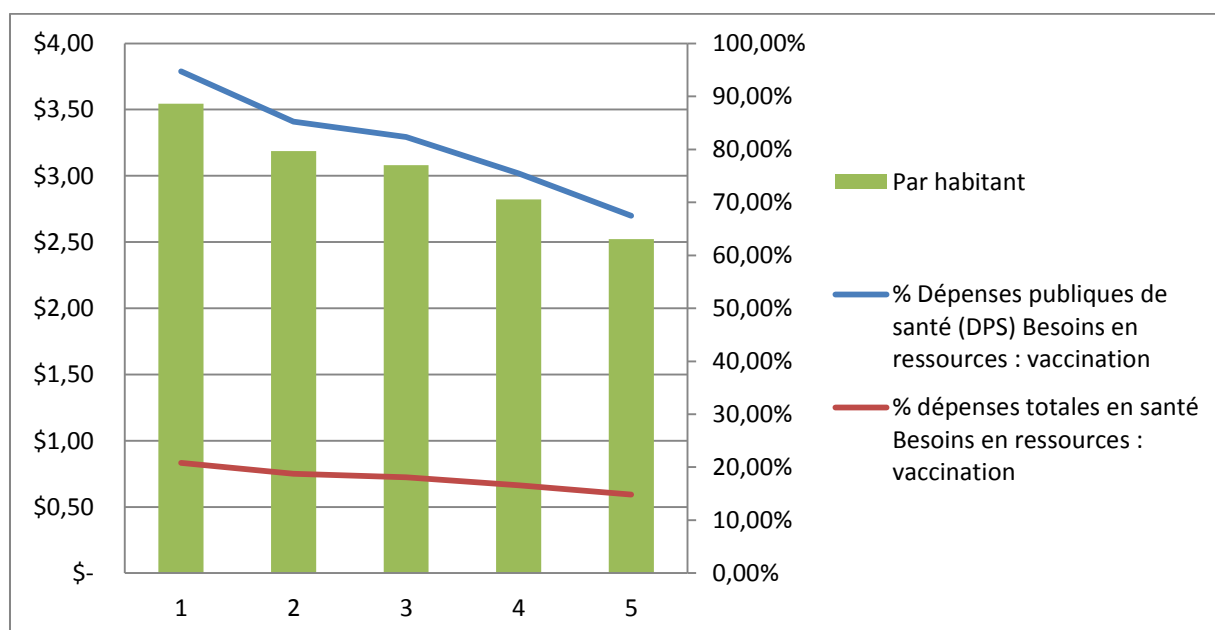


Figure 25: Analyse de la viabilité financière.

Le graphique ci-dessus confirme les inquiétudes sur la viabilité financière du programme avec une tendance à la baisse des ressources de vaccination rapportées tant aux dépenses publiques qu'aux dépenses totales de santé.

X. MISE EN ŒUVRE DU PPAC

Les stades de mise en œuvre du PPAC englobent les activités suivantes :

- Approbation et diffusion du PPAC ;
- Création du plan annuel ;
- Renforcement et intégration des activités ;
- Hiérarchisation des activités ;
- Suivi et supervision.

10.1. Approbation et diffusion du PPAC

La diffusion du plan PPAC finalisé se fera selon les étapes ci-après :

- Approbation des plus hautes autorités nationales.
- Intégration des principaux buts et cibles du Plan national du développement Sanitaire
- Consultation du Ministère de la Santé et du Ministère des Finances pour veiller à ce que le financement du plan fasse partie des engagements du financement pluriannuel.
- Présentation du plan au CCIA et aux partenaires et dans le cadre de forums plus larges du secteur de la santé. Le PPAC pourra également être l'objet de réunion avec les parlementaires ou des personnalités politiques afin de les encourager à s'investir dans le programme de vaccination.
- Diffusion du plan à tous les niveaux (central, intermédiaire, périphérique) et aux autres acteurs impliqués dans le processus de planification.
- Organisation de forums dans le cadre d'une stratégie de plaidoyer et de communication en s'assurant de la participation de la société civile, d'organisations professionnelles, d'universitaires, du secteur privé et des médias, avec pour objectif de faire connaître les principaux buts et cibles du plan pluriannuel.

La figure ci-après décrit le processus d'approbation et de diffusion du PPAC

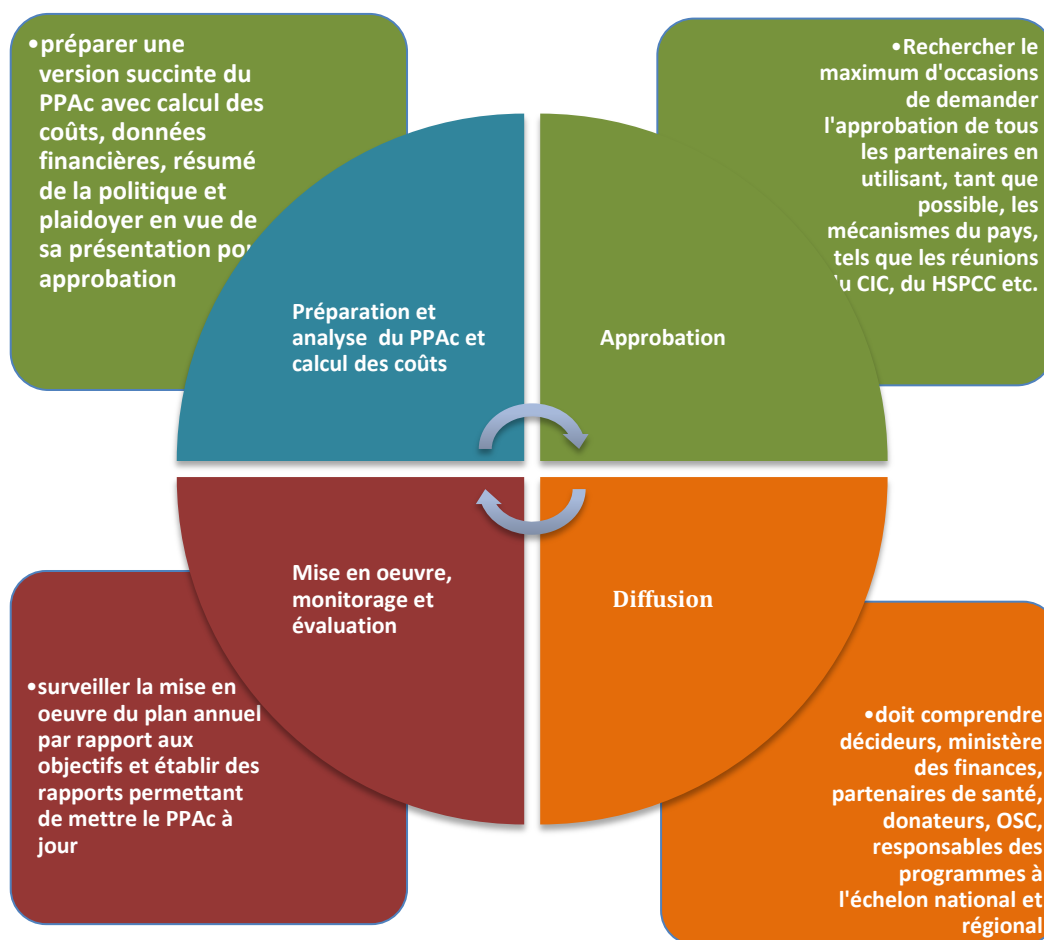


Figure 26: Processus d'approbation et de diffusion du PPAC

10.2. Plan annuel du PPAC

Le plan annuel du PPAC est déduit du calendrier des activités préalablement établi au chapitre VII du présent document.

