

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL DE COMMUNICATION POUR LA VACCINATION DE ROUTINE 2014 -2016

DRAFT PNSC/PEV
COMITE DE FINALISATION

SOMMAIRE (à compléter)

Données sociodémographiques de base :	3
Principales causes de mortalité néonatale et des enfants de moins de 5 ans	5
Taux de mortalité infantile	5
Taux de mortalité maternelle.....	6
Plan national de développement sanitaire.....	6
Problèmes perçus dans l'accès aux soins de santé de la femme et inégalités de genre.....	7
Plan stratégique national pour la vaccination de routine	7
Couverture vaccinale et performances du PEV	7
Couverture PFE liées à la diarrhée, aux IRA et à la Rougeole/rubéole	8
Malnutrition (EDS continue 2012-2013)	9
Analyse du système de vaccination de routine	10
Introduction des nouveaux vaccins.....	11
Causes des disparités entre les régions dans la couverture vaccinale.....	12
Raisons de non vaccination	14
Barrières institutionnelles	16
Barrières liées aux services.....	17
Barrières comportementales.....	18
Barrières liées à la communication pour la vaccination.....	19
Coordination/Planification.....	21
Recherche /développement de message et matériel	22
Renforcement des capacités	23
Plaidoyer	23
Mobilisation sociale/participation communautaire.....	24
Communication pour le changement de comportement et social	25
Suivi et évaluation	25

Préface (à rédiger si nécessaire)



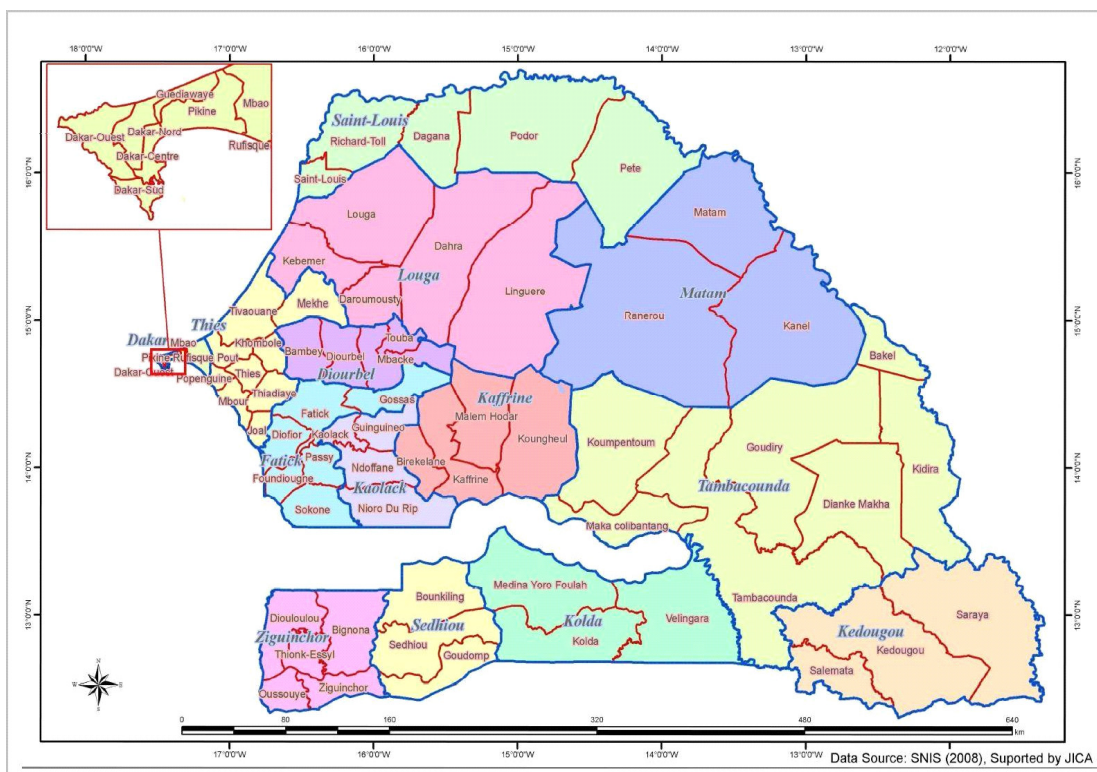
I. Contexte

Données sociodémographiques de base

Le Sénégal a une superficie de 196 722 km². Il est limité au nord par la Mauritanie, à l'est par le Mali, au sud par la Guinée et la Guinée Bissau, à l'ouest par la Gambie, et par l'Océan Atlantique sur une façade de 500 km. Dakar (550 km²), la capitale, est une presqu'île située à l'extrême Ouest.

Sur le plan administratif, le Sénégal est divisé en 14 régions, 45 départements, 117 arrondissements et 552 communes. Les communes de Dakar et de Thiès sont divisées en communes d'arrondissement. Cette reconfiguration administrative répond à l'acte III de la décentralisation, qui ambitionne d'asseoir le

développement à partir des territoires.



Carte du Sénégal (Régions et Départements)

Bien que le Sénégal compte plus de 20 ethnies, plus de 90% de la population appartiennent à cinq groupes ethniques dominants : Wolof (43%), Pulaar (24 %), Sérér (15%), Diola (5%) et Mandingue (4%). La population du Sénégal est essentiellement composée de musulmans (94%), de chrétiens 4% et d'animistes et autres). 2%)

La population du Sénégal est estimée à 12,8741 millions d'habitants² et elle connaît un taux de croissance annuel de 2,5%. Les moins de 15 ans représentent 42,6%, et les moins de 25 ans représentent 62% de la population totale. Plus de la moitié de la population sénégalaise réside en milieu rural (56%) et plus de la moitié des citoyens (53,7%) vit dans l'agglomération urbaine de Dakar.

La fécondité a connu une certaine baisse, passant de 6,4 en 1986 à 5,0 enfants par femme en 2011.

Les efforts en matière d'alphabétisation ont été faibles malgré leur importance pour l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement. Au niveau national, le taux d'analphabétisme se situe à 65 %.

Au niveau de l'éducation, des efforts importants ont été consentis pour accroître le niveau d'instruction de la population et développer les compétences. L'objectif du millénaire pour le développement relatif à l'éducation pour tous (EPT) n'est cependant pas encore atteint puisque le taux net de scolarisation au primaire en 2011 est de 59,6% contre 54,6%, en 2005. Cette situation se traduit par un retard scolaire pour un nombre important d'enfants ayant dépassé l'âge normal d'inscription au primaire.

Concernant le secteur de la santé et de la nutrition, différents programmes et projets sont mis en œuvre en vue de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des populations. Au titre des résultats enregistrés en 2013, Le suivi de l'état de santé de la mère et de l'enfant constitue une priorité.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés du secteur de la Santé²

Indicateurs	Résultats	Résultats	Résultats	Cibles 2013
	2011	2012	2013	
CPG (Consultation primaire globale).	ND	ND	ND	60%
Taux de couverture en PENTA 3	83%	83%	72%	95%
Proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié	65,1%	65%	50.5%	75%
Prévalence VIH dans la population générale	0,7%	0,7%	<1%	<1%
Prévalence de l'insuffisance pondérale	18%	18%	16%	12%
Part de la santé dans le budget de l'Etat hors dette	Fonct	10,2%	10,7%	13,5%
	Invest	1,8%	1,8%	

Malgré les progrès enregistrés, la mortalité infanto-juvénile demeure élevée. Elle est passée de 139‰ en 1997 à 72‰ en 2011. Cette baisse s'explique, en partie, par une amélioration significative de la couverture vaccinale, au niveau national, qui est passée de 59% à 63% d'enfants de 12-23 mois. Ainsi, l'atteinte de l'objectif de réduire la mortalité infanto-juvénile à 44 décès pour mille naissances vivantes, à l'horizon 2015, peut être compromise.

¹ L'ANSD, recensement général de la population et de l'habitat, de l'agriculture et de l'élevage, 2013

² Rapport provisoire RAC de la Politique Economique et sociale 2014, MEF

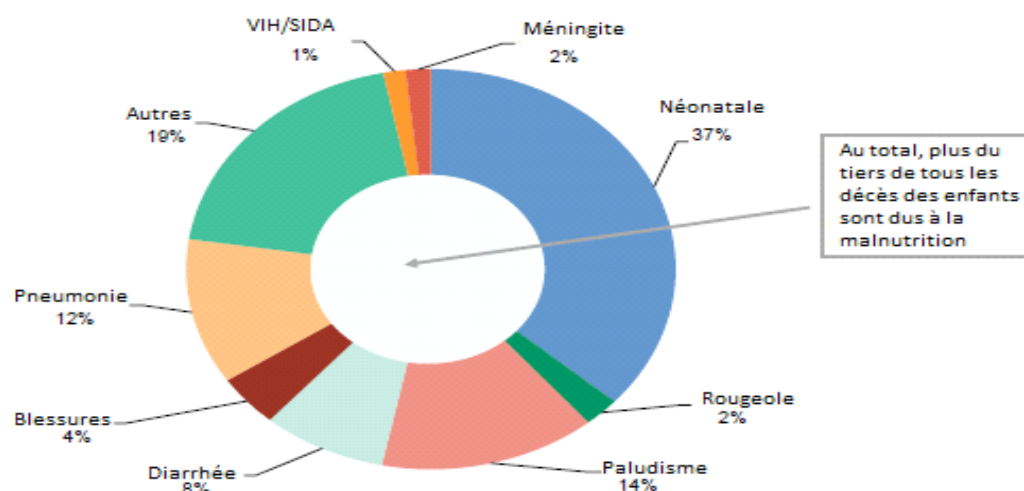
La couverture vaccinale s'est améliorée pour tous les vaccins, sauf pour la rougeole. La proportion d'enfants de 0 à 11 mois complètement vaccinés est passée de 63 % en 2010-2011 pour atteindre 70 % en 2012-2013. Le Taux de couverture vaccinale au Penta 3 est de 72% pour une cible de 85%. La couverture de la rougeole a légèrement baissé au cours des deux dernières années, passant de 82 % à 78 %.

Principales causes de mortalité néonatale et des enfants de moins de 5 ans

Au Sénégal, les dernières enquêtes nationales (EDS-MICS 2010-2011 et SMART 2012) ont montré que la malnutrition, sous toutes ses formes, est largement répandue et contribuait fortement aux maladies et aux décès des enfants. L'OMS estime que la malnutrition contribue à plus d'un tiers de tous les décès des enfants de moins 5 ans.

Parmi les 34.000 enfants de moins de 5 ans qui sont morts en 2010, 12.000 étaient atteints par une forme de malnutrition. La prévalence de l'insuffisance pondérale est restée stable entre 2005 et 2011 se situant entre 17 et 18% (avec 5% sous une forme sévère) mais ce taux varie fortement selon les régions. L'insuffisance pondérale augmente avec l'âge de l'enfant (culminant à l'âge de 18 à 23 mois où un enfant sur cinq est affecté) et elle est plus fréquente en milieu rural (21% des enfants y sont affectés contre seulement 12% du milieu urbain).

Les infections respiratoires aiguës (IRA), la fièvre et la diarrhée constituent les pathologies les plus fréquentes et sont, avec la malnutrition sévère, les premières causes de mortalité des enfants. La prévalence des IRA et de la fièvre est plus importante chez les enfants de moins de 12 mois et celle de la diarrhée est particulièrement élevée chez les jeunes enfants âgés de 6 à 23 mois (période d'introduction des aliments de compléments et période durant laquelle l'enfant commence à se déplacer par lui-même).

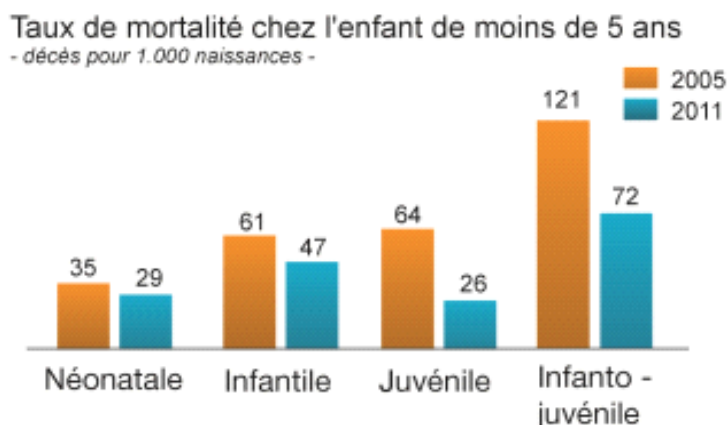


Source: WHO/CERG 2010

Taux de mortalité infantile

Le progrès dans la réduction des taux de mortalité de l'enfant au Sénégal est tangible. Dans les années 80, 195 enfants sur mille naissances vivantes mourraient avant l'âge de 5 ans pour 72 pour mille, actuellement. Pendant la période 2007-2011, 47 naissances vivantes sur 1000 sont décédées avant d'atteindre leur premier anniversaire dont 29 % entre 0 et 1 mois et 18 % entre 1 et 12 mois.

Parmi les enfants ayant atteint un an, 26% n'ont pas atteint leur cinquième anniversaire. Le risque global de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire a été estimé à 72%, soit moins d'un 1 sur 10.



Source EDS MICS 2011

Taux de mortalité maternelle

L'estimation indirecte du ratio de mortalité maternelle à partir de l'ED-MICS pour la période 2000-2011 est de 392 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Le ratio estimé par l'EDS-IV de 2005 est de 434 pour 100 000 naissances vivantes pour la période de 1994-2005. Du fait de l'importance de l'intervalle de confiance associé à cet indicateur, la mortalité maternelle n'a pratiquement pas changé pour les périodes couvertes par l'EDS 2005 et l'EDS-MICS 2010-11.

Plan national de développement sanitaire

La politique de vaccination au Sénégal s'inspire du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2009-2018) qui repose lui-même sur les orientations de la Stratégie Nationale de Développement Economique et Sociale (2013-2017) (SNDES), qui constitue le cadre consensuel de coordination des interventions publiques du Sénégal. Cette stratégie repose sur la vision d'un Plan stratégique Sénégal Emergent (PSE) visant l'émergence économique à l'horizon 2035. Le Plan d'Actions Prioritaires, articulé sur la période 2014-2018, constitue le document de référence des interventions de l'Etat, des partenaires techniques et financiers, du partenariat public-privé et de la participation citoyenne, à moyen terme.

Le PNDS repose sur une vision pour un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif.

Parmi les orientations stratégiques du PNDS, on peut citer:

- Accélération de la lutte contre la mortalité et morbidité maternelles néonatales et infanto juvéniles ;
- Amélioration de la Promotion de la santé,
- Développement des ressources humaines,
- Promotion de la gestion axée sur les résultats,
- Renforcement de la couverture du risque maladie en mettant l'accent sur les groupes vulnérables.
- Intégration des nouveaux vaccins

Problèmes perçus dans l'accès aux soins de santé de la femme et inégalités de genre

L'EDS 2012-2013 précise que globalement, 60 % des femmes ont mentionné au moins un obstacle spécifique pour accéder à des soins de santé. Le premier problème qui a été cité comme obstacle à l'accès aux soins de santé des femmes est le manque d'argent (51 %) – facteur dont l'importance augmente avec l'âge, la parité, la région (68% pour Tambacounda, 66% pour Kaffrine, 62 %) pour Sédhiou, 60 % pour Kaolack, 59% pour Fatick (59 %) et 58% pour Ziguinchor contre 38% pour Diourbel et 44% pour Dakar, la résidence (56 % femmes du milieu rural contre 46 % de femmes du milieu urbain) le niveau d'instruction (57% pour les femmes sans instruction 47% pour celles de niveau primaire et 38% pour celles du niveau secondaire ou plus (38 %).

