



**REPUBLIQUE DU NIGER**  
Fraternité – Travail - Progrès

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

## **PLAN STRATEGIQUE INTEGRE DE COMMUNICATION :**

**Pour la vaccination systématique, les Activités de  
Vaccination Supplémentaires, la Surveillance des  
maladies cibles et l'introduction des nouveaux  
vaccins**

**2011-2015**



Août 2011

## **PREFACE**

## **RESUME**

## **LISTE DES ACRONYMES**

### **I. INTRODUCTION**

### **II. GENERALITES**

1. Données physiques
2. Données démographiques
3. Données socioculturelles
4. Organisation du système de santé

### **III. ANALYSE DE LA SITUATION**

#### **1. Aperçu sur le PEVS**

- Principaux indicateurs
- Forces /faiblesses
- Contraintes/ opportunités

#### **2. Aperçu sur la surveillance épidémiologique**

- Principaux indicateurs
- Forces /faiblesses
- Contraintes/ opportunités

#### **3. Aperçu sur la vaccination supplémentaire**

- Principaux indicateurs
- Forces /faiblesses
- Contraintes/ opportunités

#### **4. Introduction des nouveaux vaccins**

#### **5. Situation de la communication / Mobilisation Sociale**

- Analyse des participants
- Analyse des canaux de communication
- Les approches locales et les réseaux sociaux
- Les barrières à la communication et à la mobilisation sociale PEV

#### **6. Vision et Orientations stratégiques de la communication**

- Vision stratégique
- Orientations stratégiques

### **IV. PLAN STRATEGIQUE 2011 – 2015**

#### Contexte et justification

1. But et objectifs
2. Axes stratégiques
3. Principales activités
4. Suivi / Evaluation/ Documentation
5. Budget

### **V. CONCLUSION**

### **VI. Références bibliographiques**

## LISTE DES ACRONYMES

<b>ACTN</b>	l'Association des Chefs Traditionnels du Niger
<b>AVS</b>	Activités de vaccination supplémentaires
<b>BLAD</b>	Bureau d'Appui et de Liaison pour le Développement
<b>BLU</b>	Bande Latérale Unique (Radio BLU)
<b>CAP</b>	Connaissances, Attitudes et Pratiques
<b>CCIA</b>	Comité de Coordination Inter Agence
<b>COSAN</b>	Comité de Santé
<b>COGES</b>	Comité de Gestion
<b>COGEPI</b>	Comité de Gestion des Epidémies
<b>CSI</b>	Centre de Santé Intégré
<b>CIP</b>	Communication Interpersonnelle
<b>CPN</b>	Consultation Périnatale
<b>CCIA</b>	Comité de Coordination Inter Agences
<b>CNTOAVS</b>	Comité National Technique d'Organisation des Activités de Vaccination Supplémentaires
<b>DTC-HepB-Hib</b>	Haemophilus Influenzae B (vaccin)
<b>DSSRE</b>	Direction de la Statistique, de la Surveillance et de la Riposte aux Épidémies
<b>DI</b>	Division des Immunisations
<b>DRSP</b>	Direction Régionale de la Santé Publique
<b>DDSP</b>	Direction Départementale de la Santé Publique
<b>GAVI</b>	Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
<b>GAVI/SSV</b>	Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination/Soutien aux Services de Vaccination
<b>JICA</b>	Japanese International Cooperation Agency
<b>JNV</b>	Journées Nationales de Vaccination
<b>JNVS</b>	Journées Nationales de Vaccination synchronisées
<b>MAPI</b>	Manifestations Adverses Post Injection
<b>MenAfriVac</b>	Vaccin conjugué contre méningocoque A
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>PDS</b>	Plan de Développement Sanitaire
<b>PEVS</b>	Programme Élargi de Vaccination Systématique
<b>PEV</b>	Programme Élargi de vaccination
<b>PFA</b>	Paralysie Flasque Aigue
<b>PMA</b>	Paquet Minimum d'Activités
<b>PPAC</b>	Plan pluri annuel complet
<b>PSIC</b>	Plan Stratégique Intégré de Communication
<b>PVS</b>	Poliovirus sauvage
<b>PVH</b>	Papilloma Virus Humain (vaccin contre le cancer du Col)
<b>RGP /2001</b>	Recensement Général de la Population/2001
<b>SCNMOBSOC</b>	Sous-Comité National de Mobilisation Sociale
<b>SCRMOSOC</b>	Sous-Comité Régional de Mobilisation Sociale
<b>SCSRMOBSOC</b>	Sous-Comité Sous Régional de Mobilisation Sociale
<b>SIMR :</b>	Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte
<b>TMN :</b>	Tétanos Maternel et Néonatal

## INTRODUCTION

Le Niger, à l'instar des autres pays de la communauté internationale a adhéré à diverses résolutions relatives à l'amélioration et à la promotion de la santé de la population en général et en particulier du couple mère / enfant.