Le plan de 2016 contient donc toutes les activités planifiées pour cette année en prenant en compte leur budgétisation dans l'outil costing.

Tableau 42: Plan de mise en œuvre annuel 2016

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en CFA
GESTION DU PROGRAMME					
1	Créer les organes législatifs et règlementaires : ANR (Décret) ;	Janvier	Décembre	l'Autorité Nationale de Régulation (ANR) est créée	PM
2	Mettre en place le Groupe Spécial de Confinement de la Polio	Janvier	Décembre	le Groupe Spécial de Confinement de la Polio est créé et mis en place	PM
3	Organiser un atelier de réorganisation de la composante communication PEV	Janvier	Décembre	un atelier est organisé	PM
4	Elaborer la politique nationale de vaccination	Avril	Septembre	Une politique nationale de vaccination est élaborée	PM
5	Diffuser à tous les niveaux du système de santé les axes stratégiques de l'approche ACC/ACE	Juillet	Décembre	le document sur l'approche ACC est vulgarisé	PM
6	Elaborer un plan annuel de travail pour la vaccination à tous les niveaux	Janvier	février	les plans annuels de travail pour la vaccination sont disponibles à tous les niveaux	PM
7	Elaborer, exécuter, suivre et évaluer les micros plans des CSI	Janvier	février	les micros plans des CSI élaborés sont exécutés, suivis et évalués	PM
8	Réactualiser les microplans JNV des CSI et des districts sanitaires	Janvier	février	les micros plans des JNV sont actualisés	PM
9	Faire un micro plan spécifique aux zones nomades lors de planification (carburant, durée, logistique, performance des équipes)	Janvier	février	les micros plans spécifiques aux zones nomades lors de planification sont élaborés	PM
10	Organiser une fois par trimestre la réunion du CCIA	Janvier	Décembre	4 réunions du CCIA sont tenues par an	17500000
11	Organiser une fois par semestre la réunion du GTCV	Janvier	Décembre	2 réunions du GTCV sont tenues par an	20000000
12	Organiser des réunions périodiques régulières de coordination, regroupant toutes les Divisions de la DI et aussi des réunions restreintes entre Divisions pour faciliter la concertation, l'échange d'informations et l'intégration des activités	Janvier	Décembre	les réunions périodiques de coordination organisées	15000000
13	Organiser des réunions mensuelles de monitoring des données de la vaccination et de la surveillance pour identifier les problèmes et proposer conjointement des solutions à tous les niveaux (DI-DSRE, DRSP/DS)	Janvier	Décembre	les réunions périodiques de monitoring et de surveillance sont réalisées	PM
14	Organiser des réunions semestrielles	Janvier	Décembre	les réunions semestrielles	PM

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en CFA
	décentralisées des points focaux de la vaccination et de la surveillance			décentralisées des points focaux sont organisées	
15	Mettre en place à la DI un centre d'archivage et de documentation dont le contenu (documents électroniques et documents papier) proviendrait des différentes Divisions	Janvier	Décembre	Un centre d'archivage et de documentation est créé	PM
16	Diffuser les résultats de la revue du PEV et de la GEV à tous les niveaux du système de santé.	Janvier	Mars	les résultats de la revue du PEV et de la GEV à sont partagés	PM
17	Editer un bulletin annuel d'information sur le PEV et la Surveillance	Janvier	Décembre	un bulletin annuel d'information sur le PEV et la Surveillance est édité	PM
18	Doter la DI d'équipement performant à haut Débit d'internet et les accessoires d'installation en communication	Janvier	Avril	Internet haut débit installé est fonctionne	4500000
GESTION DES RESSOURCES HUMAINES					
19	Elaborer la description de poste du personnel du PEV à tous les niveaux	Avril	Septembre	la description de poste du personnel du PEV est réalisée à tous les niveaux	PM
20	Poursuivre le recrutement des nouveaux agents et leur affectation dans les CSI (Etat, ONG, Collectivités)	Janvier	Décembre	les nouveaux agents de santé sont recrutés	PM
21	Poursuivre le recrutement des agents de santé qualifiés pour les cases de santé	Janvier	Décembre	les agents de santé qualifiés sont affectés dans les cases de santé	PM
22	Allouer des primes d'incitation à la performance aux prestataires de soins des districts sanitaires et CSI	Janvier	Décembre	les primes d'incitation à la performance aux prestataires sont octroyées	PM
23	Créer une base de données pour suivre la situation des agents formés sur les thématiques du PEV	Janvier	Décembre	une base de données est mise en place	PM
24	Former 58 membres des ECD et les staffs des DRSP en gestion PEV en 2 sessions de formations des formateurs	Avril	Septembre	58 membres des ECD et les staffs des DRSP en gestion PEV	8658300
25	Former 58 membres des ECD et les staffs des DRSP sur l'approche ACD/ACE en 2 sessions de formations des formateurs	Avril	Septembre	58 membres des ECD et les staffs des DRSP sur l'approche ACD/ACE	8658300
26	Former 100 membres des ECD et les staffs des DRSP sur le DQS	Septembre	Décembre	100 membres des ECD et les staffs des DRSP sur le DQS	PM
27	Former 838 agents des CSI en gestion PEV	Janvier	Décembre	838 agents (CSI) en gestion PEV pratique	132 824 500
28	Former 100 agents des CSI sur	Janvier	Décembre	100 agents des CSI sur	PM