Près d'un tiers des femmes (32 %) ont mentionné la distance à parcourir pour atteindre le service de santé comme obstacle à l'accès au centre de santé, obstacle plus fréquent en milieu rural (45 %) et dans les régions de Sédhiou (62 %), de Kolda (59 %) et de Tambacounda (53 %). La permission donnée pour aller consulter et le fait de ne pas vouloir aller seule posent également un problème pour 17 % et 16 % des femmes respectivement.

L'indice des inégalités liées au genre, qui est de 0,57% en 2011, traduit la persistance de grandes disparités sociales entre hommes et femmes au Sénégal. En 2012, l'indice des institutions sociales et le genre (SIGI) de l'OCDE a classé le Sénégal au 41ème rang sur 86 pays, avec une valeur de 0,23 (0 représentant l'égalité). La violence contre les femmes, les inégalités des droits dans le mariage et dans la famille et les normes sociales discriminatoires contre les femmes constituent des défis majeurs pour l'égalité de genre.

Plan stratégique national pour la vaccination de routine

Le Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) couvre la période 2012-2016. Il a été élaboré en 2011 et révisé en 2012, puis 2013 et s'inspire des orientations du PNDS. Son objectif est de contribuer à la réduction de la mortalité infanto juvénile et l'amélioration de la santé de la mère par la vaccination et la surveillance des maladies. Ce plan établit les priorités, développe les stratégies, détermine les principales activités, évalue les coûts et les sources de financement pour la période 2012 à 2016.

Les axes stratégiques majeurs du PPAC sont :

- le renforcement du système de santé et de vaccination ;
- l'amélioration des capacités gestionnaires à tous les niveaux ;
- l'approvisionnement suffisant en vaccins de qualité ;
- la maintenance et le renouvellement de la logistique ;
- le renforcement de la communication et de la mobilisation sociale en faveur du PEV ;
- un financement adéquat et durable du PEV.

L'intérêt politique pour la vaccination s'est traduit par l'acquisition sur ressources propres des vaccins mais peu a été fait pour les autres composantes nécessaires au bon fonctionnement des services de vaccination (chaîne de froid, logistique, remise à niveau des connaissances des personnels, communication).

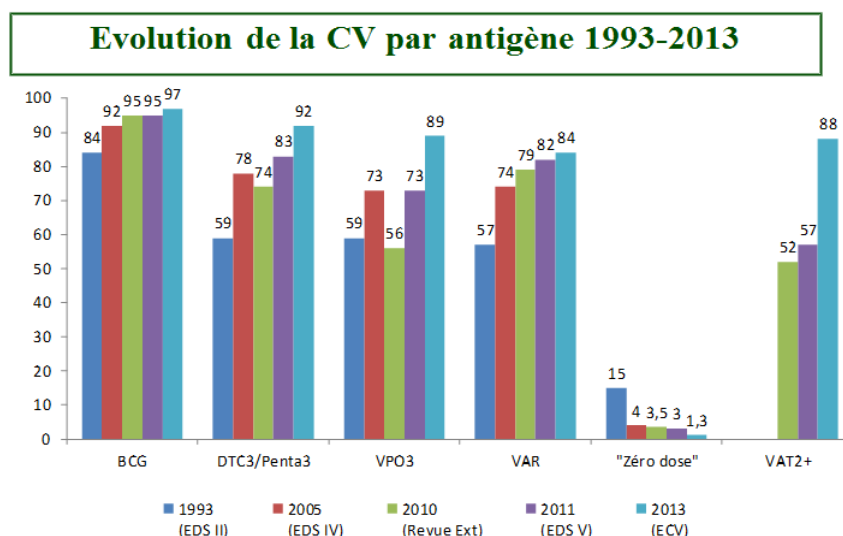
Couverture vaccinale et performances du PEV

Le PEV existe depuis le début des années 80 et reste performant et dynamique, malgré quelques contraintes. Ainsi de 7 maladies cibles au début, il est passé à 9 en 2005 et à 11 en 2014. Le Sénégal a été déclaré pays libre de circulation du Polio Virus Sauvage autochtone en 2004. Depuis 2004 aucun cas de décès dû à la rougeole n'a été notifié alors que le pays avait enregistré plus de 1000 cas en 2001. Tous les districts ont en 2009 atteint l'objectif de moins d'un cas de Tétanos Néonatal pour

1000 naissances vivantes. La validation de l'élimination du TMN par le pays a été effective en 2011. Tous les districts ont eu à organiser des campagnes préventives ou de riposte contre la fièvre jaune entre 2002 et 2007. L'incidence de la méningite bactérienne à HIB chez les enfants de moins de 1 an est passée de 21,5 cas pour 100.000 à 1,4 de 2003 à 2007 suite à l'introduction du vaccin en 2005.

Les données d'enquêtes montrent une progression constante des couvertures vaccinales dans le temps. La couverture du vaccin contre la rougeole est passée de 42% en 2001 à 83,9 % en 2013. L'évolution de la couverture vaccinale en fièvre jaune donne les résultats suivants : 83% en 2007 ; 78% en 2008 ; 73% en 2009 et 83,4% en 2013

L'incidence de la méningite bactérienne à HIB chez les enfants de moins de 1 an est passée de 21,5 cas pour 100.000 à 1,4 de 2003 à 2007 suite à l'introduction du vaccin en 2005.



Evolution des couvertures vaccinale du PEV au Sénégal

Selon l'EDSV 2013, sept enfants de 12-23 mois sur dix (70 %) ont reçu tous les vaccins du PEV. Le vaccin du BCG a été donné (en principe à la naissance) à 96 % des enfants de 12-23 mois. La proportion d'enfants ayant reçu la première dose de Pentavalent est également très importante (96 %), mais la couverture vaccinale diminue avec le nombre de doses : de 96 % pour la première dose, elle passe à 93 % pour la deuxième dose, et elle tombe à 89 % à la troisième dose. A noter qu'au total, 7 enfants sur 10 ont reçu tous les vaccins, selon EDS continue 2012-2013.

La couverture vaccinale contre la poliomyélite est cependant légèrement plus faible (polio 0 : 72 %, polio 1 : 96 %, polio 2 : 92 % et polio 3 : 83 %) et connaît une déperdition plus importante que le Penta entre les première et troisième doses. La couverture contre la rougeole (78 %) et la fièvre jaune (77 %) est la plus faible de toutes les vaccinations.

Couverture PFE liées à la diarrhée, aux IRA et à la Rougeole/rubéole

Eau et assainissement (EDS) : La plupart des ménages sénégalais s'alimentent en eau de boisson à une source améliorée, quel que soit le milieu de résidence, (76 % pour l'ensemble, 90 % pour les ménages urbains et 63 % pour les ménages ruraux). L'eau de robinet vient en tête avec 69 % pour l'ensemble des ménages (86 % pour le milieu urbain et 52 % pour le milieu rural). Pour près de neuf ménages sénégalais sur dix (89 %) il faut moins de 30 minutes pour s'approvisionner en eau, 52 % en disposent à domicile. Dans 13 % des cas, les ménages traitent l'eau à l'eau de javel ou au chlore ou, dans 18 % des cas, ils procèdent au filtrage à travers un linge.

Les résultats de l'EDS-Continue 2012-2013 montrent que 39 % des ménages sénégalais utilisent des toilettes améliorées non partagées. L'utilisation de toilettes améliorées est plus fréquente en milieu urbain qu'en rural (41 % contre 30 %). En outre, 15 % des ménages n'ont accès qu'à des latrines traditionnelles et 20 % n'ont pas du tout accès à des toilettes. En milieu rural, les proportions correspondantes sont de 23 % et 38 % contre, respectivement, seulement 7 % et 2 % en milieu urbain.

Hygiène et lavage des mains (EDS) : Dans l'ensemble des ménages enquêtés, pour plus de la moitié (65%) un endroit précis pour se laver les mains n'a pas été observé. Le milieu urbain enregistre le pourcentage le plus élevé de ménages dans lesquels l'endroit pour se laver les mains a été observé (56 % contre 35 % en milieu rural). Parmi les ménages dans lesquels l'endroit pour se laver les mains a été observé, 45 % disposent de savon et de l'eau ; en milieu urbain, le pourcentage est de 57 % contre 26 % en milieu rural. Le pourcentage de ménages dans lesquels l'endroit pour se laver les mains a été observé augmente avec le niveau du bien-être économique du ménage.

Maladies Diarrhéiques (EDS) : De par leurs conséquences, notamment la déshydratation et la malnutrition, les maladies diarrhéiques constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en développement. La prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans s'élève à 14 %. La recherche de soins au cours de la diarrhée concerne 44 % des enfants en milieu urbain contre 36 % milieu rural.

Paludisme et moustiquaire imprégnée (EDS) : Le pourcentage des ménages déclarant posséder au moins une moustiquaire pré-imprégnée d'insecticide (MII) est passé de 20 % en 2005 selon l'EDS-IV à 60 % en 2008-2009 selon la deuxième Enquête Nationale sur le Paludisme (ENPS-II) et à 76 % selon la dernière enquête EDS continue. On relève des écarts notables selon les quintiles du bien-être économique. Ainsi, la possession des moustiquaires diminue avec l'amélioration du niveau économique des ménages.

Allaitement maternel exclusif (EDS): Dès la naissance, tous les enfants sont allaités et cette pratique se poursuit longtemps après la naissance puisqu'à 12-15 mois, 97 % des enfants sont allaités et à 20-23 mois, 47 % le sont encore. Cependant, on constate que l'allaitement exclusif n'est pas une pratique courante. En effet, à moins de 2 mois, seulement 57 % des enfants ne reçoivent que le lait maternel et à 4-5 mois, cette proportion n'est plus que de 18 %. Dans l'ensemble, la proportion d'enfants âgés de moins de six mois sous allaitement maternel exclusif s'élève à 38 %, tandis que 62 % des enfants reçoivent d'autres liquides ou solides en plus du lait maternel, principalement de l'eau (46 %). Par contre, entre 6 et 9 mois, âge à partir duquel tous les enfants devraient déjà recevoir des aliments de complément en plus du lait maternel, seulement deux enfants sur trois sont nourris de cette façon (65 %). Aussi pour la pratique de l'alimentation complémentaire adéquate le taux est encore très faible 9,20%.

Malnutrition (EDS continue 2012-2013)

Dans l'ensemble, la malnutrition aiguë globale est élevée ; près d'un enfant sur dix (9 %) est atteint de maigreur sous forme modérée ou sévère : 2 % sont atteints d'émaciation sous forme sévère. Si l'on considère l'âge, ce sont les enfants de moins de 6-11 mois qui souffrent le plus fréquemment d'émaciation (13 %). Elle est également plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (10 % contre 7 %) et elle varie fortement en fonction des régions. Elle est beaucoup plus élevée au Nord (12 %), au Sud (11 %) et au Centre (10 %) qu'à l'Ouest (5 %).

II. Organisation et gestion du PEV

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire (14 Régions Médicales) et périphérique (76 Districts Sanitaires).

Niveau Central : Au plan institutionnel, l'organisation et la gestion du PEV sont sous la responsabilité de la Direction de la Prévention (DP) au sein de laquelle se trouvent la Division de l'Immunisation et celle de la Surveillance Epidémiologique. Cette restructuration s'est accompagnée d'un renforcement en ressources humaines au niveau central et a permis d'améliorer de manière significative la gestion du programme. Il est aussi à noter l'existence d'un bureau de communication au sein de cette direction. Cependant, la Direction ne dispose pas de suffisamment de ressources (humaines et financières) pour mener à bien des activités de communication en appui au PEV.

Les principales attributions de la DP sont :

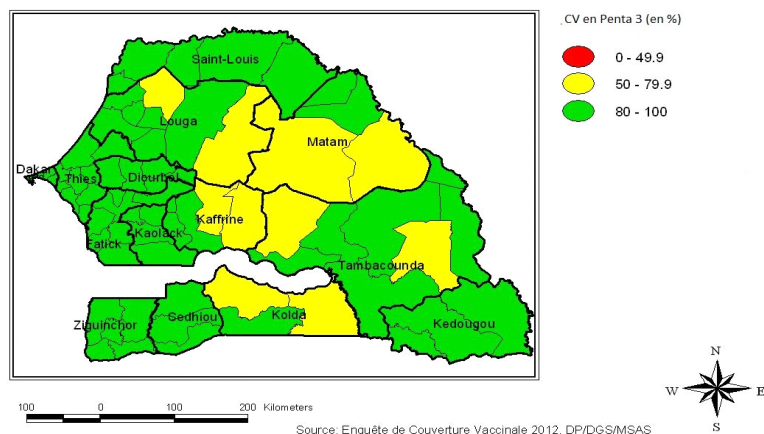
- Définir les Politiques, les Stratégies, les Normes et Directives
- Mobiliser et allouer les ressources
- Coordonner et assurer le suivi
- Fournir un appui aux régions et districts

Région Médicale (RM) : L'aire d'intervention de la RM correspond à celle de la région administrative. Elle assure la coordination, la supervision, le suivi, l'évaluation et le monitoring. En outre, la RM est chargée de l'inspection et du contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région et organise la collaboration technique entre toutes les structures de santé et les assiste dans leur tâche d'administration, de gestion et de planification. Dans chaque région, il existe un bureau régional d'Education et de l'Information pour la Santé qui appuie les districts, les ONG et autres partenaires du système de santé dans leurs activités de communication et de promotion de la santé.

District Sanitaire (DS) : Le district est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire chargé de la mise en œuvre des politiques et normes en matière de vaccination. Le district est constitué d'un ou de plusieurs centres de santé et englobe un réseau de postes de santé eux-mêmes supervisant les cases de santé et les maternités rurales. Il a les mêmes attributions que la région médicale en matière de vaccination. Dans chaque district officie un agent chargé de l'éducation pour la santé.

Analyse du système de vaccination de routine

La dernière enquête de couverture de mars 2013, montre un bon accès et un bon recrutement au BCG (97%) et au Penta1 (97%) selon la carte et l'histoire au niveau national, malgré quelques disparités. Par contre, des efforts restent encore à faire pour améliorer la continuité de l'utilisation des services de vaccination avec des taux de couverture au Penta3 et, à la rougeole/fièvre jaune qui sont respectivement de 91% et 84%. Cette situation explique en partie la faiblesse du taux d'achèvement (ECV) qui est de 79% selon la carte et l'histoire et de seulement 51% selon la carte. Par ailleurs, même si la proportion d'enfants zéro dose avoisine 2%, il existe encore des disparités importantes dans les zones périphériques comme Ranérou (18%), Diankémaha, Kidira, Malem Hodar et Keur Momar Sarr (7%).



ECV mars 2013: Couverture au Penta3,

Il importe par ailleurs, de relever que la situation économique du ménage fait apparaître des disparités importantes. En effet, le pourcentage d'enfants complètement vaccinés est de 60 % chez les premiers alors qu'il s'établit à 76 % chez les enfants du quintile moyen et du quatrième quintile et à 73 % pour le quintile le plus élevé.

La possession de la carte de vaccination par les mères ou les personnes en charge de la garde des enfants constitue un véritable problème. En effet, l'enquête de couverture vaccinale réalisée par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale en mars 2013, a révélé que la possession de la carte de vaccination est de 81% pour les enfants et 76% pour le VAT.