Cet engagement s'est traduit par la création du PEV Niger depuis 1987 et constitue une stratégie majeure de protection des enfants contre les maladies cibles avant leur 1er anniversaire.

La stratégie conçue a comporté un volet technique consistant en une « offre » de services, mais aussi un volet communication/mobilisation sociale pour stimuler la « demande » afin d'optimiser l'utilisation des centres de vaccination.

L'objectif fixé est d'atteindre un taux de couverture vaccinale de 95% au moins chez les enfants âgés de moins 1 an contre les maladies cibles du PEV : la Tuberculose, la Diphtérie, le Tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, l'hémophilus influenzae, l'hépatite B, la rougeole et la fièvre jaune d'ici 2015. En 2012, le Niger introduira le vaccin anti-pneumococcique, ainsi que le vaccin contre le Rotavirus en 2014 et progressivement celui contre le cancer du col utérin.

La revue externe du PEV réalisée en 2010 a montré non seulement des couvertures faibles pour tous les antigènes allant de 30% à 74% selon les régions, mais également un certain nombre de difficultés et de contraintes qui sont à l'origine de cette situation. Les résultats de cette revue ont révélé que :

- 52 % attribuaient les raisons de non vaccination d'enfants aux services de l'offre.
- Le manque d'information des mères sur l'importance de la vaccination s'élevait à 24 % ;
- 17 % des mères n'avaient aucune connaissance sur les dates des séances de vaccination ;
- les raisons de non vaccination liées aux perceptions négatives de la vaccination représentaient 5 %.

L'obtention et le maintien d'un taux élevé de couverture vaccinale, nécessitent entre autres activités, l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de communication intégrant tous les domaines du programme élargi de vaccination à savoir, le PEV de routine, les AVS et la surveillance.

Les activités prévues dans ce plan s'exécuteront à tous les niveaux du système de santé (niveau opérationnel, intermédiaire et central).

Par ailleurs cinq stratégies sont préconisées pour éradiquer la poliomyélite :

- Le renforcement du PEV systématique : Avec des taux de couverture de 95% pour le PEV de routine au moins dans 80% des districts.
- La conduite des AVS de qualité : ciblant tous les enfants de moins de cinq ans quel que soit leur statut vaccinal.
- Le renforcement de la surveillance intégrée des maladies : avec un accent particulier sur les maladies évitables par la vaccination et la participation communautaire.

- L'organisation des campagnes de ratissage des zones avec des cas de Polio Virus Sauvage et son endiguement afin de protéger les zones à risque.
- Toutes ces stratégies sont accompagnées par le volet Communication, mobilisation sociale, incontournable pour susciter la demande.

Ces stratégies essentielles, étroitement liées devront :

- Aider à mieux impliquer les décideurs et les partenaires.
- Apporter aux parents les connaissances appropriées relatives au PEVS.
- Promouvoir chez les parents des attitudes favorables à la vaccination.
- Faciliter l'adoption de comportements positifs des parents en faveur de la vaccination.
- Impliquer davantage les mouvements associatifs de jeunes, de femmes et les ONG au soutien des activités du PEV.
- Intégrer des stratégies novatrices impliquant toutes les couches de la population (les élèves, les enseignants, les leaders d'opinion, les artistes...)
- Viser les groupes spécifiques tels que les populations nomades ou difficiles d'accès.
- Accorder une place de choix aux comités de mobilisation sociale, aux autorités traditionnelles et aux professionnels des médias.

L'objet de ce plan de communication est de contribuer à la promotion des pratiques en faveur de la vaccination afin de réduire la morbidité et la mortalité liée aux maladies évitables par la vaccination d'ici 2015. Il comporte :

- Des généralités sur le Niger ;
- Une analyse de la situation du PEV et de la communication ;
- Une vision et des orientations stratégiques ;
- Une stratégie de communication 2011-2015 (But, objectifs, axes stratégiques, activités, suivi et évaluation, budget, documentation)

## **I. GENERALITES**

### **1. Données Physiques**

Le Niger est situé à l'Est de l'Afrique occidentale en zone Sahélo Saharienne. Il est limité au Nord par l'Algérie et la Libye, au Sud par le Bénin et le Nigeria, à l'Ouest le Burkina et le Mali et à l'Est par le Tchad.

Le pays couvre une superficie de 1 267 000 Km<sup>2</sup> avec une densité globale de 8,5 habitants/Km<sup>2</sup>. Enclavé, Niamey sa capitale est à 1 035 Km de Cotonou, le port le plus proche.

Le pays présente du Sud au Nord trois zones climatiques : la zone soudanienne humide, la zone sahélienne sèche et la zone saharienne désertique qui couvre les 4/5 du pays.