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en CFA
	l'approche ACD/ACE			l'approche ACD/ACE	
29	Former 660 agents des CSI et des cases de santé en techniques vaccinales	Janvier	Décembre	660 agents des CSI et des cases de santé en techniques vaccinales	25533000
30	Former 30 staffs de la DI, les CRI et les CDI en techniques de supervision formative à Ouallam	Octobre	Décembre	30 staffs de la DI, les CRI et les CDI en techniques de supervision	PM
31	Former 300 chefs CSI sur la micro planification	Janvier	Décembre	300 chefs CSI formés sur la micro planification	PM
32	Former 58 agents (2 pour chacun des 21 districts et 2 par DRSP) sur le monitoring des activités PEV	Janvier	Décembre	58 agents sont formés sur le monitoring plus	6519300
33	Former 300 chefs CSI sur le monitoring de la CDF et de la température	Janvier	Décembre	300 chefs CSI formés sur le monitoring de la CDF et température	PM
34	Former 300 chefs CSI sur la maintenance préventive de la CDF	Janvier	Décembre	300 chefs CSI formés sur la maintenance préventive	PM
35	Former 1 agent de la DI et 1 agent des régions sur la formation en licence professionnelle en logistique santé à OUIDAH	Janvier	Décembre	2 agents formés en licence professionnelle en logistique	30000000
36	Renforcer les capacités de 4 agents des services programmation en suivi évaluation sur le logiciel TOMPRO	mars	juin	4 agents des services programmation en suivi évaluation sont formés sur le logiciel TOMPRO	34540000
37	Former les 80 agents de santé et les OPM à l'entretien et à la maintenance des frigos solaires	Janvier	Décembre	80 agents de santé et les OPM sont formés à l'entretien et à la maintenance des frigos	30303500
38	Former 300 agents de santé sur la surveillance des MAPI	Janvier	Décembre	300 agents de santé formés sur la surveillance des MAPI	PM
39	organiser un atelier National de partage sur l'intégration des curricula de formation sur les directives du PEV des écoles de santé publiques et privée	Janvier	mars	atelier de partage sur l'intégration des curricula de formation sur les directives du PEV est organisé	7220020
40	Former 25 enseignants des écoles de santé publiques et privées , et instituts de santé sur le module des directives du PEV (curricula)	Janvier	Mars	25 enseignants des écoles et instituts de santé formés sur le module des directives du PEV	9650000
41	Former 16 formateurs du niveau central en MLM (vaccinologie)	Janvier	Décembre	les capacités des formateurs sont renforcées en vaccinologie	10000000
42	Former 42 agents des régions et districts sur l'introduction du HPV dans le PEV de routine	Janvier	Mars	42 agents des régions et districts sur l'introduction du HPV	PM

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en CFA
43	Former 300 agents de santé de CSI sur l'introduction du HPV dans le PEV de routine	Janvier	Mars	300 agents de santé de CSI sur l'introduction du HPV dans le PEV	PM
44	Former 35 agents de l'équipe centrale de la DI et les membres du sous-comité national de mobilisation sociale en C4D PEV	Janvier	Juin	35 membres de comité mobilisation sociale sont formés en C4D	PM
45	Former 419 agents de santé des CSI en CCC PEV	Janvier	Décembre	419 agents de santé sur l'approche C4D CCC PEV	28758000
46	Former 40 chroniqueurs et les animateurs des radios communautaires sur les maladies cibles du PEV	Janvier	Décembre	40 chroniqueurs et les animateurs des radios communautaires	PM
47	Former 500 relais communautaires sur l'importance de la vaccination et la visite à domicile	Janvier	Décembre	500 relais communautaires sur l'importance de la vaccination	17500000
48	Elaborer 1 module de formation sur les nouveaux vaccins pour les agents de santé, les dirigeants communautaires et les professionnels des medias.	Janvier	Décembre	1 module de formation sur les nouveaux vaccins est rédigé	PM
49	Organiser des sessions de formations à l'intention des 500 agents de santé, sur la CIP, le PEV de routine, la surveillance à base communautaire, les AVS et les nouveaux vaccins.	Janvier	Décembre	500 agents de santé sont formés sur la CIP, le PEV de routine, la surveillance à base communauté	11000000
50	Organiser des formations à l'intention de 100 leaders nomades, sur la CIP, le PEV de routine, la surveillance à base communautaire, les AVS et les nouveaux vaccins.	Janvier	Décembre	100 leaders nomades sont formés sur la CIP, le PEV de routine, la surveillance à base communautaire, les AVS et les nouveaux vaccins.	PM
51	Organiser des formations de 135 chefs traditionnels sur la surveillance à base communautaire, les AVS et les nouveaux vaccins.	Janvier	Décembre	135 chefs traditionnels sont formés sur la surveillance à base communautaire, les AVS et les nouveaux vaccins.	PM
52	Former 440 membres de groupements féminins par an et par district sur la vaccination	Janvier	Décembre	440 membres de groupements féminins par sur la vaccination	PM
53	Former les formateurs des relais communautaires sur le guide technique pour la surveillance des maladies cible du PEV	Janvier	Décembre	formateurs des relais renforcés sur le guide technique pour la surveillance des maladies	11000000
54	Assurer deux supervisions par an du niveau national vers le niveau régional	Janvier	Décembre	deux supervisions réalisées	20000000
55	Assurer deux supervisions par an du niveau régional vers le niveau district	Janvier	Décembre	deux supervisions du niveau régional réalisées vers les DS	PM

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en CFA
56	Assurer 4 supervisions par an du niveau district vers le niveau périphérique	Janvier	Décembre	4 supervisions du niveau district réalisées vers les CSI	PM
57	Assurer 4 fois par an la supervision nationale des activités de la mobilisation sociale	Janvier	Décembre	4 supervisions nationales des activités de la mobilisation sociale sont réalisées	7000000
58	Faire le suivi de l'intégration des curricula de formation sur les directives du PEV des écoles de santé publiques et privées	Janvier	mars	le suivi de l'intégration des curricula de formation sur les directives du PEV des écoles de santé publiques et privées est réalisé	8980000
59	Faire le suivi post formation des agents des CSI et Case de santés formées en gestion PEV et technique Vaccinale au niveau des districts	Janvier	mars	le suivi post formation des agents des CSI et Case de santés formées en gestion PEV et technique Vaccinale est réalisé	20111922
CALCUL DES COÛTS ET FINANCEMENT					
60	Organiser chaque année une journée parlementaire sur la vaccination	Juin	Décembre	un plaidoyer de haut niveau est organisé	3400000
61	Organiser un plaidoyer auprès des Ministère de la Santé et des Finances pour un rehaussement de la ligne budgétaire des vaccins et consommables à la hauteur de 0,5%	Janvier	Juin	un plaidoyer auprès des Ministère de la Santé et des Finances est organisé	PM
62	Dynamiser le comité de suivi de financement des vaccins et consommables	Janvier	Juin	le comité de suivi de financement des vaccins et consommables est réactivé	PM
63	Débloquer à temps les ressources allouées à la ligne budgétaire de la vaccination	Janvier	Juin	les ressources allouées à la ligne budgétaire de la vaccination sont débloqués dans le délai	3066521816
64	Organiser un plaidoyer pour la mobilisation locale des fonds auprès des sociétés minières, les téléphonies et autres pour passer de 0% en 2014 à 30% en 2020	Janvier	Décembre	un plaidoyer pour la mobilisation locale des fonds auprès des sociétés minières, les téléphonies est fait	PM
65	Organiser un plaidoyer pour la mobilisation locale des fonds auprès de toutes les collectivités et sécurisation des 30 % pour la vaccination, de 0,21% en 2013 à 4% en 2020	Janvier	Décembre	un plaidoyer pour la mobilisation locale des fonds auprès de toutes les collectivités est réalisé	PM
66	Fournir les documents de procédures de gestion des ressources financières aux structures sanitaires	Janvier	Décembre	les documents de procédures de gestion des ressources financières sont fournis	PM