Performance possession carte	Carte vaccination enfant	Carte VAT
80% >> 100%	45 DS	23 DS
50% >> 79%	29 DS	50 DS
<50%	2 DS	3 DS
Total	76 Districts	76 Districts

D'après l'étude sur la possession des cartes de vaccination menée en 2013, les raisons qui font que les mères ne garderaient pas les cartes de vaccination sont principalement :

- la perte en cours de route ou la destruction lors d'un incendie ou déchirée par l'enfant.
- les nombreux déplacements des parents (transhumants) pourraient aussi être à l'origine de la perte de la carte.
- la négligence de certaines mères
- l'insuffisance de la sensibilisation sur l'importance de la carte de vaccination

Introduction des nouveaux vaccins

Le Sénégal a commencé l'introduction de nouveaux dans le cadre de la Vision et Stratégie mondiale de la Vaccination (GIVS 2005-2016). Le vaccin contre l'Hépatite B a été introduit dans le PEV en 2004 et le Hib sous forme Pentavalent (DTCP-Hib-HeB) en Juillet 2005. L'introduction du Pentavalent en 2005 constitue une réussite, avec une tendance à l'élimination des méningites à haémophilus influenza de type B dans les sites de surveillance de cette maladie.

Depuis novembre 2013, le vaccin contre les infections à pneumocoque a été introduit dans le PEV de routine. Le vaccin contre la rubéole est introduit en janvier 2014 après une campagne de rattrapage en novembre 2013. Il est prévu d'introduire le vaccin contre les rotavirus et une deuxième dose de rougeole/rubéole dans le deuxième semestre de 2014. Un projet de démonstration de vaccination contre le Papillomas virus est aussi prévu dans deux districts en 2014.

L'introduction de ces nouveaux vaccins dans le PEV constitue une opportunité pour le renforcement de la vaccination de routine et des composantes transversales du programme.

Les données issues de l'étude menée en 2013 sur les perceptions de la population par rapport à l'introduction des nouveaux vaccins, montrent que les parents ignoraient la rubéole et connaissaient plutôt la rougeole et la pneumonie. Le personnel de santé aussi n'est pas familier à la rubéole.

Les parents, dans leur grande majorité, considèrent la pneumonie et la rubéole comme des maladies contagieuses. Ils apprécient positivement ces nouveaux vaccins et sont prêts à faire vacciner leurs enfants.

La mise en œuvre du plan de communication à l'occasion de l'introduction de nouveaux vaccins (Pentavalent, Menafrivac), l'organisation d'AVS (Polio, Rougeole, Fièvre jaune, Tétanos), et de Semaines Africaines de vaccination ont été des opportunités pour renforcer les activités de communication en faveur du PEV de façon intense sur l'ensemble du territoire.

Causes des disparités entre les régions dans la couverture vaccinale

Le niveau d'instruction des mères est aussi une variable discriminante pour la vaccination des enfants: la couverture vaccinale des enfants dont la mère a reçu une instruction secondaire ou plus est bien meilleure (81 %) que celle des enfants dont la mère a un niveau primaire (71 %) ou aucune instruction (69 %).

Un autre facteur de disparités pourrait être lié à l'accès aux médias surtout chez les mères. D'après les données de l'EDS 2012-2013, la proportion des femmes qui ne sont exposées à aucun média est presque le double de celle des hommes (20 % contre 11 %). La radio¹ et la télévision² sont les principaux médias utilisés. En effet, plus de six femmes sur dix (63 % pour la radio et 62 % pour la télévision) et plus de sept hommes sur dix (73 % pour la télévision et 75 % pour la radio) ont déclaré écouter la radio et regarder la télévision, au moins une fois par semaine.

Seulement 12 % des femmes contre 24 % des hommes ont déclaré lire un journal au moins une fois par semaine. Les proportions de ceux et celles qui ont été exposés à la fois aux trois médias (radio, télévision et journal) sont très faibles : seulement 10 % des femmes et 22 % des hommes.

En milieu rural, les femmes qui ne sont exposées à aucun média sont proportionnellement plus nombreuses (33 %) qu'en milieu urbain (7 %). Chez les hommes, cette proposition varie de 20 % en rural à 3 % en urbain. La proportion de femmes n'ayant accès à aucun média est faible dans les régions de Dakar et Thiès (respectivement, 4 % et 7 %). Elle est plus élevée dans certaines régions : 59 % pour la région de Tambacounda, 39 % à Kédougou et 38 % à Kaffrine. Chez les hommes, la proportion de ceux n'ayant aucun accès aux médias varie de 3 % à Dakar à 31 % à Fatick.

IV. But du programme PEV

Le but du programme PEV consiste à contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement 3 et 4 sur la réduction de la mortalité infantile et maternelle, dont la vaccination.

V. Objectifs du programme PEV

Les objectifs sont reflétés dans le tableau suivant :

Objectifs	Indicateurs			Objectifs annualisés				
	Libellé	Niveau actuel	Cible	2012	2013	2014	2015	2016
Atteindre une CV vaccinale d'au moins 95% au niveau national pour le BCG, Penta3, pneumo3 et Rota2 chez les enfants de 0 à 11 mois	CV BCG	80%	95%	90%	95%	95%	95%	95%
	CV Penta 3	70%	95%	90%	92%	94%	95%	95%
	CV Pneumo3		95%		15%	94%	95%	95%
	CV Rota2		95%			95%	95%	95%
Atteindre t une CV vaccinale d'au moins 90% au niveau national pour le VAR (VAR/rubéole) et le VAA chez les enfants de 0 à 11 mois	CV VAR (VAR/Rubéole)	60%	90%	80%	85%	90%	90%	90%
	CV VAA	60%	90%	80%	85%	90%	90%	90%
Atteindre une CV vaccinale d'au moins 90% pour le VAT au niveau national chez les femmes enceintes	CV VAT 2+	60%	90%	80%	85%	90%	90%	90%
Atteindre une CV vaccinale d'au moins 90% dans tous les DS pour le BCG, Penta3, pneumo3 et Rota2 chez les enfants de 0 à 11 mois	% de DS ayant atteint 90 % DE CV pour le BCG, Penta3, pneumo3 et Rota2	71%	80%	85%	90%	95%	100%	100%
Atteindre une CV vaccinale d'au moins 90% dans tous les districts pour le VAR et le VAA chez les enfants de 0 à 11 mois	Nombre de DS ayant atteint 90 % DE CV pour le VAR et le VAA	58%	80%	85%	90%	95%	100%	100%
Atteindre une CV vaccinale d'au moins 90% dans tous les districts pour le VAT chez les FE	Nombre de DS ayant atteint 90 % DE CV pour le VAT2	46%	80%	85%	90%	95%	100%	100%
Maintenir l'interruption circulation du PVS	Taux de PFA non polio /100.000 enfants de moins de 15 ans	3	3	3	3	3	3	3
	% de régions ayant les deux indicateurs majeurs	100%	100 %	100%	100%	100%	100%	100%
	% de prélèvement de selles adéquates	93	95	95	95	95	95	95
	Nombre de cas de PVS confirmé	0	0	0	0	0	0	0
Interrompre la circulation du virus morbilleux	Nombre de DS ayant notifié au moins un cas suspect de rougeole dans l'année	64	80	80	80	80	80	80
	Taux d'investigation annuel des cas suspects de rougeole	100%	100 %	100%	100%	100%	100%	100%
	Nombre de cas confirmés de rougeole	909	0	0	0	0	0	0
Maintenir l'élimination du tétanos néonatal et maternel	Taux d'incidence du tétanos néonatal	< 1/10 00NV	< 1/10 00NV	< 1/10 00NV	< 1/1000 NV	< 1/1000N V	< 1/1000N V	< 1/100 0NV
	Nombre de districts à haut risque	0	0	0	0	0	0	0
Assurer la prévention des épidémies de fièvre jaune	Nombre de DS ayant notifié au moins 1 cas suspect de FJ	49/65	80	80	80	80	80	80

Assurer une indépendance vaccinale par le budget national	Part de l'Etat dans le financement des vaccins classiques et nouveaux	27%	53%	32%	26%	44%	48%	53%
---	---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

VI. Communication pour la vaccination de routine

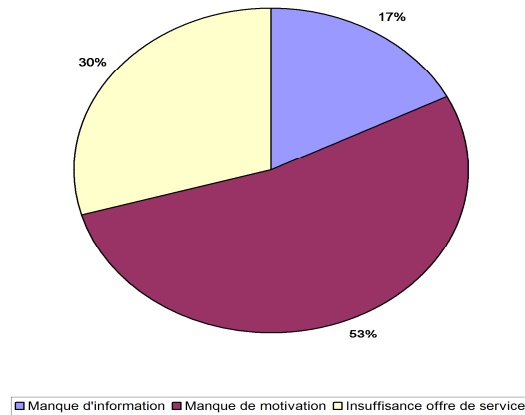
La vaccination est, de façon générale, perçue comme importante pour la santé de l'enfant.

L'état des lieux, établi dans le cadre de la revue externe du PEV en 2010 et des enquêtes qui ont suivi, a permis d'établir le diagnostic suivant :

Raisons de non vaccination

Selon la Revue PEV Sénégal, nov. 2010, les principales raisons de non vaccination des enfants sont le manque d'information : 17% des parents interrogés, le manque de motivation : 53% et l'insuffisance de l'offre de service : 30%

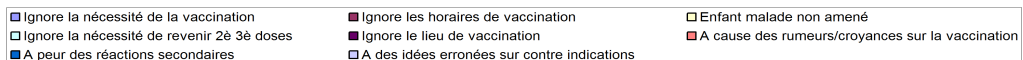
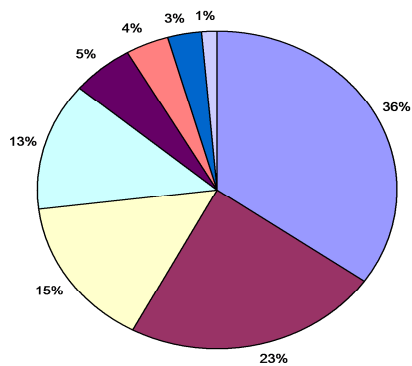
Raisons de non vaccination des enfants(n=2517)



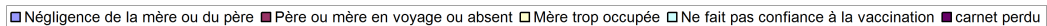
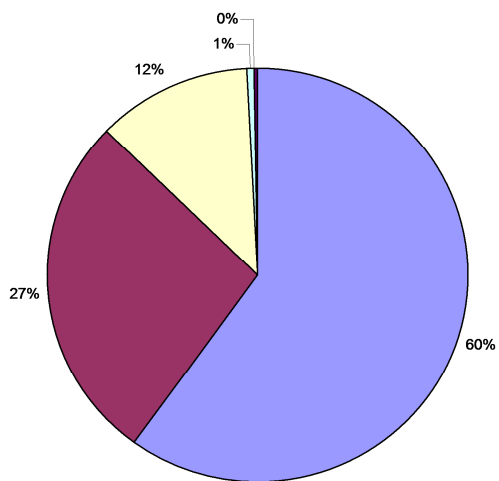
Raisons de non vaccination, enfants, Revue PEV Sénégal, nov. 2010

Le type et la fréquence des réponses des parents par raison de non vaccination sont présentés dans les 3 graphiques suivants :

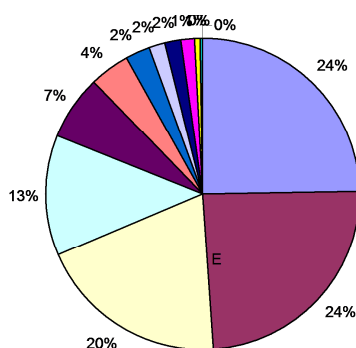
Manque d'information



Manque de motivation



Insuffisance offre de service



■ Vaccin non disponible	■ Vaccinateur absent
■ Lieu de séance trop éloigné	■ Vaccinateur a dit de revenir
■ A reporté à une date ultérieure	■ Mauvais accueil par les vaccinateurs
■ Horaire de vaccination ne convient pas	■ X
■ Attente trop longue	■ Vaccination payante
■ Coût élevé du transport	■ Vaccin non mentionné
■ Absence de date sur le 9è mois mère s'est vaccinée	

Les données de la revue externe du PEV (2010) et de la recherche qualitative (étude CAP, 2014) permettent de préciser les barrières institutionnelles, celles liées aux services, les barrières comportementales et enfin celles liées à la communication.

Barrières institutionnelles

- Le Service National de l'Éducation et de l'Information pour la Santé (SNEIPS) ne dispose plus d'un point focal en charge de la communication pour le PEV de routine. Il existe un PF PEV dans le cadre des campagnes.
- Problèmes d'ordre structurel notamment i), l'absence de structuration du bureau de communication de dédiée à la prise en charge de la communication pour le PEV, au niveau de la DP ii), l'insuffisance de coordination entre le SNEIPS et la DPM dans la prise en charge systématique du volet communication du PEV, iii) Absence de mise en œuvre du Plan stratégique de communication du PEV (2003-2008).
- Faiblesse des ressources financières de la Direction de la Prévention (DP) consacrées aux activités de communication en appui au PEV
- Prédominance des interventions ponctuelles de communication dans le cadre des campagnes de vaccination (notamment du fait des fonds d'affectation spéciale octroyés par les partenaires pour ces campagnes). La communication pour la vaccination systématique a été minimale.
- Budget insuffisant alloué par le ministère au volet communication du PEV (environ 2%), par rapport au VIH (plus de 30%) et au paludisme (plus de 25%).
- Insuffisance du matériel éducatif, essentiellement développé à l'occasion des JNV tant au niveau régional que national ;
- Les activités de communication et de mobilisation sociale du PEV de routine ne sont pas systématiquement planifiées à aucun niveau (national, régional, district, poste). Certains

districts reçoivent des ressources des partenaires pour appuyer les plans de relance, y compris la communication. La plupart des interventions de communication sont planifiées et/ou gérées de façon centralisée.

- Les comités intersectoriels de mobilisation sociale qui existent aux niveaux, national, régional et du district ne sont fonctionnels que pendant les campagnes de JNVs.

Barrières liées aux services

Les données de l'enquête qualitative CAP menée en 2114 permettent de regrouper les barrières liées aux services comme suit:

- Faiblesses dans la communication interpersonnelle des agents de santé. En dépit de leur position privilégiée pour informer les parents, les agents de santé ne constituent pas pour les parents, la source la plus fréquente d'information. Ce sont les relais communautaire, et plus particulièrement les Badienou Gokh avec lesquelles les mères sont le plus en contact, dont ils suivent le plus les conseils. Certains agents de santé tiennent des séances d'information dans les salles d'attente et donnent des conseils lors de la vaccination mais ne le font pas systématiquement. Les mères disent qu'elles sont informées sur la vaccination juste après l'accouchement, dans une structure de santé ou bien lorsqu'elles sont référées après l'accouchement à domicile. Elles ne citent pas les séances de vaccination comme une source d'information sur la vaccination. Trop de parents quittent les séances de vaccination sans avoir été informés sur quels vaccins et combien de visites sont nécessaires pour la vaccination complète de l'enfant, quand il faut retourner à la vaccination, quels sont les effets secondaires et ce qu'il faut faire au sujet des effets secondaires. Quand les agents de santé donnent des informations, ils ne vérifient pas toujours la compréhension des mères. Peu d'entre eux utilisent le carnet de vaccination dans leur interaction avec la mère. Ils ne disposent pas toujours de supports de communication sur le calendrier vaccinal.