Au plan administratif, le pays est divisé en 8 régions et au plan sanitaire, le Niger est subdivisé en 42 districts sanitaires, 824 Centres de Santé Intégrés publics, salles de soins privées et 2440 cases de santé.

### **2. Données Démographiques**

La population nigérienne est estimée à 15 203 822 habitants en 2010 avec un taux d'accroissement annuel de 3,1 % et un indice synthétique de fécondité de 7,1 enfants

(Recensement général 2001). L'espérance de vie à la naissance est de 58 ans alors que le taux brut de natalité se situe à 52 pour mille. Avec le taux actuel d'accroissement, la population nigérienne sera de 21 millions d'habitants en 2025<sup>1</sup>. Les femmes représentent 50,1% de la population et les hommes 49,9%. Les femmes en âge de procréer constituent 22% de la population. La population des moins de 5 ans représente 20,1%, celle des moins de 15 ans 51% et celle de plus de 65 ans 5,3 %<sup>9</sup>.

L'exode saisonnier vers les pays de la sous région touche 34% des hommes et il existe un nomadisme interne dont l'importance n'est pas chiffrée. La population urbaine est de 20,4%, et de l'ordre de 81 % en milieu rural.

### **3. Données socio –culturelles**

Le Niger présente une grande diversité socioculturelle avec des pratiques traditionnelles d'origine aussi bien ethnique que religieuse. On y distingue neuf (9) groupes ethniques : les Haoussas majoritaires (56%), les Zarma-Songhai (22%), les Peuls (8,5%), les Touaregs (8%), les Kanouris (4,5%), les Arabes, les Toubous, les Gourmantchés et les Boudoumas (totalisant 1%). A chaque ethnie correspond une langue nationale, mais les langues les plus parlées sont l'Haoussa et le Djerma. A ces langues s'ajoutent le Français qui est la langue officielle.

Etat non confessionnelle Niger assure la séparation entre la religion et la gestion de l'Etat. La religion dominante est l'islam avec plus de 98% de musulmans à laquelle s'ajoutent l'animisme et le christianisme pratiquées par moins de 1% de la population. En 2006, la proportion des femmes analphabètes est de 88 % contre 72 % chez les hommes. Le taux brut de scolarisation de 67,8% est l'un des plus bas au monde.

### **4. Organisation du Système de Santé**

Ce système repose sur un modèle pyramidal à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. Le niveau central constitué par le Cabinet du ministre et les Directions centrales, est le lieu de définition de la politique sanitaire, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances.

Le niveau intermédiaire qui comporte 8 Directions Régionales est chargé de la coordination et de l'appui au niveau périphérique ou opérationnel constitué de 42 Districts. Au plan technique le système comprend 3 niveaux :

- Le premier niveau (opérationnel) s'articule autour du district sanitaire avec son réseau de centres de santé intégrés et de cases de santé.
- Le deuxième niveau correspond à l'hôpital régional.
- Le troisième niveau correspond aux hôpitaux et maternités de référence nationale.

Il existe par ailleurs des centres spécialisés de référence et d'autres établissements d'appui comme les laboratoires, les écoles de formation, les Centres d'écoute et d'information des jeunes, les structures privées.

---

<sup>1</sup> Source INS (Institut National de la Statistique)

## II. ANALYSE DE LA SITUATION

### 1- Analyse de la situation sanitaire

Le faible niveau de scolarisation, en particulier celui des filles, la pauvreté, la malnutrition, l'accès limité à l'eau potable et à l'assainissement de base favorisent le développement des maladies. En dépit de la mise en œuvre des programmes sanitaires et de l'appui multiforme des partenaires au développement, les indicateurs de santé sont nettement en dessous des normes minimales internationales.

#### Quelques indicateurs

Indicateurs	Référence	Cible	Situation actuelle
Taux de mortalité infanto juvénile	198‰	113‰	130,5‰ (2010)
Taux de mortalité maternelle	650/100.000	490/100.000	554/100.000 (2010)
Prévalence du paludisme chez les enfants	26,8%	16%	32,2%
Prévalence de la diarrhée	21%	15%	25,5%
Prévalence de la pneumonie (IRA)	13,8%	8%	13,5%
Prévalence de la malnutrition aigue	11,2%	10%	15,5%
Prévalence de la malnutrition chronique	39,3%	8%	46,9%
Prévalence de l'insuffisance pondérale	44%	25%	40,2%
Proportion de la population ayant accès à une source d'eau potable	41,4%(2006)	64%	50,1% (2008)
Baisse de 30 % du taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant	9.17%	5%	9.4%

Par ailleurs, le fort taux d'analphabétisme (83,5 %), le taux d'accessibilité des ménages aux médias (33 %) et l'insuffisance dans la mise en œuvre de politique et de lignes directrices en matière de promotion de comportements et d'environnement favorables à la santé, expliquent dans une certaine mesure, la persistance des comportements à risque et un environnement insalubre.