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en CFA
67	Organiser une table ronde pour la mobilisation des ressources internes pour le financement du PPAC	Mars	Juin	une table ronde pour la mobilisation des ressources internes est organisée	15 000 000
68	Organiser un plaidoyer pour le respect des engagements pris par les partenaires pour l'appui financier et technique	Janvier	Décembre	un plaidoyer pour le respect des engagements pris par les partenaires est organisé	PM
69	Intégrer le financement des activités de la vaccination dans les Plans de Développement Communaux des Collectivités	Juin	Décembre	le financement des activités de la vaccination est pris en compte dans les Plans de Développement Communaux	PM
APPROVISIONNEMENT, QUALITÉ ET LOGISTIQUE DES VACCINS					
70	Assurer la disponibilité des vaccins du PEV de façon permanente (vaccins traditionnels, Nouveaux Vaccins et vaccins cofinancés)	Janvier	Décembre	vaccins disponibles	PM
71	Assurer l'approvisionnement trimestriel des vaccins et consommables du niveau central vers les régions	Janvier	Décembre	4 approvisionnements en vaccins et consommables des régions sont assurés	29908756
72	Assurer 12 approvisionnements mensuels des régions vers les DS en vaccins et consommables	Juillet	Décembre	12 approvisionnements en vaccins des districts sont réalisés	PM
73	Assurer 12 approvisionnements mensuels des DS vers les CSI en vaccins et consommables	Janvier	Décembre	12 approvisionnements des CSI en vaccins et consommables sont réalisés	PM
74	Elaborer en collaboration avec l'Unicef et le transitaire, un plan d'urgence sur les mesures à prendre en cas de retards, d'annulation de vols ou des arrivages reçus sans avertissement préalables.	Janvier	Décembre	un plan d'urgence sur les mesures à prendre en cas de retards, d'annulation de vols ou des arrivages est élaboré	PM
75	Mettre en place des dispositions pour la réception, le dédouanement et la vérification des seringues, boîtes de sécurité et autres consommables	Janvier	Décembre	les dispositions pour la réception, le dédouanement et la vérification des seringues sont mises en place	PM
76	Classer ensemble les rapports de réception des vaccins avec les documents accompagnant les expéditions dans des classeurs.	Janvier	Décembre	les rapports de réception des vaccins sont classés	PM
77	Elaborer et mettre en œuvre un plan de renouvellement parc auto motos	Janvier	Juin	un plan de renouvellement parc auto motos est élaboré	PM
78	Doter le dépôt central d'une fourgonnettes de 40 m ³ chacune pour	Janvier	Décembre	les fourgonnettes sont réceptionnées	45000000

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en CFA
	assurer le transport des vaccins de qualité				
79	Doter 20 districts sanitaires en véhicule pour mener les activités mobiles intégrées	Janvier	Décembre	20 districts sanitaires sont dotés en véhicule	PM
80	Assurer la maintenance préventive et curative du matériel roulant et de la C d F	Janvier	Décembre	la maintenance préventive et curative du matériel roulant et de la Cdf assurée	5000000
81	Doter 150 CSI en motos pour mener les activités foraines	Janvier	Décembre	150 CSI sont dotés en motos	PM
82	Doter les 42 CDI et 8 CRI d'ordinateurs de bureau, d'imprimante et d'onduleur	Janvier	Décembre	les 8CRI et les 42 DS ont dotés de materiel informatique	75000000
83	Doter les services de la DI de Matériel informatique (15 ordinateurs de bureau , 15 ordinateurs portables, 15 Imprimantes en raison, 15 onduleurs)	Janvier	Décembre	la DI est doté de materiel informatique	72000000
84	Elaborer et vulgariser les Manuels Opératoires Standardisées sous forme des directives pour la gestion logistique	Janvier	Juin	Manuels Opératoires Standardisées vulgarisés	PM
85	Doter 121 CSI en réfrigérateurs solaires BLF 100 DC	Janvier	Décembre	121 réfrigérateurs solaires sont réceptionnés	345129000
86	Doter 290 cases de santé en réfrigérateurs solaires BLF 100 DC	Janvier	Décembre	290 réfrigérateurs solaires sont réceptionnés	411800000
87	Acquérir 40 réfrigérateurs MK 304 pour les districts	Janvier	Décembre	40 réfrigérateurs MK 304 sont réceptionnés	PM
88	Acquérir 40 réfrigérateurs 150 MK 404 pour les districts			40 réfrigérateurs MK 404 sont réceptionnés	PM
89	Doter 84 CSI et 268 cases de santé en porte- vaccins blow king	Janvier	Décembre	352 de porte- vaccins blowking sont réceptionnés	4840000
90	Doter 210 CSI en glacières RCW25	Janvier	Décembre	210 glacières RCW 25 sont réceptionnées	76650000
91	Doter 385 cases de santé en glacières RCW 12	Janvier	Décembre	385 glacières RCW 12 sont réceptionnées	107800000
92	Réaliser un inventaire mensuel des matériels et vaccins à tous les niveaux	Janvier	Décembre	Un inventaire mensuel est réalisé à tous les niveaux	PM
93	Doter les chambres froides d'un système d'enregistrement automatique de température type Multi log	Janvier	Mars	les chambres froides sont dotées d'un système d'enregistrement automatique	PM
94	Acquérir 500 fridge Tag de nouvelle génération pour les équipements de la Cd F	Juillet	Juin	500 fridge Tag sont réceptionnés	18000000