- Motivation du personnel de santé/attitude. Certaines mères déplorent la mauvaise attitude et le comportement des agents de santé mais se sentent impuissantes parce qu'elles ont besoin du service. Elles disent qu'elles ne renoncent pas pour autant à la vaccination. Il reste cependant à vérifier si cela ne constitue pas un des motifs d'abandon de la vaccination pour certaines mères qui se sentiraient humiliées. Dans certains points de prestation, les mères continuent à payer pour la vaccination alors que tous les soins pour les enfants de moins de 5 ans sont gratuits, conformément à la CMU.

- Mauvais accueil et indisponibilité du service. Les mères se plaignent que certains agents de santé ont reçu l'instruction de ne pas ouvrir un flacon pour un ou deux enfants, ce qui fait que si le nombre d'enfants (10) n'est pas atteint, les femmes présentes sont renvoyées (sans que la date de retour soit précisée et avec le risque que le renvoi se renouvelle). Il reste à vérifier si cela ne constitue pas une autre cause d'abandon de la vaccination pour certains parents.

- Distance /moyens de transport. La distance est une explication du non-retour à la vaccination / non-vaccination des enfants. Certains parents invoquent aussi le manque de moyens de transport. La couverture du BCG est très élevée pour les raisons suivantes : les mères reçoivent de l'argent lors du baptême et ont alors les moyens de se payer un transport. De plus, les Badienou Gokh ont l'habitude de leur recommander cette première vaccination et, parfois même, de les accompagner car les mères ne sont pas encore complètement remises de l'accouchement. Pour les autres vaccinations, le problème de transport se pose pour certaines femmes, notamment les plus pauvres et les plus éloignées des points de prestation ou lorsque les routes sont impraticables lors de l'hivernage et les moyens de transport limités.

- Pertinence des horaires et temps d'attente. Beaucoup de mères se plaignent qu'il faut attendre trop longtemps pour que l'enfant soit vacciné. Lorsqu'il n'y a pas de monnaie au centre de santé,

elles doivent aller en chercher, ce qui augmente encore le temps d'attente. Même les jours où le vaccin est offert, certains agents de santé commencent les séances de vaccination tard et terminent avec beaucoup de retard. Les heures des séances ne sont pas toujours adaptées : les séances de vaccination ont tendance à se tenir le matin alors que c'est le moment où les femmes sont le plus occupées.

- Déficiences sur le plan du rappel des rendez-vous/recherche active: certains vaccinateurs rappellent oralement la date des RV ce qui fait que les femmes peuvent l'oublier. Ou bien, ils l'inscrivent sur le carnet mais ne le rappellent pas oralement. Les femmes qui ne peuvent pas lire les RV sur la carte de vaccination n'ont pas de repère précis pour retenir la date du prochain rendez-vous. Les agents de santé qui identifient les perdus de vue font parfois appel aux relais communautaires pour rappeler aux mères les RV mais cette pratique n'est pas systématique partout. Le suivi des enfants se fait parfois par les relais communautaires à travers des visites à domicile mais à leur initiative, soit non systématiquement. Autrefois, il existait un système de parrainage des enfants en âge d'être vaccinés par les écoliers (Stratégie d'adoption par les élèves) mais cette pratique a été abandonnée. Certaines mères se souviennent de cette stratégie, regrettent qu'elle ait été abandonnée et suggèrent de la renouveler.

Barrières comportementales

Les données de l'enquête qualitative CAP menée en 2014 permettent de regrouper les barrières comportementales comme suit:

- Connaissances des parents : Très peu de mères (et encore moins de pères) connaissent le type/nombre des maladies évitables par la vaccination, le nombre de contacts/vaccins qu'il faut faire, les rappels et le calendrier vaccinal. Ils ne savent pas à quel âge il faut faire vacciner l'enfant ni combien de fois. Certains parents ne savent pas qu'ils peuvent faire vacciner l'enfant dans n'importe quel centre de santé, pour autant qu'ils aient le carnet de vaccination, ce qui pose problème pour les saisonniers/nomades. De façon générale, les grands-mères connaissent mieux la vaccination que les mères, sans doute parce qu'elles ont vécu les années 1980 et 90, lorsque le PEV était un programme phare au Sénégal. Ces dernières conseillent souvent aux mères d'aller à la vaccination mais de leur propre initiative. Elles ne sont pas impliquées de façon systématique dans la promotion de la vaccination de routine.
- Idées fausses sur les maladies évitables par la vaccination /manque d'efficacité perçue de certains vaccins: la majorité des parents pense que les vaccins sont efficaces car ils ont constaté ou entendu parler de bouche à oreille (pour les femmes plus jeunes) de la diminution de la mortalité due à la rougeole, en particulier. Ils sont conscients que si tous les enfants ne sont pas vaccinés les maladies pourront ressurgir. Cependant, presque tous les parents pensent que la vaccination permet de prévenir la diarrhée, le paludisme, les vomissements, la grippe, les parasitoses. Ils s'étonnent de la fréquence de ces maladies en dépit de la vaccination, mettant en doute l'efficacité de certains vaccins – ce qui montre que les agents de santé n'informent pas toujours adéquatement les mères sur le vaccin qui est administré à l'enfant (contre quelle maladie l'enfant est vacciné).
- Perte du carnet de vaccination et ignorance de la gratuité de la vaccination. Certaines mères n'ont pu conserver la carte pour les raisons suivantes : perte, incendie, déchirée par les enfants, intempéries, ce qui fait qu'elles ne peuvent plus connaître les RV (cf. également Etude sur la conservation des cartes). Les mères recommandent que la carte de vaccination soit mise dans

une pochette en plastique pour la protéger ou qu'elle soit faite d'un matériau plus rigide. Elles pensent aussi qu'il faut promouvoir la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, d'autant que certains parents ne savent pas que la vaccination est gratuite ou sont réticents à payer. Ceci signifie que la compréhension de l'importance du carnet de vaccination est généralisée mais que certaines femmes ne perçoivent pas encore pleinement son utilité.

- Préférence pour la vaccination de campagne: Certains parents (zones reculées/nomades) ne connaissent pas la vaccination de routine. Ils connaissent plus les campagnes et ne font pas la différence entre campagnes de vaccination et celle de routine. Certains parents ne vont pas à la vaccination de routine et préfèrent les campagnes à la vaccination de routine parce qu'ils n'ont pas à se déplacer et peuvent se consacrer à leurs activités. Ceci montre que les contraintes liées aux services (temps d'attente, distance, horaires, etc.) sont réelles et méritent d'être adressées.
- Perception de l'importance /priorité de la vaccination : Les parents qui ne vaccinent pas leurs enfants ou ne terminent pas la série des vaccinations sont considérés comme négligents. La raison la plus souvent évoquée pour expliquer la négligence est l'appât du gain : ils préféreraient se consacrer à des activités génératrices de revenus plutôt que d'emmener leur enfant à la vaccination. En fait, derrière cette négligence se cachent aussi l'oubli et des priorités conflictuelles : il est difficile pour les parents pauvres de parcourir de longues distances et d'attendre pendant des heures pour la vaccination, quand ils devraient travailler pour nourrir leur famille. Parfois, il y a aussi les cérémonies familiales qui mobilisent les mères, remettant ainsi à plus tard la vaccination de l'enfant.
- Attitude du père. De façon générale, les pères sont favorables à la vaccination. Ils se déclarent prêt à fournir un moyen de transport aux mères, à payer les frais associés à la vaccination et à rappeler les rendez-vous aux mères. Certains d'entre eux considèrent cependant que la vaccination est une affaire de femme et par conséquent, n'estiment pas devoir emmener eux-mêmes leur enfant à la vaccination. Certains hommes interdisent également à la femme d'aller à la vaccination, peut-être en raison des rumeurs (ex. la vaccination rend stérile) ou bien, parce qu'ils ne veulent pas assumer les coûts. Les mères souhaitent que les pères soient informés davantage sur la vaccination pour être convaincus de la nécessité de faire vacciner leurs enfants. Elles disent que la sensibilisation cible les femmes seulement et pas suffisamment les hommes.
- Rumeurs La majorité des parents a entendu des rumeurs sur la vaccination, particulièrement pour les campagnes, entre autres (i) la vaccination cause la stérilité ; (ii) c'est une ruse qui vise à enrichir les agents de santé et les industries pharmaceutiques ; (iii) la vaccination est contre l'Islam (certains parents demandent même au chef religieux si la vaccination ne va pas à l'encontre des principes de l'Islam). Ce sont les Badienou Gokh qui luttent contre ces rumeurs.
- Manque d'information sur les effets secondaires. De façon générale, il y a un manque d'information sur les effets secondaires et la conduite à tenir ce qui montre que les informations données par l'agent de santé sont incomplètes. Certains parents se plaignent des effets secondaires, principalement à cause de la douleur infligée à l'enfant. D'autres pensent que les effets secondaires sont preuve d'une vaccination réussie.

Barrières liées à la communication pour la vaccination.

Les données de l'enquête qualitative CAP menée en 2014 permettent de regrouper les barrières liées à la communication pour la vaccination de routine comme suit:

- Accent sur les campagnes. Beaucoup de ressources sont allouées à la mobilisation sociale événementielle et à travers les médias de masse. L'accent sur les médias de masse se fait au détriment de la communication interpersonnelle, alors qu'elle est particulièrement indiquée pour motiver les parents à observer le calendrier de vaccination et persuader ceux démotivés ou résistants. Les comités de santé, élus locaux et leaders communautaires, leaders d'opinion et autorités administratives, sont impliqués lors des campagnes mais ne sont pas engagés dans la promotion de la vaccination de routine. Ces autorités se plaignent de ne pas être impliquées dans la sensibilisation pour la vaccination de routine. La communication pour la vaccination n'attaque pas les rumeurs.
- Opportunités de rappel du respect du calendrier vaccinal. Les programmes radiophoniques les plus populaires (information, musique, sermons religieux, sports, émissions santé..), ne sont pas sources d'information sur la vaccination. Le potentiel des radios communautaires, des réseaux de ressources communautaires (troupes théâtrales, OCB, GPF, TIC..) n'est pas suffisamment exploité. Peu de parents citent les chefs de village/quartier, les tradipraticiens et les leaders religieux comme source d'information sur la vaccination alors qu'ils sont très écoutés. Les mères ont également recommandé une plus grande sensibilisation des pères à travers les médias. Il n'y a que les Badiéno Gokh qui parlent aux pères, mais pas de façon systématique. Les grands-mères sont également souvent source d'information sur la vaccination mais n'ont pas été ciblées pour promouvoir les messages.
- Communication du haut vers le bas. La communication ne privilégie pas l'apprentissage participatif et l'utilisation des méthodes de prise de décision pour améliorer la participation communautaire. Les stratégies existantes visent à transférer les messages et ne favorisent pas l'interaction autour des messages pour mieux les comprendre, les accepter, les approprier, éliminer les obstacles ressentis à la vaccination. Ceci est vrai tant du côté personnel de santé que des agents communautaires, qui ne sont pas suffisamment équipés en communication interpersonnelle /dialogue communautaire. Les agents communautaires mènent leurs activités de sensibilisation en utilisant leurs compétences personnelles.
- Aptitudes des agents communautaires en communication / motivation: La plupart des agents communautaires ne sont pas équipés pour faciliter la discussion et l'action au niveau communautaire. Ils ne disposent pas toujours des contenus de message pertinents pour donner les informations de base sur la vaccination, pour augmenter la perception des avantages de la vaccination, pour lutter contre les idées fausses, les rumeurs et les craintes des effets secondaires. Ils ne disposent non plus de matériels et supports de communication suffisants.
- Communication non intégrée: la communication sur la vaccination et les autres pratiques de santé n'est pas intégrée alors que ce sont les mêmes acteurs au niveau communautaire qui cherchent à promouvoir ces pratiques en direction des mêmes cibles. La communication pour la vaccination de routine doit être intégrée pour ne pas occasionner de fatigue et pour lutter contre les idées fausses telles celles sur les maladies évitables par la vaccination (ex. paludisme).

VII. Vision de la stratégie de communication

Ce plan stratégique de communication 2014 – 2016, cadre de référence et d'orientation des interventions de communication, a été élaboré pour appuyer la vision, les missions et les objectifs stratégiques de relance du PEV, dont la finalité est de :

- Garantir à chaque enfant, aux adolescents et adultes, l'accès aux vaccinations prévues par le calendrier national de vaccination;
- Augmenter le nombre de personnes vaccinées contre toutes les maladies évitables par la vaccination ;
- Considérer la vaccination comme cruciale pour renforcer les systèmes de santé en général et atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en particulier.

VIII. Objectifs et stratégies

Les objectifs visés sont en cohérence avec ceux du PPAC et permettront de **garantir à chaque enfant le droit à la vaccination** et à **installer le réflexe vaccinal au niveau des familles et des communautés**, à travers la planification et la mise en œuvre systématique et durable d'activités de communication pour le changement de comportement. Ils seront réalisés à travers une démarche inclusive et participative par la combinaison de différentes stratégies en vue d'obtenir l'adhésion et la participation massive des agents de changement, des communautés et des parents, partenaires sociaux et des secteurs autres que la Santé. Les principales stratégies portent sur: le renforcement de la coordination et planification, le renforcement des capacités, le plaidoyer, la mobilisation sociale/participation communautaire et la communication pour le changement social et de comportement. Les axes stratégiques d'intervention sont ainsi articulés :

Coordination/Planification

- Renforcer les capacités de coordination, planification et suivi de la mise en œuvre des activités de communication pour la vaccination de routine à tous les niveaux (national, régional, district et communautaire (PS), au sein de la DP, du SNEIPS/BREIPS à travers la nomination de points focaux communication pour le PEV.
- Mettre en place des comités de planification et de suivi des activités de communication pour la vaccination de routine au niveau des districts/communes sous le leadership des autorités locales et les forces vives au niveau de la communauté. Ceci devrait permettre d'éviter les déséquilibres entre le travail de communication qui se fait au niveau central et au niveau décentralisé et une appropriation du programme par ces autorités qui peuvent mobiliser et organiser les communautés au niveau des villages et des quartiers, à travers des plans d'action.
- Assurer l'inter-sectorialité à son vrai niveau d'opérationnalisation soit, le district et le niveau communautaire, à travers une planification participative intégrée, en faveur du PEV et PFE, assurant une convergence effective de messages complémentaires par les mêmes sources d'information en direction des mêmes bénéficiaires en tenant compte des préoccupations des différents secteurs. Ceci doit se traduire par la mise en place de plates formes multisectorielles pour favoriser l'intégration la promotion combinée d'un paquet minimum de messages engageant les secteurs clé de la survie de l'enfant (PEV, palu, nutrition, hygiène, etc..).

- Impliquer les autorités administratives dans la constitution d'une interface entre centre/poste de santé et communautés, qui doit être assurée par le Comité de Santé qui pourrait être élargie à d'autres composantes. Ceci doit se traduire par une implication des leaders communautaires dans la promotion du calendrier vaccinal, la recherche active des perdus de vue et la gestion des jours de vaccination, y compris en période de stratégie avancée et mobile en vue de prendre en compte les charges et préoccupations des mères. Ceci doit également se traduire par un feedback des performances du programme PEV au niveau des acteurs de changement et représentants de la communauté par les prestataires de service. Cela passe notamment par la prise en compte des opportunités de dialogue offertes par les TIC, en plus des radios communautaires non plus seulement en direction des femmes mais des leaders communautaires et des jeunes.