En matière d'hygiène, le lavage des mains, pouvant contribuer à la réduction de certaines maladies, près de 70% des femmes lavent leurs mains avant de préparer la nourriture. Cependant, elles sont seulement 34,5% à laver leurs mains avant de préparer la nourriture des enfants. En considérant les cinq moments clés (du lavage des mains) définis par l'OMS, on constate seulement que 12,7% des femmes ayant en charge des enfants de 0 à 59 mois remplissent les conditions. Les mêmes tendances s'observent en milieu urbain tout comme en milieu rural. (EDSN 2006)

L'état de santé des enfants reste caractérisé par une forte mortalité des moins de 5 ans (130 pour 1000). La malnutrition constitue le principal facteur aggravant des maladies, avec plus de 15% de malnutrition aigüe chez les enfants de 6 à 59 mois. La mortalité maternelle reste très élevée avec 554 décès pour 100000 naissances vivantes.

## 2- Situation de la communication / Mobilisation Sociale

### Aperçu sur le PEVS

Le PEV a pour objectif de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies de l'enfance évitables par la vaccination savoir la tuberculose, la poliomyélite, la coqueluche, le tétanos, la diphtérie, l'hémophilus influenzae, l'hépatite B, la rougeole et la fièvre jaune. Le PEV Niger a pour cible les enfants de moins d'un an qui représentent 4,56% (RGP /HT2001) de la population totale, et les femmes enceintes. Les grossesses attendues par an sont estimées à 5,2%. Les activités supplémentaires d'immunisation et de supplémentation s'adressent aux enfants de 0-59 mois, femmes en post – partum qui reçoivent la vitamine A et les femmes enceintes le fer. Les services de vaccination sont disponibles dans 776 formations sanitaires sur plus de 830 existantes, y compris les privées.

Le calendrier vaccinal en vigueur prévoit l'administration de 9 antigènes et de la vitamine A selon le schéma suivant :

**Tableau N°1 : Calendrier vaccinal du PEV systématique au Niger**

Chez les enfants : 0-11 mois	Chez les femmes : 15-49 ans
A la naissance : BCG ; VPO 0	1 <sup>er</sup> contact : VAT1
6 semaines : DTC-HepB1-Hib1; VPO 110	4 semaines après : VAT2
10 semaines : DTC-HepB2-Hib2; VPO2	6 mois après : VAT3
14 semaines : DTC-HepB3-Hib3; VPO3	1 an après : VAT4
6 mois et 11 mois: Vitamine A	1 an après : VAT5
9 mois : VAR; VAA	

Tous les antigènes du programme devraient être administrés avant l'âge d'un (1) an, en 5 contacts vaccinaux. Quant aux femmes en âge de procréer, elles doivent recevoir le VAT en 5 contacts.

Pour atteindre les populations cibles du programme, 4 stratégies sont mises en œuvre, à savoir : la stratégie fixe (Dans un rayon de 0-5km du CSI), la stratégie avancée (6-15km), la stratégie mobile décentralisée (+ de 15km) et la stratégie de contrôle.

#### ➤ Les composantes du programme

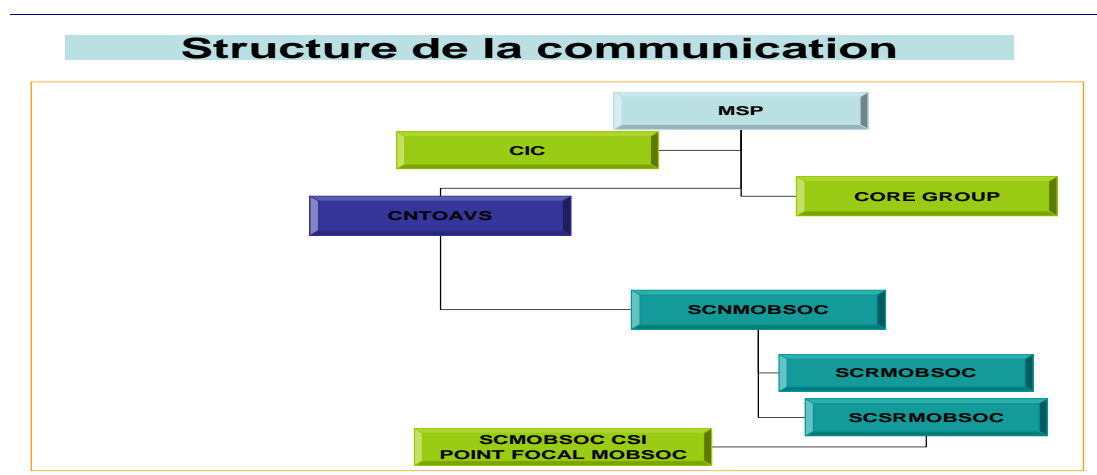
Le PEV comprend 5 composantes opérationnelles, qui sont : la prestation des services, l'approvisionnement et la qualité des vaccins, la logistique, la surveillance et la lutte contre la maladie, le plaidoyer et la mobilisation sociale. Cette dernière composante du programme se développe à travers la Cellule Communication de la Division des Immunisations, en accompagnant toutes les activités de vaccination par



des stratégies de communication. Cette cellule technique a le rôle de conception et de coordination de toutes les activités de communication relatives au PEV de routine et des AVS. Dans ce cadre, des structures créées par le Ministère de la Santé Publique appuient cette cellule dans ses attributions. Il s'agit principalement du CCIA, du CNTOAVS et de Core Group.