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en CFA
95	Evaluer les relevés de température et les alarmes de manière formelle au moins une fois par mois afin d'identifier les écarts de température et leurs causes.	Janvier	Décembre	les relevés de température et les alarmes de manière sont évalués	PM
96	Analyser mensuellement les relevés de températures afin d'identifier les changements systématiques opérés dans la performance des équipements de la chaîne de froid	Janvier	Décembre	les relevés de températures sont analysés régulièrement	PM
97	Doter les régions des fiches de relevé des températures incluant les alarmes	Janvier	Décembre	les régions sont dotées en fiches de relevé des températures	PM
98	Finaliser d'urgence l'installation des chambres froides des régions (deuxième de Zinder et celle de Niamey)	Janvier	Avril	l'installation des chambres froides des régions (deuxième de Zinder et celle de Niamey) est achevée	PM
99	Formaliser par écrit le plan d'urgence pour la sécurisation des vaccins en cas d'urgence	Janvier	Mars	le plan d'urgence pour la sécurisation des vaccins est formalisé par écrit	PM
100	Assurer la maintenance régulière des groupes électrogène des chambres froides du niveau National et des régions	Janvier	Décembre	la maintenance des groupes électrogènes est assurée	36000000
101	Acquérir et installer 8 régulateurs de tension pour les 8 dépôts régionaux	Janvier	Décembre	les régulateurs de tension pour les 8 dépôts régionaux sont installés	PM
102	Aménager des espaces d'emballage des vaccins et pour le conditionnement des accumulateurs de froid	Janvier	Juin	les espaces d'emballage des vaccins et pour le conditionnement sont aménagés	PM
103	Mettre en place 20 extincteurs d'incendie dans les dépôts et les tester régulièrement afin de garantir la sécurité	Janvier	Juin	les extincteurs d'incendie sont installés dans les dépôts	PM
104	Doter les agents de 8 régions et de la DI travaillant dans les entrepôts frigorifiques en combinaison pour faire face à la basse température	Janvier	Juin	le personnel travaillant dans les entrepôts frigorifiques est doté des vêtements chauds	5000000
105	Elaborer un manuel de maintenance (SOP) des équipements de chaîne du froid à l'attention des utilisateurs	Janvier	Mars	un manuel de maintenance (SOP) des équipements de chaîne du froid est élaboré	PM
106	Doter la DI d'un logiciel de suivi évaluation TOMPRO (acquisition et implantation)	Janvier	Juin	un logiciel de suivi évaluation TOMPRO est mis en place à la DI	10000000
107	Doter les services OPM de tous les districts sanitaires en pièces de rechange pour le matériel et	Janvier	Mars	les services OPM des districts sanitaires sont dotés en pièces de	33000000

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en CFA
	l'équipement de chaîne de froid (5 frigo par districts)			rechange	
108	Effectuer l'analyse régulière des rapports de gestion de stock généré par le SMT	Janvier	Décembre	les rapports de gestion de stock généré par le SMT sont analysés	PM
109	Utiliser parallèlement au SMT, les outils et manuels de gestion des stocks (fiches et registre de stocks individuels) pour l'enregistrement des vaccins, diluants et consommables	Janvier	Décembre	les vaccins, diluants et consommables sont régulièrement enregistrés	PM
110	Rendre effective l'utilisation de l'outil de gestion informatisés des stocks (SMT) et de l'outil sur le monitoring des activités de vaccination (DVD-MT);	Janvier	Décembre	l'outil de gestion informatisée des stocks (SMT) et de l'outil sur le monitoring des activités de vaccination (DVD-MT) est utilisé	PM
111	Analyser régulièrement les indicateurs de gestion des stocks (stocks critiques, pertes de vaccins, températures de stockage).	Janvier	Décembre	les indicateurs de gestion des stocks (stocks critiques, pertes) sont analysés	PM
112	Assurer la gestion des diluants, seringues et les boîtes de sécurité dans le registre de gestion de stock	Janvier	Décembre	les diluants, seringues et les boîtes de sécurité sont consignés dans le registre de gestion de stock	PM
113	Respecter les niveaux de stock critiques, afin d'éviter les ruptures et les sur-stockages	Janvier	Décembre	les niveaux de stock critiques sont respectés	PM
114	Assurer le rangement des vaccins dans le réfrigérateur conformément aux directives en vigueur	Janvier	Décembre	le rangement des vaccins est assuré	PM
115	Elaborer et mettre en application un programme opérationnel de distribution des vaccins et des consommables selon le rythme défini	Janvier	Décembre	un programme opérationnel de distribution vaccins et des consommables est établi	PM
116	Elaborer des directives sur le conditionnement des accumulateurs pour le transport des vaccins à tous les niveaux	Janvier	Décembre	les directives sur le conditionnement des accumulateurs pour le transport des vaccins sont élaborées	PM
117	Utiliser systématiquement des accumulateurs conditionnés et à eau froide pour le rangement et le transport des vaccins	Janvier	Décembre	les accumulateurs conditionnés et à eau froide sont systématiquement utilisés	PM
118	Utiliser systématiquement les indicateurs de congélation pour le transport des vaccins sensibles à la congélation	Janvier	Décembre	les indicateurs de congélation pour le transport sont systématiquement utilisés	PM
119	Elaborer un plan d'urgence pour le transport des vaccins	Janvier	Mars	un plan d'urgence pour le transport des vaccins est élaboré	PM

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en CFA
120	Elaborer un plan stratégique de gestion de déchets issus de la vaccination 2016-2020	Janvier	Mars	un plan stratégique de gestion de déchets issus de la vaccination 2016-2020 est élaboré	PM
121	Intégrer les plans des incinérateurs dans les plans types des formations sanitaires	Janvier	Décembre	les plans des incinérateurs sont pris en compte dans les plans types des formations sanitaires	PM
PRESTATION DE SERVICE					
122	Organiser une sortie mobile intégrée de 7 jours par mois et par district pendant toute l'année au niveau des villages et des zones hors portée	Janvier	Décembre	les sorties mobiles intégrées de 7 jours par mois et par district sont réalisées	PM
123	Organiser une sortie foraine de 1 jour par semaine et par CSI pendant les 52 semaines de l'année	Janvier	Décembre	les sorties foraines de 1 jour par semaine et par CSI sont réalisées	PM
124	Intégrer les activités de vaccination dans le PMA de 100 cases de santé tenues par des agents de santé qualifiés	Janvier	Décembre	les activités de vaccination sont intégrées dans le PMA des 100 cases de santé	PM
125	Etendre les activités de vaccination à 100 structures sanitaires privées	Janvier	Décembre	les activités de vaccination sont intégrées dans le PMA des 100 structures sanitaires privées a	PM
126	Organiser au moins 4 fois/an les Activités de Vaccination Supplémentaires contre la poliomyélite, la vitamine A et Albendazole	Janvier	Décembre	les Activités Vaccination Supplémentaires contre la poliomyélite, la vitamine A et Albendazole sont organisés	1785000000
127	Organiser la pré certification de l'élimination du TMN	Janvier	Mars	la pré certification de l'élimination du TMN est réalisée	PM
128	Organiser des activités de riposte vaccinale autour des cas TMN	Janvier	Décembre	les ripostes vaccinales sont systématiquement organisées	PM
129	Poursuivre l'intégration de la vitamine A et dans le PEV de routine et dans les AVS	Janvier	Décembre	la vitamine A est intégré dans le PEV de routine et dans les AVS	PM
130	Réactualiser en début de chaque année les données démographiques par Région/District et par CSI	novembre	Décembre	les données démographiques par Région/District et par CSI sont actualisées	PM
131	Actualiser la cartographie des aires de santé	Janvier	février	la cartographie des aires de santé est actualisée	PM
132	Mettre en œuvre le Monitoring plus dans les CSI	Janvier	Décembre	le monitoring plus dans les CSI est réalisé	PM
133	Rendre disponible les supports PEV réactualisés de façon régulière et à	Janvier	Décembre	les supports PEV réactualisés sont	2500000