Recherche /développement de message et matériel

- Recenser/cartographier les réseaux de ressources communautaires (relais, OCB et OSC les plus représentatives) dont le mandat doit être dominé par la promotion de la survie de l'enfant. Ceci doit se traduire par la constitution d'un « pool » de champions pour la promotion des PFE – dont la vaccination comme locomotive - au niveau des districts sanitaires qui constituent le vrai niveau opérationnel où les changements « qualitatifs » doivent être observés avec des indicateurs précis de performance du PEV et de la communication. Ceci doit aboutir à la systématisation de la promotion de la vaccination de routine par les agents communautaires.
- Analyser les goulots et planification (contraintes, préoccupations, résistances et motivations des mères et familles au PEV), à travers des exercices participatifs de recherche – action, développer des messages informatifs, persuasifs et motivationnels en direction des femmes, hommes et personnes influentes, y compris leaders communautaires et doter les agents communautaires de matériel éducatif adéquat et suffisant. Conduire une recherche portant sur l'élucidation des causes des freins et barrières à la vaccination en milieu urbain ainsi que les opportunités existantes pour lever ces obstacles. Ceci doit se traduire par un plan opérationnel spécifique à long terme pour les communes et grands centres urbains, avec un accent particulier dans les zones à forte population et donc, un potentiel de couverture vaccinale des enfants de 0 à 5 ans comme annexe « communication du PEV en milieu urbain » à la stratégie nationale de communication en faveur de la vaccination de routine.
- Mener des enquêtes d'audience/mapping des médias : Compte tenu de la richesse et la complexité du paysage médiatique au Sénégal, utiliser les résultats des études d'audience disponibles ou en commanditer pour classer les médias par rapport à leur taux d'audience (influence sur les mères, familles et communautés), identifier les émissions les plus crédibles où il est possible de greffer des contenus promotionnels sur la vaccination de routine et pratiques familiales essentielles et passer des conventions avec les organes de presse qui proposent ces émissions.
- Utiliser une méthodologie participative de dialogue communautaire pour analyser et définir avec les communautés selon les opportunités existantes, les actions collectives à entreprendre pour soulever les obstacles à la vaccination.

- Doter les sources d'information en contenus de messages informationnels, persuasifs et motivationnels : type/nombre des maladies évitables par la vaccination, nombre de contacts, rappel, calendrier vaccinal/tranche d'âge, possibilité de faire vacciner son enfant dans n'importe quel PPS /conservation carnet de vaccination/effets secondaires/rumeurs, etc...

Renforcement des capacités

- Renforcer les compétences des agents communautaires en méthodes participatives, communication interpersonnelle sur le PEV et autres pratiques familiales pour une appropriation des contenus de messages intégrés en faveur de la survie de l'enfant. Ceci suppose non seulement de cartographier ces relais et mobilisateurs communautaires mais analyser leur besoins en renforcement des capacités, y compris logistique et supports de communication, ainsi que les modalités de pérennisation des actions des agents communautaires.
- Renforcer les compétences en communication interpersonnelle du personnel de santé (poste, centre et case de santé) pour une bonne interaction avec les mères sur les messages PEV au niveau de la consultation prénatale, post natale et vaccination (de routine, stratégie mobile et avancée) répondant ainsi aux besoins cognitifs et émotionnels de ces dernières.
- Renforcer les capacités des gestionnaires du PEV/SNEIPS/BREIPS en concepts, méthodes et techniques de communication. Ceci doit se traduire par une planification, supervision et un suivi intégré des activités de vaccination au niveau central et opérationnel (régions et districts) de façon à réduire le risque de marginalisation de la communication dans la gestion du programme PEV.

Plaidoyer

- Développer le plaidoyer pour faire du PEV une priorité nationale de développement et un enjeu dans le cadre du Plan Sénégal Emergent (PSE). Cela doit se traduire par la création d'un comité de suivi et d'accélération des OMD à la primature, avec compte rendu périodique en conseil des ministres des performances du PEV au niveau national et décentralisé par le biais du Gouverneur de Région. Ceci passe par le plaidoyer par les chefs d'Agences du Système des Nations Unies et autres partenaires au développement concernés.
- Privilégier un plaidoyer basé sur l'évidence en vue de la recherche d'un financement pour le passage à échelle de la communication pour le PEV et les PFE. Ceci doit se traduire par l'adoption d'une approche de démonstration dans 3 districts dans lesquels seront assurés la planification, mise en œuvre, supervision, suivi et évaluation du plan stratégique de communication du PEV, dans une perspective d'intégration de la communication comme composante à part entière du PEV. Cette approche de démonstration pourrait se faire durant la première année de la mise en œuvre de la stratégie de communication. Elle devrait être documentée et suivie du développement d'indicateurs de processus pour le passage à l'échelle, selon des modalités à définir.
- Impliquer les leaders politico-administratifs au niveau central et décentralisé non seulement pour un appui institutionnel et financier à la communication pour le PEV, mais aussi pour améliorer la coordination et les complémentarités, aux niveaux central et décentralisé. Ceci doit se traduire par une redynamisation des comités régionaux et départementaux de mobilisation sociale, dotés

de missions précises et une allocation de ressources pour opérationnaliser durablement le plan de communication, en commençant par les districts de démonstration.

- Intégrer le Plan stratégique de communication dans le PPAC et faire du Polio End Game qui a notamment pour objectif d'utiliser l'éradication de la polio comme point d'entrée pour le renforcement du PEV de routine, une opportunité pour donner plus de visibilité à la communication en appui au PEV et améliorer l'allocation de ressources destinées à la communication de routine.

Mobilisation sociale / participation communautaire

- Intégrer le PEV comme la locomotive dans la promotion des pratiques familiales essentielles avec la prévention comme thématique centrale des campagnes et activités de communication à base communautaire. Cela doit notamment se traduire par des campagnes médiatiques uniquement centrées sur la vaccination de routine.
- Utiliser les média de masse de façon stratégique : établir avec eux des accords, pour des programmes de promotion de la vaccination de routine qui comprennent non seulement un plan d'activités sur le moyen terme mais un plan de supervision et suivi. Ceci doit s'opérer à travers la négociation avec les patrons de presse et la formation des journalistes et leur reconnaissance en tant que champions pour la vaccination. Ceci doit se traduire aussi par des alliances programmatiques durables à partir d'une approche plus ciblée sur qui est attendu d'eux pour soutenir les activités de communication interpersonnelle et de la mobilisation sociale et la diffusion planifiée de messages et microprogrammes sur le PEV de routine (utilité et impact social de la vaccination, maladies cibles, calendrier vaccinal, rumeurs, MAPI, etc.).
- Identifier et opérationnaliser le potentiel des TICs / média sociaux à travers des innovations de communication structurées pour atteindre les jeunes/adolescents et pour rappeler aux mères le calendrier vaccinal. Ceci doit se traduire par le développement d'alliances sous forme de convention avec les opérateurs privés pour favoriser l'envoi de SMS aux mères et parents sur la vaccination et le calendrier vaccinal.
- Assurer l'implication des élus locaux et leaders communautaires dans la promotion de la vaccination de routine. Ceci doit se traduire par 1) la création d'alliance avec les représentants des communautés à travers des plans opérationnels précisant ce qui est attendu d'eux et comment s'y prendre, 2) leur implication dans des initiatives ciblant le changement social du genre fora et dialogue communautaire.
- Créer un partenariat effectif avec les représentants de la société civile porteurs de dynamiques endogènes, avec planification, financement, mise en œuvre, suivi et évaluation de la communication en appui aux PEV au niveau central et décentralisé.
- Maximiser le potentiel des agents communautaires engagés dans des programmes de promotion d'une pratique familiale essentielle uniquement (ex. palu, sida, PF avec les Bajenu gokh, etc.). en diversifiant leur champ d'action à travers des approches et plates formes de coordination pour stimuler les synergies et complémentarités entre programmes.

- Renforcer l'implication des jeunes dans la promotion de la vaccination à travers les écoles (élèves adoptants) et le mouvement associatif, sous forme de mémorandum d'entente avec les services techniques concernés, sous la supervision des autorités locales.

Communication pour le changement de comportement et social

- Considérer non seulement les mères mais les pères comme participants (bénéficiaires) et promoteurs de la vaccination. Ceci doit se traduire par l'organisation des hommes en « champions » ou « parrains » de la vaccination à travers les communautés religieuses et la mobilisation du leadership communautaire pour une prise en compte par les hommes de leurs responsabilités et une promotion de la vaccination auprès de leurs pairs.
- Mettre un accent dans la communication sur le changement social à travers l'implication des élus locaux et leaders communautaires - dont religieux - et la mobilisation des femmes qui ont entièrement vacciné leur enfant, en faire des « promotrices » et des « modèles positifs ». Ceci doit se traduire par une implication des leaders communautaires et leaders d'opinion à l'influence reconnue (Présidentes de groupement de femmes, acteurs porteurs de dynamique communautaire (APDC) sous forme de fora et dialogue communautaire (avec témoignage public des femmes qui ont complètement vacciné leur enfant).
- Assurer l'implication des grands-mères (en raison de leur pouvoir d'influence sur les hommes et les jeunes mères) dans la promotion de la vaccination et des PFE. Pour ce faire, il faut amener les agents communautaires à collaborer avec les femmes plus âgées pour mieux les outiller et les rendre aptes à sensibiliser efficacement leur fils/fille/belle-fille

Suivi et évaluation

- Développer des mécanismes de suivi communautaire pour permettre d'apprécier les résultats, adresser les contraintes, identifier les opportunités pour améliorer les performances.
- Intégrer des indicateurs sélectifs de connaissances et attitudes (en plus des pratiques) dans les enquêtes périodiques à couverture nationale, de type EDS et MICS.
- Définir les indicateurs les plus représentatifs sur la mobilisation sociale et communication pour le changement de comportement/social et les intégrer dans le système d'information du PEV.

Sous la coordination du SNEIPS, ce plan stratégique de référence sera partagé et décliné en plans opérationnels au niveau des districts de démonstration. A cet effet des ateliers inclusifs de partage et de planification seront organisés au niveau des DS, impliquant les partenaires au niveau local (OCB, ONGs et réseaux, religieux, communicateurs traditionnels, Bajenu gokh, élus locaux, médias, etc..). Chaque district de démonstration devra élaborer un paquet minimum d'activités de communication centrées sur le PEV et la promotion des PFE, soutenues par un cadre de suivi/évaluation.

I X. Matrice du plan opérationnel

A. GESTION DES ACTIVITES DE COMMUNICATION

Résultats attendus / Activités à mener	Indicateurs	MDV	Préalables/supports	Responsables	Partenaires
1. COORDINATION					
National					
Résultat 1.1 Le comité national de mobilisation sociale sur le PEV/ PFE de routine est fonctionnel					
1.1.1 Présenter une note technique du Directeur de la Prévention à la signature du MSAS pour redynamiser le comité national de mob-soc	Note technique élaborée Points focaux des ministères désignés	Arrêté signé par le Ministre	Note technique de plaidoyer, lettre du MSAS adressée aux Ministères concernés	Direction de la Prévention (DP)	Ministères concernés (Famille, Education, Jeunesse, Intérieur, CL) et réseaux (femmes, jeunes, journalistes, ONGs)
1.1.2 Tenir des réunions trimestrielles du comité de mob-soc présidées par le DP /Chef du SNEIPS	Nbre de réunions trimestrielles tenues/Nbre planifié	Rapports d'activités	Plan de Travail Annuel sur la communication	DP/SNEIPS	Partenaires techniques, SNEIPS
1.1.3 Le MSAS adresse aux Gouverneurs une circulaire pour la mise en place de comité élargi de mob-soc du PEV/PFE et la tenue trimestrielle de CRD	Note circulaire signée par le Ministre et diffusée	Bordereau de transmission	Note technique de plaidoyer, circulaire du MSAS adressée aux Gouverneurs	Direction de la Prévention	Services techniques, ONG/OCB, leaders religieux, com. Traditionnels, etc
1.1.4 Organiser/animer un CRD de plaidoyer sur le PEV/PFE dans les 14 régions pour repositionner le PEV comme priorité stratégique	Nbre de CRD de plaidoyer organisé	rapports de mission	Document de plaidoyer /PP sur PEV/PFE	DPSNEIPS	Services techniques, ONG et OCB, leaders religieux, com-traditionnels, etc. .
R 1.2 La coordination du plan de communication du PEV /PFE est intégrée dans les missions et responsabilités des managers du PEV					
1.2.1 MEO activités du plan de com inscrite dans le plan de travail hebdo, mensuel de la DP/ DI	Nbre d'activités spécifiques inscrites	Plan	Plan de travail mensuel PEV/ com	Direction de la prévention	Partenaires techniques, SNEIPS
1.2.3 MEO du Plan com PEV est intégrée dans les différents mécanismes/ outils de gestion/ coordination du PEV	Outils de gestion/ coordination PEV avec volet com	Outils	Plan semestriel de supervision /suivi PEV intégrant indicateurs com	Direction de la prévention	Partenaires techniques, SNEIPS
1.2.3 Le volet communication PEV/PFE est discuté dans les réunions de coordination de la DP	Volet communication inscrit à l'OJ des réunions de la DP	Convocation de la réunion	Réunion de coordination	DP	Partenaires techniques, SNEIPS
1.2.4 Organiser un atelier/réunion de planification PEV/PFE intégrant volet com dans PTA de la DP	Atelier de planification organisé	Compte rendu/Rapport réunion, atelier	Plan de Travail Annuel intégrant le volet communication	DP	Partenaires techniques, SNEIPS

1.2.5 Prendre en compte les indicateurs de processus du volet com du PEV/PFE dans les outils de collecte et d'analyse de la DSIS	Indicateurs de processus dans les outils du DSIS	Outils DSIS	Intégrer dans les outils de collecte DSIS intégrant indicateurs com	DP SNEIPS	Partenaires techniques
1.2.6 Intégrer dans le rapport mensuel du PEV les indicateurs de processus du volet communication du PEV/PFE	Indicateurs de processus dans le rapport mensuel du PEV	Outils DSIS	Intégrer dans les outils de collecte DSIS indicateurs communication	DP / SNEIPS	Partenaires techniques,
Régional					
1.3 Le comité de mob- soc sur le PEV /PFE de routine est fonctionnel, y compris Le sous-Comité de gestion des rumeurs					
1.3.1 Mettre en place/redynamiser les comités élargis de mobilisation sociale au niveau régional	Note circulaire signée par le Ministre et diffusée	Bordereau de transmission	Mise en place / Réactualisation des comités de mob-soc	DP	Services techniques, ONG et OCB, leaders religieux, com-trad, etc...
1.3.2 Tenir des réunions d'orientation périodiques avec le sous- comité de gestion des rumeurs	Nombre de réunions tenues	Rapport	Mise à jour et monitoring cartographie des rumeurs	DP /SNEIPS	Membres du comité
1.4 Le plan de communication PEV/PFE est inclut dans l'agenda des réunions de coordination					
1.4.1 Les activités du plan de communication du PEV figurent dans le plan de travail de la RM	Nbre d'activités spécifiques de com inscrites	Plan de travail	Elaboration Plan de travail mensuel avec activités PEV/ com	Région Médicale	ONG et autres partenaires
1.4.2 Discuter lors des réunions de coordination du volet communication PEV/PFE et l'intégration de la communication. PEV/PFE dans les activités de com. des autres programmes de santé (Palu, Sida, PF)	Le Volet intégration de la communication figure parmi les points de l'ordre du jour	Ordre du jour des réunions	Réunion de coordination régionale	Région Médicale	ONG et autres partenaires
Département/ district					
1.5 Le comité de mobilisation social est fonctionnel					
1.5.1 Adresser des Circulaires aux préfets et sous-préfets pour la mise en place de comité élargi de mob- soc du PEV et tenue CDD trim. élargi de suivi du PEV et des PFE	Note circulaire signée par Gouverneur et diffusée	Bordereau de transmission	Note de plaidoyer	District Sanitaire	Services techniques, ONG et OCB, réseaux
1.5.. Coordination et gestion volet com PEV inscrites dans le PT du DS	Nbre d'activités Com inscrites	PTA	Composante PEV PTA incluant activités com	District Sanitaire	ONG et autres partenaires
R 1.6 La coordination du plan de communication du PEV/PFE est intégrée dans les missions et responsabilités des managers du PEV et des services de sante					
1.6.1 Discuter en réunion de coordination de l'intégration de la communication PEV dans les activités de com. des programmes de santé	Volet com figure parmi les points de l'ordre du jour	ordre du jour des réunions	Réunion de coordination	District Sanitaire	ONG et autres partenaires