Cette section est appuyée par un sous comité national de mobilisation sociale qui est composé de partenaires multisectoriels à savoir les Chefs traditionnels, les leaders religieux, des ONG et associations, les services techniques des ministères, les médias et les partenaires techniques et financiers (UNICEF,OMS, Rotary,,). Certaines de ces structures qui existent au niveau régional et sous régional constituent une opportunité pour l'amélioration des indicateurs du PEV car elles sont impliquées au processus de planification, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des activités de communication du programme. Cette synergie avec les points focaux en communication des régions et districts a créé une dynamique et une meilleure coordination des interventions.

**Tableau 2 : Structure de la Communication du Ministère de la Santé Publique**



Dans le cadre du renforcement du PEV, le Ministère de la Santé Publique a élaboré et mis en œuvre des plans et stratégies avec l'appui des partenaires, pour le renforcement du PEV de routine et les activités de vaccination supplémentaires au niveau opérationnel. En 2006, l'élaboration du plan stratégique de communication, la mise en œuvre des plans opérationnels et les plans de relance du PEV ont contribué à améliorer les performances du programme, à réduire les taux d'abandon, mais aussi à induire le changement de comportement auprès des cibles directes ces dernières années.

Selon les résultats de la dernière enquête de couverture vaccinale réalisée en Juillet 2010, on note une évolution positive des perceptions sur la vaccination, ce qui dénote de la fiabilité des stratégies élaborées. Aussi l'élaboration du Plan Pluriannuel Complet 2011-2015 a prévu d'importantes activités au niveau du programme dont l'introduction de nouveaux vaccins tels que le vaccin contre le Rotavirus, le vaccin anti pneumococcique et le MenAfriVac.

Il faut noter que toutes les activités sont planifiées sur la base des données épidémiologiques et socio-anthropologiques, comme la Recherche formative sur les perceptions de la vaccination réalisée en 2008, les enquêtes de couverture vaccinale et les résultats du monitoring indépendant post campagnes de masse.

Concernant le financement du PEV, il faut reconnaître que le programme ne dispose quasiment pas de ressources financières pour la conduite des activités de communication en faveur de la vaccination. Seules les campagnes de masse contre la Rougeole, le Tétanos Néonatal et la Poliomyélite bénéficient d'un financement pour la mobilisation sociale et la communication.

### ➤ Partenariat

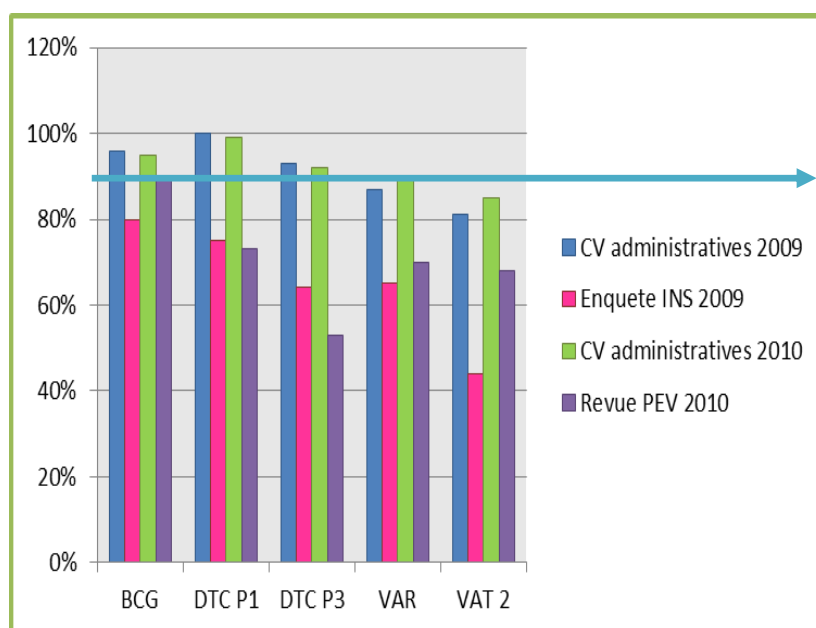
Le PEV bénéficie de l'appui technique et financier des partenaires comme l'OMS, GAVI.... dans les domaines de l'approvisionnement en vaccins, de la logistique, de la surveillance et du contrôle de la maladie.