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en CFA
	tous les niveaux			disponibles	
134	Mettre à contribution les relais communautaires dans la recherche des perdus de vue à travers la visite à domicile (VAD)	Janvier	Décembre	les relais communautaires mènent la recherche des perdus de vue	PM
135	Mettre à contribution les écoles de maris dans les districts à faible couverture vaccinale	Janvier	Décembre	les écoles de maris dans les districts sont impliquées dans le PEV	PM
136	Organiser chaque année la semaine nationale de vaccination (rattrapage)	Janvier	Juin	la semaine nationale de vaccination est organisée	PM
137	Organiser une campagne pré introduction méningite A	Janvier	Juin	la campagne Men A organisée	831950000
138	Coupler la vaccination des enfants aux activités de Blanket Feeding et les Cash transferts	Juin	Décembre	la vaccination est intégrée dans les activités de BF et CA	PM
139	Organiser une sortie mobile intégrée de 10 jours par mois et par District dans les 15 districts les plus peuplés ou difficiles d'accès pendant toute l'année au niveau les villages des zones hors portée	Janvier	Décembre	les sorties mobiles intégrées de 10 jours par mois et par District dans les 15 districts les plus peuplés ou difficiles	PM
140	Elaborer une cartographie des communautés à haut risque en collaboration avec les services d'élevage, de l'hydraulique, les élus et les leaders communautaires	Janvier	Décembre	une cartographie des communautés à haut risque est établie	PM
141	Planifier et Faire des interventions intégrées pendant les fêtes des éleveurs (régionales et nationales)	Janvier	Décembre	les interventions intégrées sont organisées pendant les fêtes des éleveurs	PM
142	Mettre en œuvre les activités (vaccination, PIE, Enquête de couverture et étude de couts) de la deuxième phase la campagne de vaccination contre le HPV au niveau des DS de Niamey 3 &4 et Madarounfa	Janvier	Décembre	HPV introduit dans le PEV de routine dans 3 districts	59307401
143	Elaborer avec la DI et les autres partenaires le plan de retrait de VPO type 2 y compris sa validation	Janvier	Avril	le plan de retrait de VPO type 2 y compris sa validation est élaboré	30000000
144	Conduire une étude évaluative sur les déterminants des activités de vaccination dans 10 districts les moins performants en 2015 (disponibilité, accessibilité, utilisation des services, couverture adéquate et couverture effective)	octobre	novembre	une étude évaluative sur les déterminants des activités de vaccination dans 10 districts les moins performants en 2015 est réalisée	5000000
	NOTIFICATION ET SURVEILLANCE				
145	Doter les structures sanitaires en	Janvier	Décembre	les structures sanitaires	PM

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en CFA
	supports de collecte des données			sont dotées supports de collecte des données	
146	Doter les structures sanitaires en flotte (GSM)	Janvier	Décembre	les structures sanitaires sont dotées en flotte	PM
147	Elaborer et/ou réviser un guide technique pour la surveillance à base communautaire des maladies cible du pev	Janvier	Décembre	les structures sanitaires sont dotées en supports de définitions des cas	20000000
148	Organiser des réunions de mise à niveau des agents de santé des structures hospitalières et privées sur l'objectif d'éradication de la poliomyélite	Janvier	Décembre	les réunions de mise à niveau des agents de santé des structures hospitalières sont tenues	PM
149	Tenir des réunions de mise à niveau des relais communautaires et des tradipraticiens dans la recherche active des cas de PFA	Janvier	Décembre	réunions de mise à niveau des relais communautaires et des tradipraticiens dans la recherche active sont organisées	PM
150	Doter les structures sanitaires en pots de prélèvements et fiches d'investigation	Janvier	Décembre	les structures sanitaires sont dotées en pots de prélèvements et fiches d'investigation	PM
151	Mettre à niveau les laboratoires régionaux et des districts	Janvier	Décembre	les laboratoires régionaux et des districts sont mises à niveaux	PM
152	Ravitainer les laboratoires en réactifs nécessaires à l'analyse des échantillons	Janvier	Décembre	les laboratoires sont ravitaillés en réactifs	PM
153	Investiguer tous les cas de rougeole	Janvier	Décembre	tous les cas de rougeole sont investigués	PM
154	Organiser les ratissages systématiquement	Janvier	Décembre	les ratissages sont systématiquement organisés	PM
155	Dynamiser les comités de gestion des épidémies à tous les niveaux	Janvier	Décembre	les comités de gestion des épidémies à tous les niveaux sont fonctionnels	PM
156	Faire le plaidoyer en faveur de l'accouchement par un personnel qualifié auprès des leaders d'opinion (association et groupement féminin, ONG)	Janvier	Décembre	le plaidoyer en faveur de l'accouchement par un personnel qualifié est organisé	PM
157	Investiguer tous les cas de TMN	Janvier	Décembre	tous les cas de TMN sont investigués	PM
158	Organiser la riposte vaccinale de tout cas de TMN investigué et documenter	Janvier	Décembre	la riposte vaccinale est organisée devant tout cas de TMN investigué	PM
159	Réaliser systématiquement les enquêtes du suivi des cas	Janvier	Décembre	les enquêtes du suivi des cas sont réalisées	PM