1.6.2 La MEO des activités spécifiques du plan de com du PEV figure dans le plan de travail du DS	Nbre d'activités spécifiques inscrites	-PTA	Plan d'activités mensuel PEV intégrant volet COM	District Sanitaire	ONG et autres partenaires
1.6.3 Inscire les activités spécifiques de com dans les plans d'action des PS	Nbre d'activités spécifiques inscrites	Plan	Microplan PEV poste de santé incluant activités com	Poste de santé	ONG et autres partenaires
Arrondissement/ Communautaire (villages/quartiers)					
R 1.7 Les comités de mob-soc et les conseils des villages et quartiers intègrent le PEV /PFE dans leurs activités					
1.7.1 Envoyer des circulaires des sous-préfets aux chefs de quartier et villages pour la prise en compte du PEV dans les activités de développement planifiées et mises en œuvre par la communauté	Circulaire signée et diffusée	Bordereau de transmission	Plan d'opération des collectivités locales (POCL)	PS	ONG et autres partenaires
1.7.2 Organiser des réunions de comités /conseils de quartiers/ villages pour la planification et le suivi des activités de com PEV/PFE	Nbre de comités /conseils ayant planifié des activités com PEV	Rapport	Atelier participatif d'élaboration du plan de communication	DS/PS	OCB et autres partenaires communautaires
1.7.3 Primer les acteurs communautaires les plus distingués dans la stratégie d'adoption et la recherche des perdus de vue (Ecoles; ASC; GPF)	Nbre d'acteurs communautaires avec stratégie d'adoption	Rapport	Mise à disposition de supports (cahier, aide-mémoire...)	DS	Communauté
2. Recherche					
National					
R 2.1 Réaliser des enquêtes pour obtenir des évidences pour supporter les choix stratégiques et le contenu des messages de communication					
2.1.1. Mener des enquêtes périodiques pour disposer de données probantes sur les perceptions et CAP des populations sur la vaccination	Nbre d'enquêtes menées/ planifiées	Rapport	Domaine de recherche identifié. Elaboration de protocole	SNEIPS/DP	Partenaires techniques, et financiers
2.1.2 Mener une enquête CAP dans les DS de démonstration pour apprécier les effets des interventions de com	Enquêtes réalisées	Rapport	Elaboration de protocole/TDR	SNEIPS/DP	Partenaires techniques et financiers
3. Planification					
National					
R 3.1 Plan Stratégique de Communication pour le PEV de routine /PFE élaboré et mis en œuvre					

3.1.1. Organiser un atelier national de développement d'un plan opérationnel de com PEV	Atelier tenu	Rapport Atelier	PPAC Rapport ECV EDS continue Rapport CAP	SNEIPS/DP	Partenaires techniques et financiers
3.1.2 Organiser un Atelier de développement des messages et de supports	Atelier tenu	Rapport atelier	Rapport CAP Plan stratégique de com	SNEIPS/DP	Partenaires techniques et financiers
3.1.3 Organiser des ateliers de partage et de planification opérationnelle au niveau des districts de démonstration	Ateliers tenus	Lettre d'invitation Rapport atelier	Plan stratégique de communication	SNEIPS/DP	Partenaires techniques et financiers
3.1.4 Elaborer un plan de suivi de la MEO des plans au niveau des DS de démonstration	Plan de suivi élaboré	Rapport de mission de suivi	Plan de suivi	SNEIPS/DP	Partenaires
Régional					
R 3.2 Plan Intégré de Communication prenant en compte la vaccination de routine élaboré et mis en œuvre					
3.2.1 Intégrer le Plan de communication du PEV de routine dans les PTA de région	Nbre de régions ayant intégré le plan com PEV dans leur PTA	PTA région	Plan stratégique de communication	RM MCR/BREIPS	ONG et autres partenaires
3.2.2 Elaborer la Cartographie des réseaux de ressources communautaires pour supporter la communication autour du PEV	Nbre de réseaux identifiés	Cartographie des réseaux de disponible	Recensement des ressources communautaires de chaque région	RM/SNEIPS	ONG et autres partenaires
Département/ district					
R 3.3 Plan intégré de communication élaboré et mis en œuvre					
3.3.1 Elaborer un Plan Intégré de Com. pour la vaccination de routine dans les districts	Nbre de districts ayant élaboré un plan intégré de com	Plan disponible Rapport	Plan stratégique de com Rapport Enquête CAP	DS/SNEIPS	ONG et autres partenaires
3.3.2 Intégrer le Plan de communication du PEV de routine dans les PTA des districts de démonstration	Nbre de districts ayant intégré le plan de com PEV dans leur PTA	PTA région et district	Atelier participatif d'élaboration du plan de communication	MCD/EIPS	ONG et autres partenaires
Arrondissement/ Communautaire (villages/quartiers)					
R 3.4 Micro plan de communication pour le PEV élaboré et mis en œuvre					
3.4.1 Elaborer un microplan de communication du PEV de routine et l'intégrer dans les POCL et autres instruments de planification des CL	Nombre de microplans de com PEV intégrés dans les POCL	POCL	Atelier participatif d'élaboration du microplan de com	PS(ICP)	Collectivités locales, ONG, Réseaux communautaires et autres partenaires
3.4.2 Organiser une réunion de programmation mensuelle des activités de com en soutien au PEV de routine avec les acteurs com	-Nombre de réunions tenu	Compte rendu ou PV	Convocation des membres	PS	Réseaux communautaires, ONG et autres partenaires

4. Supervision

National

R 4.1 Les activités de communication sur le PEV/PFE sont intégrées dans les outils de supervision

Renforcer le Volet communication PEV/PFE dans les outils de supervision à tous les niveaux	Volet com PEV intégré dans les outils de supervision	Outils de supervision	Intégrer dans l'atelier d'élaboration des supports la révision des indicateurs des activités COM PEV/PFE	DP/SNEIPS	PTF
--	--	-----------------------	--	-----------	-----

Régional

R 4.2 Les activités de communication sur le PEV sont supervisées par la région

4.2.1 Les activités de communication PEV des districts sont inscrites dans les outils de supervision	Activités de com intégrées dans les outils de supervision	Outils de supervision	Intégrer dans l'atelier d'élaboration des supports la révision des indicateurs des activités COM PEV/PFE	SNEIPS	PTF
--	---	-----------------------	--	--------	-----

Département/ district

R 4.3. La communication du PEV de routine des DS de démonstration est intégrée dans le plan de supervision du district

4.3.1 Réviser les outils de supervision pour prendre en compte le volet com du PEV	Nbre de DS ayant intégré le volet com PEV dans le plan de supervision	Outils de supervision	Réunion mensuelle de coordination du district	MCD/EIPS	ONG et autres partenaires
4.3.2 Superviser les activités de communication des cases et réseaux communautaires et partager les résultats	Nbre de structures et réseaux supervisés /nbre prévu	Rapport de supervision	Grilles de supervision	ICP	Réseaux com. ONG/ OCB, comités de santé et autres partenaires

5. Suivi et Evaluation

National

R 5.1 Le suivi des interventions de communication en matière de PEV/PFE est assuré

5.1.1 Intégrer le volet com du PEV/PFE dans le plan de suivi du PEV au niveau DS	Activités de suivi des activités de com prises en compte dans le plan de suivi	Plan de suivi	Développer et mettre en place des activités de suivi du volet com PEV	DP/SNEIPS	PTF
--	--	---------------	---	-----------	-----

5.1.2 Intégrer des indicateurs de communication aux outils de collecte et de rapportage du DSIS	Indicateurs de com élaborés et pris en compte dans les outils de la DSIS	Outils collectés	Rapports /Documents	DP/SNEIPS	PTF
R 5.2 Le niveau de mise en œuvre des activités de communication planifiées sur la vaccination et les PFE est connu					
5.2.1 Tenir dans les DS des réunions trimestrielles de revue de la MEO des plans de com. PEV /PFE	Nbre de réunions tenues	PV de réunion	Développer et mettre en place un système d'évaluation		
5.2.3 Tenir dans les régions des réunions annuelles de revue de la MEO des plans de communication du PEV /PFE	Nbre de réunions tenues	PV de réunion	Plan de travail	MCD	PTF
5.2.4 Intégrer dans les revues nationales du PEV le volet communication PEV/PFE	Nbre de revues ayant intégré le volet com. PEV/PFE	Rapport de revue	Plan de travail	SNEIPS/DP	OMS/UNICEF
R 5.3 Les niveaux de CAP sur les PFE/PEV sont actualisés périodiquement					
5.3.1 Négocier l'intégration d'indicateurs de connaissances et attitudes dans les enquêtes EDS/MICS	Liste d'indicateurs intégrés dans les modules d'enquête	Modules	Plaidoyer de la DP auprès de l'ANSD	DP/SNEIPS	PTF
5.3.2 Effectuer deux enquêtes (an 2 et 4) sur les CAP des populations sur le PEV/PFE	Enquêtes réalisées	Rapport des enquêtes	Développer des Outils de recherche	DP/SNEIPS/DSISS	PTF
Régional /district					
R 5.4 Le suivi des interventions de communication en matière de PEV/PFE au niveau des régions et districts est assuré					
5.4.1 Inscrire le suivi de la MEO du plan de com dans les réunions de coordination/suivi à tous les niveaux	Nbre de réunion avec suivi com PEV/PFE	PV de réunion	Plan de suivi des activités de COM sur le PEV/PFE	MCR/MCD	PTF
5.4.2 Un système de suivi communautaire de collecte et d'analyse des données de communication/CC est élaboré	Canevas de suivi disponible	Canevas	Atelier d'élaboration d'un canevas de suivi des activités de com	SNEIPS	PTF et acteurs communautaires
Arrondissement/ Communautaire (villages/quartiers)					
R 5.1 Le suivi des interventions de communication en matière de PEV/PFE au niveau communautaire est assuré					
5.1.1 Organiser des réunions de partage /restitution communautaire sur la MEO des activités de com PEV/PFE	Nbre de réunion de partage effectué	PV de réunion	Plan de travail	ICP	ONG, Comités de santé et autres partenaires

6. Renforcement des capacités

National

R 6.1. Acteurs communautaires aptes à planifier, coordonner, suivre et appuyer la MEO des plans de communication

6.1.1 Formation des formateurs du niveau central en méthodes et techniques de com pour le développement	Nbre de personnes formées	Rapport de formation	Modules de formation	DP/SNEIPS	PTF
6.1.2 Appui technique à la gestion de la composante communication du PEV	Nombre de consultants engagés	Contrats de consultation	Modules de formation	DP/SNEIPS	PTF
6.1.3 Atelier d'élaboration d'un guide de CIP	Guide de CIP élaboré	Rapport de l'atelier	Atelier d'élaboration	DP/SNEIPS	PTF
6.1.4 Production du guide de CIP élaboré	Nombre de guide produits	Bordereau de livraison/Doc	Guide	DP/SNEIPS	PTF
6.1.5 Formation des formateurs en CIP et approche communautaire	Nombre de personnes formées	Rapport de formation	Module de formation	DP/SNEIPS	PTF

Régional

R 6.2 Equipes cadres et partenaires opérationnels aptes à planifier, coordonner, suivre et appuyer la mise en œuvre des plans de communication

6.2.1 Formation du niveau régional et district en méthodes et techniques en communication pour le développement	Nombre de personnes formées	Rapports de formation	Module	DP/SNEIPS	PTF
6.2.2 Formation des ECR/ECD en CIP et approche communautaire	Nombre de personnes formées	Rapports de formation	Module	DP/SNEIPS	PTF

Département/ district

R 6.3 ICP et autres prestataires aptes à planifier, coordonner, mettre en œuvre, suivre et évaluer les plans de communication

6.3.1 Formation des ICP et prestataires en CIP	Nombre de personnes formées	Rapports de formation	Module	MCR/MCD	PTF
--	-----------------------------	-----------------------	--------	---------	-----

Arrondissement/ Communautaire (villages/quartiers)

R 6.4 Les acteurs communautaires (relais, OCB...) sont aptes à planifier, mettre en œuvre et évaluer des activités de communication/PEV

Former les acteurs communautaires en planification des activités de communication en faveur de la vaccination	Nombre de personnes formées	Rapports de formation	Module	MCD	PTF
---	-----------------------------	-----------------------	--------	-----	-----

R 6.5 Les partenaires locaux participent à la promotion de la vaccination					
Formation des acteurs (relais) en CIP et en approche communautaire	Nombre de personnes formées	Rapports de formation	Module	MCD	PTF
Orientation des animateurs des radios locales sur la vaccination et approche interactive	Nombre de personnes orientées	Rapports d'activité	Outils	MCR/SNEIPS	PTF
Appui logistique aux stations de radios locales pour la production des programmes sur la vaccination	Nombre de matériels alloués aux stations radio	PV de réception, BL	Convention	SNEIPS	PTF

B. ACTIVITÉS DE COMMUNICATION

Resultats et activités	Activites de support	Indicateurs	MDV	Responsables	Partenaires
7. PLAIDOYER					
NATIONAL					
R 7.1 La Présidence s'engage pour l'augmentation et la consolidation des ressources allouées au PEV/PFE (volet technique et communication)					
7.1.1. Evaluer les besoins de financement et élaborer un document de plaidoyer à soumettre à la Présidence	Besoins de financement établis ; Document de plaidoyer élaboré	Budget document de plaidoyer	Réunions des CCA technique et politique	DP/SNEIPS	PTF
7.1.2. Mener une rencontre de plaidoyer auprès du MSAS pour une communication sur le PEV lors du conseil des ministres	Elaboration note technique	Note technique Rencontre	Communication tenue	DP/SNEIPS	PTF
R 7.2 Les commissions santé/action sociale et finances de l'AN et du CESE apportent un soutien au PEV /PFE en vue de l'allocation suffisante de ressources					
7.2.1. Organiser réunions de plaidoyer avec le parlement/ CESE (commission santé et commission finance) sur le PEV/PFE et les besoins de financement	Elaborer un document de plaidoyer imprimé et audiovisuel	Nombre de sessions organisé /Nombre prévu	Rapport activités	DP/SNEIPS	PTF