En matière de communication et de mobilisation sociale, le PEV est majoritairement soutenu par l'UNICEF. Cependant d'autres partenaires interviennent aussi dans La communication et le renforcement de la chaîne de froid (JICA, ROTARY, WORLD VISION, CROIX ROUGE,...) Il faut également souligner que dans le cadre du renforcement des stratégies de communication au niveau communautaire, le programme s'est appuyé sur les relais pour l'accompagner dans la sensibilisation et l'adhésion des populations aux activités de vaccination. Cependant, force est de constater que le partenariat formel avec les organisations gouvernementales, les artistes ou le secteur privé dans le soutien des activités vaccinales est insuffisant.

### ➤ Principaux indicateurs

Les efforts déployés grâce à la mise en œuvre des stratégies citées plus haut ont permis le rehaussement des indicateurs du PEV de routine entre 2008 et 2010.

A travers le graphique ci-dessous, on observe sur la période 2009/2010, une progression significative de tous les antigènes, avec des gains de 3 à 4 points. Cependant, en considérant les doses valides issues des dernières enquêtes de couvertures, on note que ces performances connaissent une chute variant de 6 à 40 points.



**Graphique N° 1 :** Couvertures vaccinales /Doses valides 2009-2010 (Source PEV-*Revue PEV, Enquête Nutrition*)

Il faut également noter que l'année 2010 a été marquée par l'insuffisance de financement notamment avec la suspension de l'appui GAVI qui a eu pour conséquence la baisse de

ces indicateurs dans certains districts. L'analyse des données a permis d'identifier en

2010, vingt (20) districts regroupant les 80 % des enfants non vaccinés ou incomplètement vaccinés au DTC-HepB-Hib.

Pour rehausser ces indicateurs des stratégies ont été identifiées et sont régulièrement mises en œuvre et les données d'enquête donnent des taux en progression. Ces efforts doivent être maintenus pour préserver les acquis.

Outre les taux de couverture, d'autres indicateurs sont également utilisés pour apprécier la qualité des prestations à tous les niveaux du programme, parmi lesquels le taux spécifique d'abandon au DTC qui a fortement diminué passant de 10 % en 2007 à 7% en 2010.

De l'analyse de la situation communicationnelle du PEV se dégage les principaux points suivants :

### ➤ **Forces et faiblesses liées à la communication**

#### **Forces**

- La mise en œuvre des plans de communication dans certains districts (8 districts en 2007, 13 en 2008, 14 en 2009 et 4 en 2010)
- L'application du suivi communautaire de la couverture vaccinale dans 8 districts.
- Les sorties de vaccination en avancée et mobile par les CSI.
- La diffusion régulière du bulletin de rétro information.
- L'utilisation des médias à tous les niveaux pour la sensibilisation de la population à travers les spots, les interviews et d'autres émissions en faveur du PEVS dans toutes les régions.
- L'amélioration de la communication pour le changement de comportement à travers la communication de masse et de proximité.
- L'ouverture de nouveaux centres de vaccination.
- La conduite des enquêtes au niveau national (*Recherche Normative sur la vaccination- 2008, Résultats de la Revue du PEV 2010*)
- L'implication des chefs traditionnels et religieux dans l'amélioration de la communication.
- L'implication des ONG et associations dans les différents comités de mobilisation sociale.

#### **Faiblesses**

- La faible utilisation des données dans la planification de communication PEV au niveau périphérique.
- L'insuffisance d'interventions de communication pour les groupes spécifiques (populations nomades, habitants des zones montagneuses et autres sites difficiles d'accès tels que le lit du lac Tchad).
- La faible capitalisation en faveur du PEV de routine, des acquis de la communication et de la mobilisation sociale des campagnes de vaccination contre la Polio notamment l'apport de la chefferie traditionnelle.
- L'insuffisance de suivi des relais communautaires impliqués dans la recherche des perdus de vue
- Faible communication autour des stratégies de vaccination (fixe, avancée et mobile)
- L'absence de collaboration formelle avec les medias pour une sensibilisation continue en faveur de la vaccination.

- L'insuffisance de la communication interpersonnelle à tous les niveaux (Agents de santé, relais communautaires...)
- L'insuffisance de formation des acteurs de l'offre en communication pour le développement.
- L'insuffisance de l'appropriation de la vaccination par les communautés du fait de leur non responsabilisation.
- L'insuffisance de l'allocation dans le budget de l'Etat pour le financement du PEV systématique
- L'insuffisance de recherche et de documentation des expériences en communication PEV
- L'insuffisance de financement des plans de communication PEV.
- L'insuffisance dans la motivation des relais communautaires.
- L'insuffisance dans le financement des radios communautaires.
- L'insuffisance dans la coordination des intervenants dans le domaine du PEV.
- L'insuffisance de partage d'expériences avec les pays voisins.
- L'insuffisance dans la collecte de données de communication du PEV systématique.
- L'insuffisance du matériel de communication (pagi volté, affiches, mégaphones...) au niveau des formations sanitaires.