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en CFA
160	Elaborer un plan de surveillance sentinelle pour le rota virus	Janvier	Juin	un plan de surveillance sentinelle pour le rota virus est élaboré	PM
161	Elaborer un plan de surveillance sentinelle pour la méningite (HiB/PCV)	Janvier	Juin	un plan de surveillance sentinelle pour la méningite (HiB/PCV) est élaboré	PM
162	Rechercher activement et investiguer tous les cas suspects de fièvre jaune	Janvier	Décembre	tous les cas suspects de fièvre jaune sont investigués	PM
163	Organiser la riposte vaccinale de tout cas de FJ investigué et documenter	Janvier	Décembre	la riposte vaccinale est organisée devant tout cas de FJ investigué	PM
164	Mener des enquêtes rapides pendant les campagnes et par grappe après les campagnes	Janvier	Décembre	les enquêtes rapides pendant les campagnes et par grappe sont organisées	PM
165	Systématiser le DQS dans les formations sanitaires	Janvier	Décembre	le DQS est réalisé dans les formations sanitaires	PM
166	Conduire une enquête de couverture vaccinale	Janvier	Décembre	une enquête de couverture vaccinale est réalisée	PM
167	Assurer une disponibilité permanente de seringues autobloquantes et de boîtes de sécurité	Janvier	Décembre	les DS et les CSI sont ravitaillées en SAB	PM
168	Mettre en place un comité de surveillance et gestion des MAPI prenant en compte le PEV et les campagnes de vaccination	Janvier	Mars	un comité de surveillance et gestion des MAPI est mis en place	PM
169	Elaborer un guide de surveillance et de prise en charge des cas de MAPI	Janvier	Juin	un guide de surveillance et de prise en charge des cas de MAPI est élaboré	PM
GÉNÉRATION ET COMMUNICATION DE LA DEMANDE					
170	Elaborer des documents de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières pour le soutien des activités du PEV au niveau des responsables politiques et décideurs.	Janvier	Mars	les documents de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières sont élaborés	PM
171	Organiser 2 réunions de plaidoyer par an en collaboration avec les autorités et leaders pour la mobilisation des ressources financières pour le soutien des activités du PEV	Janvier	Juin	les réunions de plaidoyer par an en collaboration avec les autorités et leaders pour la mobilisation des ressources tenues	PM
172	Tenir une réunion par an avec les leaders nomades pour le soutien des activités du PEV.	Mars	Avril	la réunion avec les leaders nomades pour le soutien des activités du PEV est organisée	PM

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en CFA
173	Organiser une réunion de plaidoyer par an à l'endroit des ONG associations les représentants des leaders religieux et les élus locaux pour le soutien des activités de communication	Mars	Juin	une réunion de plaidoyer par an à l'endroit des ONG associations les représentants des leaders religieux et les élus locaux pour le soutien est tenue	PM
174	Créer un cadre de partenariat avec les opérateurs du secteur privé et sociétés d'Etat pour la mobilisation des ressources en faveur de la vaccination ;	Janvier	Juin	un cadre de partenariat avec les opérateurs du secteur privé et sociétés d'Etat pour la mobilisation est crée	PM
175	Organiser quatre (4) émissions publiques par an dans chacune des 134 radios communautaires pour les populations des villages	Janvier	Décembre	les émissions publiques dans les 134 radios communautaires pour les populations organisées	PM
176	Reproduire tous les 2 ans les supports de communication : 5000 dépliants, 5000 affiches, 5000 pochettes pour kit plaidoyer, 5000 casquettes, 5000 t-shirts, 2000 pagi voltent, 5000 tabliers	Janvier	Décembre	les supports de communication sont disponibles	PM
177	Signer un contrat de partenariat à durée déterminée basée sur la performance avec les médias publics, privés et communautaires;	Janvier	Juin	un contrat de partenariat à durée déterminée basée sur la performance avec les médias publics, privés est signé	PM
178	Organiser une visite à visée éducative par trimestre dans les DS à faible performance sur la vaccination en raison de deux relais par CSI	Janvier	Décembre	les visites à visée éducative sont réalisées par les relais	PM
179	Organiser 1 séance trimestrielle de dialogue communautaire au niveau des CSI à faible performance pour aider à résoudre les problèmes liés à la vaccination	Janvier	Décembre	les séances de dialogue communautaire au niveau des CSI à faible sont réalisées	PM
180	Diffuser les émissions produites par semaine à travers un des formats (prêches, spot, interview, appel, émission publiques, théâtres, sketch, débats, chants) sur la vaccination au niveau des radios communautaires	Janvier	Décembre	les émissions sur la vaccination sont produites régulièrement dans les radios	75000000
181	Organiser une étude anthropologique sur la perception et l'acceptabilité du vaccin HPV avant son introduction dans le PEV	Janvier	Décembre	une étude anthropologique est réalisée	PM
182	Doter les 15 OSC du secteur de la sante en matériels de communication pour le suivi à base communautaire	Janvier	Décembre	les OSC sont dotées de matériels de communication	14175000

N°	Activités par composante	Mois de début	Mois de fin	Produit escompté	Ressources nécessaires en CFA
	sur le CCC à la vaccination				
183	Concevoir et reproduire des supports visuel et graphique de communication	Janvier	Décembre	les supports visuel et graphique de communication sont disponibles	2500000
184	Multiplier et diffuser le matériel et graphique de communication	Janvier	Décembre	les supports visuel et graphique de communication sont multiplés et diffusés	12500000
185	Elaborer, Produire et diffuser des guides de formation de la vaccination à l'intention des relais mobilisateurs	Janvier	Juin	Les guides de formation de la vaccination à l'intention des relais mobilisateurs sont élaborés	17500000

NB : les activités de surveillance sont essentiellement menées par la Direction de la Surveillance et de Ripostes aux Epidémies.

L'élaboration du plan annuel de 2017 se basera non seulement sur l'évaluation de la mise en œuvre du plan de 2016 mais aussi sur une nouvelle analyse de la situation du PEV et sur le calendrier inscrit au chapitre VII du présent PPAC.

10.3. Intégration et renforcement des activités du PPAC

Pour mieux atteindre les objectifs du PDS 2016-2020 et des ODD 2030, les activités du PEV (notamment celles de prestation de service) pourront s'intégrer à d'autres du secteur de la santé vers les mêmes cibles telles que la nutrition, la supplémentation en Vitamine A, la distribution de moustiquaires imprégnées, la sensibilisation des parents pour la surveillance communautaire des maladies, etc.

Le renforcement des activités du PEV passe par la définition des problèmes courants auxquels est confronté le système de vaccination et le partage des responsabilités pour mener à bien les actions correctrices. Ainsi, on peut décider de renforcer et de regrouper en une seule activité (réunion de coordination, la supervision intégrée) l'évaluation de la situation dans les districts et les ateliers de micro planification et de formation.

10.4. Hiérarchisation des activités du PPAC

La hiérarchisation des activités du PPAC consistera en l'établissement des activités prioritaires au profit des CSI, des districts et des communautés selon leurs spécificités afin de combler les déficits susceptibles d'affecter l'une quelconque des composantes du système de vaccination et, en particulier les composantes des services de vaccination liées à la couverture sanitaire. Ainsi, il y aura une analyse des données concernant les CSI, et les districts pour sélectionner les communautés et les districts auxquels accorder la priorité. Après avoir défini les activités et les districts prioritaires, un calendrier intégrant les personnes ou les services responsables sera établi au niveau des districts en prenant en compte les priorités du PDS 2016-2020.