R 7.3 Le ministre de la santé et de l'action sociale soutient le renforcement des capacités financières et techniques du PEV					
7.3.1 Evaluer les besoins en ressources humaines et financières pour la MEO des activités de com et les consolider dans les prévisions budgétaires du PPAC	Besoins en ressources humaines et financement inscrits dans le PPAC	Document PPAC	Atelier d'élaboration du plan de communication	DP/SNEIPS	PTF
7.3.2 Le MSAS recrute et met à la disposition de la DP un appui technique en C4D (coordonner la MEO du plan com PEV et interface avec SNEIPS/ RM/ DS	Elaborer TDRs + budget pour un spécialiste C4D	TDR élaboré/ Budget disponible	TDR – doc de plaidoyer	DP/SNEIPS	PTF
7.3.4 Le Chef du SNEIPS désigne d'un point focal chargé de coordonne et mettre en œuvre le Plan de communication PEV/PFE	Plan com déjà élaboré	TDR élaboré	Note de service	SNEIPS	PTF
R 7.5 Les Ministères transversaux (Education/Int/ CL /Jeunesse, Famille..) participent aux activités de communication du PEV/PFE					
7.5.1 Organiser des rencontres de plaidoyer avec les Ministères transversaux pour signer /Réactualiser les conventions de partenariat afin d'intégrer le volet communication PEV/PFE dans les plans sectoriels	Document de plaidoyer Correspondance officielle du ministre de la santé aux ministères concernés	Nbre de conventions réactualisées/signées	Conventions	DP/SNEIPS	Ministères concernés
R 7.6 Le MSAS réactualise et assure le fonctionnement du comité national de mobilisation sociale, y compris le comité de gestion des rumeurs					
7.6.1 Mener un plaidoyer auprès du MSAS pour réactualiser les notes et circulaires portant création et fonctionnement du comité national de mobilisation sociale du PEV (composition, missions, responsabilités, modalités de fonctionnement...)	Elaborer le dossier technique à soumettre au MSAS	Notes et circulaires de désignation des points focaux	Comité fonctionnel	DP/SNEIPS	Ministères concernés PTF
Régional					
R 7.8 Les MCR et autorités administratives intègrent la communication PEV de routine dans les réunions de coordination et lors des (CRD)					
7.8.1 Le suivi du plan de com PEV de routine est systématiquement intégré aux réunions de coordination et lors missions de supervision	Note technique adressée aux MCR	Note préparée et transmise	Planning des rencontres Rapport	DP/SNEIPS/MCR	PTF
R 7.9 Les Gouverneurs soutiennent les activités de communication du PEV de routine /PFE					
7.9.1 Mener un plaidoyer auprès des Gouverneurs de région pour l'organisation d'un CRD spécial semestriel sur la MEO du PEV et les PFE	Note de plaidoyer	Note préparée, signée et transmise	Convocation CRD ; rapport	Région médicale	Services techniques, ONG, OSC

R 7.10 Les Chefs de services régionaux concernés participent aux activités com PEV /PFE					
7.10.1 Mener un plaidoyer auprès des chefs de services régionaux pour l'intégration du volet com. PEV dans les PA des structures membres des comités de mobilisation sociale	Organiser une réunion d'orientation avec les services techniques concernés	Volet com PEV pris en compte dans l'agenda des services rég.	Plan d'action	Région médicale	Services techniques, ONG, OSC
R 7.12 Le Gouverner soutient le renforcement de la communication pour la vaccination de routine et rendre fonctionnel le comité régional de mob-soc, y compris le comité de gestion des rumeurs)					
7.11.1 Mener un plaidoyer auprès des Gouverneurs de région pour rendre opérationnel le comité pour le com. autour du PEV de routine, y compris la tenue de réunions périodiques avec le comité de gestion des rumeurs	Note officielle du MSAS adressée aux Gouverneurs	Arrêté de mise en place pris et diffusé	Arrêté	Région médicale	Services techniques, ONG, OSC
Département/ district					
R 7.12 Le MCD et les Préfets/ Sous-Préfets intègrent le volet communication PEV de routine dans les réunions de coordination					
7.12.1 Mener un plaidoyer auprès des autorités pour assurer le suivi du plan de com du PEV de routine dans l'agenda des réunions de coordination	Note technique et calendrier	Convocation et ordre du jour des réunions	Rapport de réunion	MCD	ONGs , PT
7.12.2 Mener un plaidoyer auprès des MCD pour l'intégration du Volet communication PEV/PFE dans le plan de supervision du district	Elaborer plan de supervision intégrant volet com/PEV	Réunion organisée	Plan élaboré	District sanitaire	PTF
R 7.13 Les. Préfets/Chefs de services départ soutiennent les activités de communication du PEV /PFE					
7.14.1 Mener un plaidoyer auprès des préfets pour organiser tous les trois mois un CDD élargi aux partenaires de mise en œuvre du volet com PEV/PFE	Etablir calendrier CDD sur le PEV et faire valider par Préfets	Nbre de CDD	Rapport	District sanitaire	Services techniques, ONG, OSC
R 7.15 Les Préfets soutiennent les activités de communication du PEV de routine /PFE et rendent opérationnel le comité départemental de mob-soc, y compris le comité de gestion des rumeurs					
7.15.1 Mener un plaidoyer auprès des préfets pour rendre opérationnel le comité pour la MEO continue d'activités de communication autour du PEV de routine, y compris la tenue de réunions périodiques avec le comité de gestion des rumeurs	Note technique et réunion de planification	Réunion de planification organisée	Rapport Plan d'action	DS I	Services techniques, ONG, société civile

8. MOBILISATION SOCIALE

National

R 8.1 Associations prof de santé, Ordre des pharmaciens, pédiatres du privé Syndicats Santé) sont impliqués dans la promotion du PEV/PFE

8.1.1 Organiser une rencontre de mobilisation/ plaidoyer avec les associations prof (Pédiatres, Pharmaciens) pour renforcer leur implication dans PEV /PFE	Adresser une correspondance Préparer un document de présentation	Nombre activités réalisées Supports;	Planification; Rapport	Direction de la prévention	Universités, secteur médical privé
--	---	---	------------------------	----------------------------	------------------------------------

R 8.2 Les Réseaux d'ONG de santé (RESSIP/ Congad participent aux activités de com. PEV/PFE

8.2.1 Organiser une réunion avec les réseaux d'ONG pour intégrer le volet com- PEV/ PFE dans leur Plan Action	Correspondance adressée au Secrétaire général CONGAD	Nbre d'ONG ayant participé à la réunion ; Accords	PV ou compte rendu de réunion	DP	Réseau des ONGS
8.2.2 Organiser une réunion semestrielle de revue avec le RESSIP/CONGAD, DP/DI et SNEIPS	Rencontre organisée pour accord de partenariat	Courrier préparé et adressé au RESSIP	Accusé de réception	DP/SNEIPS	PTF, Réseaux

R 8.3 Les Médias public et privé, la presse en ligne réservent des temps d'antenne et des pages à la promotion du PEV

8.3.1 Organiser des rencontres avec les patrons de presse et éditeurs pour négocier des accords en vue d'une collaboration durable (forfait diffusion, plan de reportages, émissions, etc...)	Adresser des correspondances Organiser des rencontres de travail	Convention de partenariat signée	Convention	DP/SNEIPS	Organes de presse publique et privé
8.3.2 Organiser un atelier d'orientation/planification avec les membres de Réseau des journalistes en santé sur la promotion du PEV/ PFE	Elaborer TDR atelier Projet de convention	Atelier tenu Convention de partenariat	Rapport atelier; Plan d'action	DP/SNEIPS	Réseau des journalistes santé
8.3.3 Primer l'organe de presse (télé, radio et journal) le plus distingué dans la promotion des comportements favorables PEV/PFE et la couverture des événements y relatifs	Elaborer document cadre	Comité technique Nbre de prix décerné/nbre prévu	Rapports, grille des programmes Coupures de presse/ support audio	SNEIPS/DP	PTF

R 8.4 Leaders d'opinion (Sportifs/Artistes/ notables / prédicateurs) s'engagent dans la promotion du PEV/PFE					
8.4.1 Identifier des leaders d'opinion reconnus et crédibles et les nommer comme "Champions" pour la promotion du PEV/PFE	Identifier leaders et mener le plaidoyer	Nbre de leaders identifiés et engagés ; plans d'action élaboré	Couverture médiatique ; rapport	SNEIPS/DP	Associations des artistes, des sportifs et fédérations
R 8.5 Les réseaux des religieux s'engagent dans la promotion du PEV/PFE					
8.5.1 Soutenir les réseaux religieux pour développer et distribuer des argumentaires religieux sur le PEV/PFE à introduire dans leurs sermons et prêches	Argumentaire élaboré	Nbre de copies de l'argumentaire distribué	Plan de travail	SNEIPS/DP	Réseaux des religieux Patrons de presse PTF
R 8.6 Le réseau des tradipraticiens s'engage dans la promotion du PEV/PFE					
8.6.1 Organiser un atelier d'orientation des membres des réseaux de tradipraticiens sur le PEV/PFE	Accord du ministère et TDRs	Nbre de tradipraticiens touchés	Plan d'action ; Rapport	SNEIPS/DP	Réseaux des tradipraticiens PTF
R 8.7 Les compagnies de téléphonie mobile s'engagent dans la promotion du PEV/PFE					
8.7.1. Négocier avec les compagnies de téléphonie mobile des partenariats pour la promotion du PEV/PFE	Dossier et visites de plaidoyer	Conventions signées	Conventions	SNEIPS/DP	SONATEL/TIGO/EXPRESO Partenaires
Région					
R.8.8 Les leaders d'opinion de la région soutiennent le PEV/PFE					
8.8.1 Organiser un forum régional sur le PEV/PFE	Document de plaidoyer adressé aux Gouverneurs + TDRs	Nbre de régions ayant organisé un forum Nombre de participants	Plan d'action ; Rapport d'activités	MCR/BREIPS	ONG/Services techniques PTF
R 8.9 Les Médias régionaux (publique et privé) consacrent des temps d'antenne et des reportages au PEV/PFE)					
8.9.1 Contractualiser avec les radios/téles régionales un paquet d'activités de promotion du PEV/PFE (émissions, diffusion de spots, émissions publiques, émissions interactives, etc.)	Réunions de programmation et protocole d'accord	Conventions ; Plans de travail.	Rapports ; grilles de diffusion ; supports	MCR/BREIPS	Chefs de station PTF

R. 8.10 Les réseaux des religieux s'engagent dans la promotion du PEV/PFE					
8.10.1 Organiser une journée d'orientation des membres des réseaux de religieux, des animateurs radio/télé d'émissions religieuses, chefs desk religieux	TDRs et accord des groupes participants	Journée organisée Nbre participants /Nbre prévu	Invitation ; feuille de présence ; rapport	SNEIPS/DP	Réseaux des religieux Patrons de presse PTF
8.10.2 Elaborer et assurer la diffusion d'argumentaires religieux sur le PEV/PFE à introduire dans les sermons et émissions religieuses radio-télé	Argumentaire élaboré et validé	Nbre d'argumentaires diffusé/Nbre prévu	Plan de travail ; Accords	SNEIPS/DP/	Réseau Patrons de presse
R 8.11 Le réseau des tradipraticiens s'engage dans la promotion du PEV/PFE					
8.11.1 Organiser une journée d'orientation des membres des réseaux de tradipraticiens	TDRs élaborés et accords réseau	Journée tenue ; Nbre présent /Nbre prévu	Rapport ; feuille de présence	SNEIPS/DP	Réseaux des religieux Patrons de presse PTF
Département/district					
R 8.12 Elus locaux/Maires mènent des activités de mob-soc pour la récupération des enfants perdus de vue dans leurs localités					
8.12.1 Organiser des campagnes/ journées de mobilisation sociale pour la récupération des enfants « perdus de vue », sous le leadership des élus locaux "Elus Amis des Enfants"	Document de plaidoyer avec évidences adressé aux élus des communes à faible tx de couverture	Nbre de journées et campagnes organisées ; Nbre d'enfants récupérés	Plan ; données de couverture	MCD/EIPS	Collectivités locales, ONG locales, Réseaux communautaires, Ecoles
R 8.13 Les Radios privées et ou communautaires consacrent des temps d'antenne et des reportages au PEV/PFE)					
8.13.1 Contractualiser avec les radios privées ou communautaires un paquet d'activités de com. en soutien au PEV de routine /PFE	Rencontres de planification ; Protocole d'accord	Nbre d'émissions/ diffusions radio /télé prévu/ Nbre réalisé	Contrats signés, Plans de diffusion, Rapports ; Grille de prog	MCD/EIPS	Responsables des radios privées et communautaires
R 8.14 Les leaders locaux soutiennent les activités de promotion du PEV/PFE					
8.14.1 Organiser un forum départemental sur le renforcement du PEV/PFE	Document de plaidoyer adressé aux préfets + TDRs	Nbre de départements ayant organisé un forum /Nbre prévu	Plan d'action ; Rapport d'activités	MCD/EIPS	PTF, ONG locales, OCB, autres secteurs
8.14.2 Les leaders locaux impliqués dans les activités de mob-soc autour du PEV/PFE de routine	Rencontres de travail ; Plan de travail	Nbre d'act réalisé/nbre prévu	Rapport ; accords, plans d'action	MCD/EIPS	ONG PTF Comité de mobilisation sociale

R 8.15 Les institutions d'éducation s'engagent dans les activités de adoption/ parrainage pour la récupération de enfants non-vaccines					
8.15.1 Orientation de 20 inspecteurs de l'éducation et directeurs d'école par Académie sur le PEV /PFE	Convention ; Atelier d'élaboration de supports pédagogiques	% d'activités réalisées/planifié	Conventions ; plans d'action ; rapports	SNEIPS	ONG PTF Comité de mobilisation sociale
8.15.2 Encadrement des élèves par les enseignants pour la mise en œuvre de la stratégie d'adoption / parrainage	Documentation d'orientation et conventions	Nbre d'écoles avec la SA /Nbre de classes engagé / Nbre d'élèves impliqués ; Nbre d'enfants adoptés	Conventions signées ; rapport d'activités	SNEIPS	ONG PTF Comité de mobilisation sociale
R. 8.16 Les Postes de santé (ICP, Comites de sante) soutiennent les initiatives à base communautaire dans le cadre de la promotion du PEV/PFE					
8.16.1 Sous la supervision des ICP et des comités de santé, les acteurs communautaires recensent les ménages avec des enfants non vaccinés et recherchent les perdus de vue	Planification ; Fiches de recensement. Registres de vaccination	Nbre de PS avec un système de recensement ; Nbre d'enfants récupérés	Plans ; Rapports d'activités ; fiches de recensement	EIPS/Superviseur PEV	ICP, Comités de santé. Réseaux des acteurs communautaires, ONG/OCB locales
8.16.2 Organiser des rencontres de plaidoyer avec des leaders des OCB pour l'Intégration des activités de com. PEV/PFE dans leur agenda	Identifier les OCB représentatives ; Tenir des rencontres	Nbre d'OCB engagé ; accords signés	Plans d'actions ; Conventions ; Rapports d'activité	EIPS/Superviseur PEV ; OCB	DS
Arrondissements/ communautaire					
R 8.17 Les autorités religieuses et coutumières, élus locaux (chefs de villages, quartier, maires, personnes influentes (artistes, sportifs soutiennent le PEV /PFE au niveau de leur localité					
8.17.1 Organiser des visites de plaidoyer auprès des autorités locales, religieuses et coutumières pour promouvoir le PEV/PFE, l'intégration des messages sur la vaccination/PFE dans les activités des élus locaux et personnes influentes et pour leur appui aux activités de vaccination	Documents de plaidoyer avec évidences; Rencontres,	Nbre de visites de plaidoyer effectuées; Nbre d'autorités rencontrées	Rapports d'activité ; plan d'action	MCD	Comités de santé
8.17.2 Organiser chaque trimestre un CDD élargi portant sur la promotion du PEV /PFE	Note de plaidoyer ; Plan de travail	Nbre de CDD élargis organisés; Nombre de leaders ayant participé au CDD	Feuilles de présence; Rapports d'activité	Préfet/MCD	Services techniques Partenaires
8.17.3 Organiser des cérémonies de reconnaissance des élus et personnes influentes qui se sont le mieux distingués dans la promotion de la vaccination/PFE	Document d'orientation	Nbre de cérémonies organisé /Nbre de personnes récompensées	Plans ; rapports	MCD	Comités de santé Comté de mob-soc Partenaires