#### ➤ **Opportunités et contraintes liées à la communication**

##### **Opportunités**

- La disponibilité des partenaires à appuyer le PEV de routine.
- La disponibilité des leaders, relais communautaires, des autorités administratives et des élus locaux.
- L'existence des ONG et Associations intervenant dans le secteur de la santé à tous les niveaux.
- La densité des radios communautaires ayant de bonnes couvertures.
- L'implication des écoles dans l'amélioration des indicateurs du PEV.
- L'existence des structures de participation communautaire.
- L'existence d'une radio nationale, de radios régionales et privées.

##### **Contraintes**

- La suspension des fonds GAVI/SSV.
- L'insécurité et l'inaccessibilité dans certaines zones.
- L'insuffisance du personnel dans 50% des CSI.
- La non disponibilité de matériel de chaîne de froid dans les cases de santé avec des agents qualifiés.
- Les considérations socioculturelles défavorables dans certaines zones.
- La faible accessibilité des ménages aux médias.

#### **Aperçu sur la Surveillance des maladies cibles du PEV**

Au niveau national, une stratégie de surveillance intégrée des maladies du PEV à potentiel épidémique est développée depuis 2001 sous la direction du PEV et de la DSSRE. Elle se fait à travers le suivi des différents rapports des structures et la réunion des points focaux. Des efforts importants ont été consentis au cours de ces 3 dernières années pour toutes les maladies évitables par la vaccination.

#### ➤ **Principaux indicateurs entre 2007 et 2011**

- 91% soit 38/42 districts ont notifié au moins 2 cas suspects de rougeole pour 100 000 habitants
- 76% soit 32/42 districts ont notifié au moins 1 cas suspect de rougeole avec prélèvement
- 21% soit 154/720 de prélèvements sanguins parvenus au laboratoire dans les 3 jours suivant leur collecte
- 99% soit 717/720 de prélèvements sanguins avec résultats de laboratoire disponibles moins de 7 jours après la réception des prélèvements
- 55% soit 394/720 de prélèvements sanguins adéquats.
- (compléter données méningite)

Dans le cadre de la surveillance des PFA, on note les indicateurs suivants :

- 4,57% du taux des PFA pour 100 000 enfants de moins de 15 ans.
- 83% des selles prélevés dans les 14 jours.
- 52 cas de PVS enregistrés entre 2007 et 2011
- Pour ce qui est de la fièvre jaune, 16/42 districts ont notifié plus d'un cas suspect.

#### ➤ **Forces et faiblesses**

##### **Forces**

- Disponibilité des moyens de communication
- Formation de la majorité des agents de santé en SIMR
- Existence de comité national, régional, départemental et local de lutte contre les épidémies

##### **Faiblesses**

- Insuffisance de la sensibilisation pour la surveillance.
- Insuffisance de l'implication de la communauté dans la surveillance.
- Absence de formation sur la surveillance communautaire.
- Insuffisance de mécanisme de feedback à tous les niveaux.
- Faiblesse dans le monitoring pour action.
- Insuffisance de collaboration entre la DI/PEV et la DSSRE.
- Insuffisance de moyens de lutte contre les épidémies.
- Insuffisance de ressources financières et matérielles.

#### ➤ **Opportunités et contraintes**

##### **Opportunités**

- Disponibilité des leaders et relais communautaires.
- Présence de Partenaires Techniques et Financiers aux niveaux des régions/districts et des communes.
- Existence d'un cadre de concertation avec les Partenaires Techniques et Financiers.
- Disponibilité des radios communautaires.

##### **Contraintes**

- Insuffisance de personnel dans les formations sanitaires.
- Démotivation du personnel.
- Forte dépendance à l'égard des Partenaires Techniques et Financiers.

## Aperçu sur la vaccination supplémentaire

### ➤ Principaux indicateurs entre 2008 et 2011

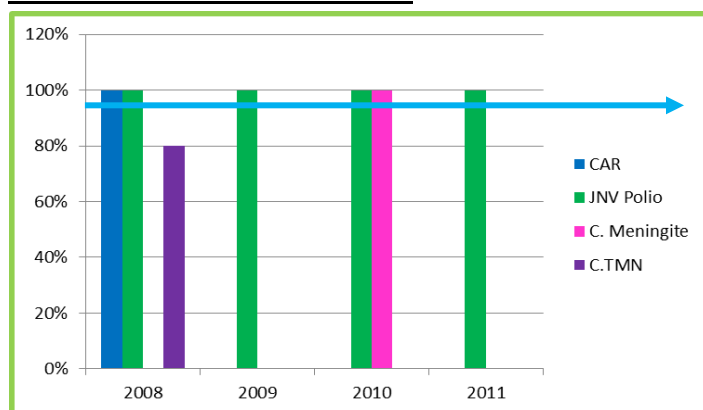
Les activités de vaccination supplémentaire constituent des opportunités de rattrapage des enfants manqués pendant les activités de vaccination systématique. Ces stratégies mises en œuvre par le Ministère de la Santé publique, en collaboration avec les partenaires, permettent de réduire les flambées d'épidémies de Polio, de rougeole, du Tétanos Maternel et Néonatal et de Méningite.