10.5. Suivi et supervision du PPAC

Pour un meilleur suivi du PPAC, la direction de l'immunisation du PEV organisera à la fin de chaque année (ou par semestre), une réunion d'évaluation et d'analyse de la vaccination avec la participation des acteurs des districts, des régions, de la Direction de la Surveillance et de la Riposte aux Epidémies, de la Direction de la Statistique, des organisations de la société civile et des partenaires concernés. Ces réunions seront l'occasion d'évaluer le plan de travail annuel précédent, de discuter des réussites et des problèmes rencontrés et de mettre au point le plan de travail suivant en s'appuyant sur les données et ressources disponibles. D'autres parties prenantes impliquées dans la prestation de services de vaccination (autorités locales, secteur privé et ONG) pourraient aussi jouer un rôle plus actif au niveau des processus de revue et de planification.

CONCLUSION

Le présent Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2016-2020 contribuera à l'amélioration de l'état de santé de la population d'une manière générale, l'établissement de l'égalité d'accès de tous aux services de vaccination, l'augmentation de l'utilisation des services de vaccination par un plus grand nombre de personnes, l'introduction de nouveaux vaccins (Men A et HPV en 2017, RR en 2018 et Hep B en 2019) ainsi que l'intégration de la vaccination à d'autres interventions sanitaires.

Ce plan servira également de document d'orientation stratégique et de référence nationale pour la planification des activités de vaccination et de la mobilisation du financement. Sa mise en œuvre exige le développement d'un partenariat actif et une bonne coordination de tous les partenaires du PEV pour mobiliser l'ensemble des ressources requises.

Annexe 1 : Budget 2016

Le budget élaboré sans les coûts partagés en bâtiments dans le cadre du PPAC se répartit comme suit pour l'année 2016.

Catégorie de coûts	Total ressources nécessaires (US\$)
* Coûts récurrents de la vaccination systématique	
• Vaccins (vaccins de routine seulement)	
Traditionnel	2 310 297
Sous utilisé	6 910 906
Nouveau	22 354 904
▪ Matériel d'injection	887 057
▪ Personnel	
Salaires du personnel du PNV employé à temps plein (spécifique à la vaccination)	390 991
Per diem pour des vaccinateurs de stratégie avancée / équipes mobiles	1 476 511
Per diem pour supervision et monitoring	2 447 682
▪ Transport	
Stratégie d'emplacement fixe (distribution de vaccin incluse)	415 162
Stratégie avancée + Stratégie mobile	311 372
▪ Entretien et frais généraux	
Équipements, entretien & frais généraux de la chaîne du froid :	816 808
Entretien et d'autre équipement d'investissement	108 329
Frais généraux des bâtiments (électricité, eau...)	273 748

▪ Formation de courte durée	10 789
▪ IEC/ mobilisation sociale	4 991 621
▪ Surveillance des maladies	2 533
▪ Gestion du programme	77 146
▪ Autres coûts récurrents de routine	3 782
Sous-total des coûts récurrents	43 789 636
* Coûts d'investissement pour la vaccination systématique	
▪ Véhicules (100% PEV)	2 060 400
▪ Équipements de la chaîne du froid	1 331 771
▪ Autres biens d'équipement	651 713
▪ Bâtiments Construction (100% PEV)	1 215 585
Sous-total des coûts en capital	5 259 469
* Coûts des activités de vaccinations supplémentaires (AVS)	
▪ bVPO1+3	
Vaccins et matériel d'injection	1 992 452
Coûts opérationnels	5 414 888
▪ VAT	
Vaccins et matériel d'injection	1 291 095
Coûts opérationnels	0
▪ MenA	
Vaccins et matériel d'injection	2 263 884
Coûts opérationnels	532 037
▪ HPV	
Vaccins et matériel d'injection et coûts opérationnels	65 069
▪ VAR	
Vaccins et matériel d'injection	1 281 488
Coûts opérationnels	2 135 918
Sous-total des activités de vaccinations supplémentaires	14 976 831
* Coûts partagés du système de santé (PEV Portion)	
▪ Coûts partagés du personnel	5 004 223
▪ Coûts de transport partagé - Véhicules, carburant et d'entretien	102 508
▪ Bâtiments partagés - Construction	0
▪ Bâtiments partagés - Overhead	0
Sous-total des coûts partagés	5 106 732
Total global	69 132 667
Vaccination systématique	54 155 836
Activités de vaccinations supplémentaires	14 976 831

Annexe 2 : Liste des participants à la réunion de validation du PPAC 2016-2020



MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION
DIRECTION DES IMMUNISATIONS

LISTE DE PRESENCE

Objet : Validation PPAC 2016-2020

N° Ordre	Nom et Prénom	Structure	N° Téléphone	Signature
01	M ^{me} Jean Mariama	DI	96404032	
02	HACASOU MOUSSA	DMS	92194842	
03	DE Gbaguidi Aichatu	Niamey OMS	92194841	
04	DIERMAKOYE IBO	ROASSO	9692593	
05	AMIRAN ALBADA	ACTN	96879360	
06	KABA Gaston	Rotary Int	96963241	
07	Hamadou Mawda	SGA/MSP	96297898	
08	D Amadou Abdou	IS/RS/MS	96985422	
09	Dr Yan Abdoulaye	OMS	92194925	
10	Dr Abdou Mouctar CHITOU	UNICEF	96353232	
10	Faiga A. Faustoupha	DI/PEV	96968585	
11	YAHAYA HAWANAN	DI/MSP	96990734	
12	M ^{me} Moussa Aina	DI/NSP	96991727	
13	M ^{me} Adamere Marie	DI/NSP	96506583	
14	M ^{me} Ibrahim Aissata	DI/MSP	96982401	
15	Bako Oumaru	ULSS/MS	96882332	

16	M ^r Issoufou Lamiso	DI/MSP	93343329	[Signature]
17	M ^r Moukoko Hamidou	DI/MSP	96598533	[Signature]
18	M ^{me} Laoual Ruby	DI/MSP	96270248	[Signature]
19	M ^{me} Ide Harouna M ^{kt}	DI/MSP	96122624	[Signature]
20	M ^r Sidiki Bessy	DI/MSP	96966295	[Signature]
21	M ^r Harouna B. Brah	DI/MSP	96882215	[Signature]
22	MOKHTAR HAKIM	OMS	92199545	[Signature]
23	Ibrahim Cheikh	DSAE/MS	96881947	[Signature]
24	M ^r Alou Fayala	DI/PI	96882259	[Signature]
25	M ^r Oumar Harouna	Consultant OMS	96982171	[Signature]