R 8.18 Réseaux des relais sont impliqués pour la mise en œuvre des activités (Agents de santé communautaires, Volontaires)					
8.18.1 Contractualiser avec le réseau des relais un paquet d'activités de communication y compris la mobilisation sociale sur le PEV/PFE	Protocole d'accord, Plan communication	Nbre de contrats signés et mis en œuvre	œuvre Contrats, Plans d'action, Rapports d'activités Rapports de sup	EIPS	Collectivités locales ONG locales Réseaux communautaires
8.18.2 Avec la coordination des ICP et des comités de santé, les acteurs communautaires recensent les ménages avec des enfants et recherchent des perdus de vue	Fiches de recensement. Registres de vaccination Accords avec les acteurs communautaires et élus	Nbre de PS avec un recensement complet des ménages avec les enfants, Nbre d'enfants récup	Plan d'action / Rapports d'activités	EIPS/Superviseur PEV	ICP, Comités de santé. Réseaux des acteurs communautaires, ONG/OCB locales
9. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT					
National					
R.9.1 Les supports de communication sont disponibles pour appuyer la promotion de la vaccination et des PFE					
9.1.1 Organiser un atelier national d'élaboration /révision des supports de promotion de vaccination et des PFE	TDRs et outils	/ Nbre de supports élaborés / révisés /nbre prévu	Drafts de support/ rapport atelier de production	SNEIPS	PTF
9.1.2 Produire les supports de communication élaborés lors de l'atelier national	Plan de production et de distribution	Nbre de supports produits dispo	BL/ Supports	SNEIPS	PTF
9.1.3 Diffuser les supports de communication sur la vaccination et les PFE	Plan de mise en place	Nbre de supports diffusés/ dispo	BL /Supports	SNEIPS	PTF
R. 9.2 La population est sensibilisée sur l'importance de la vaccination à travers les media de masse					
9.2.1. Organiser des tables rondes ou panels; Animer des émissions télé/radio avec les associations prof de santé; Publications scientifiques sur les vaccins et la vaccination	Accord/ Etablir un plan /Notes techniques sur le PEV/PFE	Nbre de débats organisés Nbre d'émissions télé et radio réalisées /mailing list A/V	Rapports d'activités; Supports Rapport du numéro vert	SNEIPS/DP	PTF
9.2.2. Diffuser des témoignages de pédiatres du public et du privé en soutien au PEV/PFE	Accord et Plan	Nbre de témoignages de pédiatres diffusés Nbre d'appels reçu	Rapports d'activités; Supports A/V	SNEIPS/DP	PTF

9.2.3. Organiser des campagnes de communication sur le PEV de routine/PFE, émissions et magazines spéciaux consacrés au PEV de routine/PFE.	Conventions de partenariat Plan	Nbre d'organes de presse ayant participé aux act de com/Nbre d'émissions/reports réalisés	Plan établi Supports A/V Rapports activités Coupures de magazines	SNEIPS/DP	PTF
R. 9.3 Le réseau des religieux incite les populations à vacciner leurs enfants et à adopter les PFE					
9.3.1 Les religieux introduisent dans leurs sermons des thèmes sur le PEV/PFE et traitent les thèmes sur le PEV/PFE dans leurs émissions religieuses radio et télé ainsi que dans les conférences religieuses	Briefing Accord Plan	Nbre d'émissions religieuses radio/ TV ayant traité des thèmes PEV/ PFE/ Nbre de religieux ayant traité du PEV/PFE	Rapport, grille de programme/ Plan établi Supports audio-visuels	SNEIPS/DP	PTF
R 9.4 Les parents, mères et gardiennes d'enfants reçoivent des SMS de rappel de rendez-vous pour la vaccination et des messages sur le PEV/PFE					
9.4.1. Concevoir les messages à transmettre à l'opérateur de téléphonie	Conventions avec opérateurs Base de données des abonnés	Nbre de messages conçus et transmis - Nbre de mères ayant déclaré avoir reçu de SMS	Rapport activités de l'opérateur Rapport de l'enquête	SNEIPS/DP	Min communication SONATEL et autres opérateurs
Région					
R 9.5 Les supports de communication sont mis en place à l'échelle régionale pour faciliter les activités de promotion du PEV et des PFE					
9.5.1. Les BREIPS expriment les besoins en supports de communication et assurent leur mise en place à l'échelle régionale	Note du Sneips Plan de distribution	Nbre de supports demandé/ nbre reçu et distribué	Décharges/ BL	BREIPS	PTF
9.5.2. L'utilisation des supports de communication est intégrée dans la grille de supervision de la région	Grille de supervision révisée	Rapport de supervision	Grille	BREIPS	PTF

Département/ district					
R 9.6. La population est incitée à vacciner leurs enfants et à adopter les PFE par le réseau des OCB, qui intègrent les activités de communication sur le PEV/PFE dans leurs plans d'action					
9.6.1. Appuyer les activités de communication sur le PEV/PFE organisées par les OCB	Doter les OCB d'outils et de supports de communication sur PEV/PFE	Nombre d'activités des OCB appuyées	Rapports d'activité des OCB	SNEIPS/BREIPS	PTF
R 9.7. Les communautés sont informées sur la vaccination et aux PFE par les prestataires de services de sante					
9.7.1 Organiser des causeries éducatives avec les mères et gardiennes d'enfants au niveau des PPS lors des séances de vaccination	Atelier d'orientation Plan	Nombre de séances de causeries tenues par les prestataires	Rapport d'activité	Prestataires des PPS	OCB
9.7.2 Organiser des activités pour la recherche active des perdus de vue	Recensement des ménages	Nombre de perdus de vue retrouvés	Rapports d'activités	ECD	OCB
9.7.3. Organiser des visites au domicile des ménages qui ne respecte pas le calendrier vaccinal	Recensement des ménages	Nombre d'enfants récupérés	Rapports d'activités	ECD	OCB
9.7.4. Organiser des rencontres de promotion de la vaccination /PFE auprès des personnes influentes de la communauté	Etablir la liste Organiser des briefings Plan d'action	Nbre de rencontres tenues avec les personnes influentes	Rapport d'activité	ECD	
R 9.8 Les parents des zones à faible couverture sont incités à faire vacciner leur enfants par les élèves, dans le cadre de de la stratégie d'adoption (parrainage)					
9.8.1 Organiser des rencontres sur la stratégie d'adoption à travers les cellules pédagogiques	Rencontres de planification	Nbre d'activités réalisées/nbre prévu	PV de réunion Liste des enfants adoptés	I A / I E F	MCD

9.8.2 Les enseignants encadrent les élèves dans la mise en œuvre de la stratégie d'adoption pour la promotion de la vaccination/PFE	Sessions d'orientation	Nbre d'enseignants impliqués dans la stratégie d'adoption ; Nombre d'élèves encadrés	Rapport d'activité	Enseignants	MCD
9.8.3 Les élèves recensent les enfants à vacciner et incitent les parents au respect du calendrier vaccinal	Sessions d'animation pédagogique et programmation	% d'enfants recensés et vaccinés % de parents ayant déclaré avoir fait vacciner leurs enfants grâce aux élèves	Outils de suivi de la stratégie	Enseignants	MCD
9.8.4 Organiser une cérémonie pour primer les élèves les plus méritants	Inscrire dans le plan de travail	Cérémonie organisée/Nbre d'élèves primés	Plan Rapport d'activité	MCD/IEF	Collectivités locales/PTF/comités de santé
Communauté rurale (villages, quartiers)					
R 9.10 La population reçoit des informations sur la vaccination et est incitée à faire vacciner leurs enfants et à adopter les PFE dans les lieux de culte					
9.10.1 Prêches, mobilisation pour la vaccination des enfants, à partir d'argumentaires religieux	Elaborer un argumentaire	% des parents ayant cité les religieux comme source d'information sur la vaccination	Sermons Prêches Emissions Conférences	ECD	Associations religieuses Leaders communautaires
R 9.11 Les parents et les gardiens des enfants sont informés sur la vaccination et aux PFE par les prestataires de services de santé et les relais					
9.11.1 Les ICP et relais organisent des interactions actives avec les mères et autres clients du poste de santé sur la vaccination et PFE	Etablir un cadre de partenariat avec les organisations de femmes et leaders	% d'organisations de femmes disposant d'un plan visant la promotion du PEV et des PFE	Feedback performances de la communauté	ECD	GPF, réseaux
9.11.2 Intégrer la communication pour le PEV de routine dans le paquet d'activités CCC des relais	Sessions de planification conjointe	% d'OCB engagés dans des actions conjointes	Plans d'action Rapport d'activités	MCD	OCB

9.11.3. Organiser des visites au domicile des ménages qui ne respectent pas le calendrier vaccinal	Recensement des ménages et plan d'action	% de mères ayant déclaré s'engager à respecter le calendrier vaccinal	Rapports d'activités Registre de vaccination	MCD	OCB
R 9.12 Les mères et gardiennes d'enfants participent à la promotion de la vaccination /PFE					
9.12.1 .Organiser des témoignages des mères et gardiennes d'enfants pour partager leurs bonnes pratiques en matière de vaccination/PFE lors des rencontres de sensibilisation et causeries	Identifier les modèles positifs et les orienter comme promotrices de la vaccination et des PFE	% de ménages réticents récupérés Nbre de témoignages faits par les mères ou gardiennes d'enfants	Registre de vaccination Rapports	Mères et gardiennes d'enfants	OCB/Agents de santé
R 9.13 Les mères sont soutenues dans la vaccination des enfants et adoption des PFE par les conjoints, grands-mères/belles mères et autres personnes influentes au niveau de la famille					
9.13.1 Organiser des rencontres de sensibilisation avec les conjoints, grands-mères et personnes influentes pour les encourager à soutenir les mères et parents à respecter le calendrier vaccinal	Organiser une réunion de restitution mensuelle avec le comité de santé et les organisations communautaires	Nbre d'OCB et de leaders prenant aux séances	Liste de présence Convocations	ECD/ICP	Comité de santé, réseaux
9.13.2 Amener les conjoints, grands-mères et personnes influentes à partager leurs bonnes pratiques lors des causeries et des foras communautaires sur PEV /PFE	Obtenir l'implication des autorités locales dans la tenue de réunions avec les leaders	Nbre de foras organisés et de témoignages	Rapport d'enquête; Témoignage	ECD/ICP	Comité de santé, réseaux
9.13.3 Leaders d'opinion (GPF, associations de jeunes, personnes influentes, sportifs, artistes) agissent comme Champions de la vaccination, mobilisation/ implication des hommes dans le suivi du calendrier vaccinal des enfants	Recenser les personnes influentes reconnues comme telles par la communauté	Nbre de leaders contactés et engagés/nbre recensé	Répertoire	ECD/ICP	Comité de santé, réseaux
R 9.14 La population est sensibilisée sur l'importance de la vaccination à travers les media communautaires et les Communicateurs traditionnels					
9.14.1 Les radios communautaires organisent des émissions interactives sur la vaccination de routine	Atelier d'orientation et de planification	% d'activités réalisées/ prévues	Plan Grille	ECD	Réseau des radios com

9.14.2 Les communicateurs traditionnels jouent le rôle de Promoteur de la vaccination auprès des mères et familles (au cours des apparitions publiques et autres cérémonies)	Session de briefing sur le PEV et la survie de l'enfant	% de mères et chefs de famille ayant cité les tradipraticiens comme sources d'information	Enquêtes et témoignages	ECD	Réseau des tradiipraticiens
R 9.4 Les parents ayant cherché des traitements pour les enfants auprès les tradipraticiens sont incités à faire vacciner leurs enfants et à adopter les PFE					
9.14.1 Les tradipraticiens sensibilisent les parents qui cherchent des traitements pour les enfants sur le PEV/PFE et les orientent vers les PPS pour la vaccination	Rencontres techniques et de plaidoyer avec le réseau	% de tradi-praticiens convaincus de l'importance de la vaccination et engagés à sensibiliser les mères	Rapport Témoignages Enquêtes	MCD	UNICEF/PTF/Comités de santé
R 9.15 Les parents dans les zones à faible couverture sont incités à faire vacciner leur enfants par les élèves, dans le cadre de de la stratégie d'adoption (parrainage)					
9.15.1 Les élèves recensent les enfants à vacciner et incitent les parents au respect du calendrier vaccinal	Outils de suivi de la stratégie	Nbre d'enfants recensés par les élèves; Nombre de parents sensibilisés	Rapport	Enseignants	MCD
9.15.2 Organiser des réunions de suivi et de coordination de la stratégie d'adoption avec les acteurs de la santé	Nbre de réunions de suivi et de coordination organisées	PV de réunion		IA/IEF	MCD

X. Modalités de mise en œuvre

Pour assurer une mise en œuvre efficace du PNSC, la DP et le SNEIPS, en collaboration avec les partenaires, mettront en place un comité de suivi, doté d'une unité de coordination composée des points focaux de la DP et du SNEIPS. Ces points seront la cheville ouvrière du processus de mise en œuvre.

Le processus sera lancé d'abord dans les trois districts de démonstration choisis par la DP. Cette phase couvre la période 2014-2016, correspondant à l'horizon du PPAC.

Après la validation de la stratégie par les responsables du programme, il est prévu d'organiser des ateliers de partage, suivis de planification opérationnelle au niveau de chaque district opérationnel.

Les modalités de financement des plans des districts et les mesures d'accompagnement nécessaires seront déterminées par les responsables des programmes en collaboration avec les partenaires. **A compléter**

IX. Synthèse activités principales, chronogramme, budget

Composantes	Activités principales	Chronogramme				Budget			
		2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
A. Activités de gestion (tous niveaux)									
Coordination									
Fonctionnement comités de mobilisation sociale à tous les niveaux	Réunions trimestrielles Motivation des acteurs communautaires	x	x	x	x	12.840.000	20.300.000	19.320.000	19.320.000
Recherche									
Production d'évidences	Enquêtes et ateliers	x	x			6.000.000	15.000.000		
Planification									
Elaboration plan stratégique/Cartographie	Consultant/Ateliers Micro planification	x	x	x	x	17.400.000	89.000.000	45.600.000	83.600.000
Supervision									
Superviser activités de communication des cases et réseaux	Réunions, ateliers de partage et missions	x	x	x	x	930.240	2.480.640	11.780.040	23.566.080
Suivi /Evaluation									
MEO des interventions de communication	Revue annuelle Evaluations	x	x	x	x	6.000.000	18.000.000	6.000.000	18.000.000
Renf. de capacités									
Formations	Elaboration outils Appui technique/Ateliers	x	x	x	x	50.398.000	159.210.000	240.758.550	268.862.500
B. Activités de communication (tous niveaux)									
Plaidoyer									
Paquet plaidoyer Conventions de partenariat	Elaborer doc de plaidoyer Réunions/Campagnes communication/médias	x	x	x	x	90.400.000	104.600.000	10.430.000	104.100.000
Mob-soc et participation communautaire									
Activités à base communautaire/local	Campagnes de mobilisation sociale et promotion des PFE	x	x	x	x	46.615.000	48.700.000	66.400.000	145.900.000
CCC									
TOTAL									