Dans l'optique de l'atteinte de l'objectif d'éradication de la poliomyélite, des journées Nationales de vaccination sont organisées depuis 1997 au Niger. Ainsi 64 passages ont été organisés de 1997 à 2011 avec des résultats globalement satisfaisants. Dans le cadre de l'intégration des programmes du ministère de la santé publique, d'autres services sont intégrés pendant les campagnes de vaccination contre la polio, notamment l'administration de la vitamine A, des antiparasitaires, du fer, et la distribution des moustiquaires.

Ces journées appuyées par les partenaires au développement ont donné des résultats satisfaisants avec la participation de toutes les couches de la population. Le graphique ci-dessous montre les principaux résultats des performances des différentes campagnes conduites entre 2008 et 2011. Il s'agit de la vaccination contre la rougeole, le tétanos, la méningite avec le nouveau vaccin conjugué contre le méningocoque A MenAfriVac, introduit en 2010 dans les régions de Niamey, Tillabéry et deux districts de Dosso. L'introduction de ce nouveau vaccin dans le PEV est prévue d'ici 2015.

### **Graphique 2** : Couvertures vaccinales JNV Polio, Méningite, Tétanos et Rougeole de 2008 -2011

**Sources : Données administratives PEV**



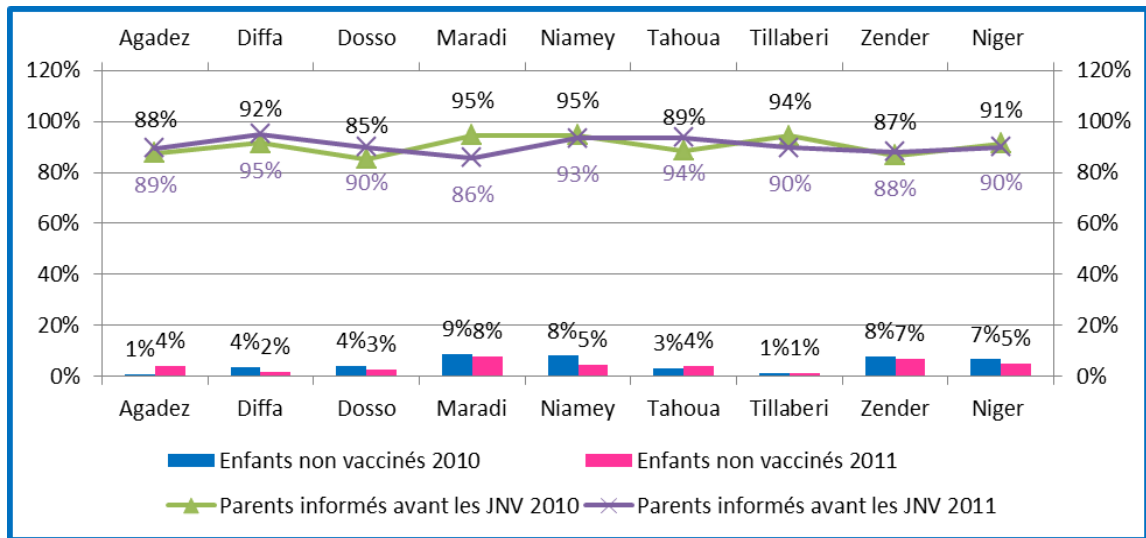
L'analyse des couvertures vaccinales administratives issues des AVS indique des performances de 100% pour tous les antigènes au cours des 3 dernières années.

Cependant les enquêtes rapides post campagnes, révèlent régulièrement un nombre important d'enfants non vaccinés, variant entre 1 et 8 % selon les

régions et selon les campagnes. A propos de la Rougeole, le Tétanos et la Méningite les couvertures vaccinales atteignent globalement l'objectif de 95% requis pour être à l'abri des épidémies.

De ce point de vue, il faut reconnaître qu'entre 2010 et 2011, des efforts ont été réalisés dans le sens de la réduction d'enfants non vaccinés lors des campagnes de vaccination. La diffusion de messages aux parents par des canaux requis, a sans doute contribué à réduire ce taux, comme le montre les données de l'analyse ci-dessous.

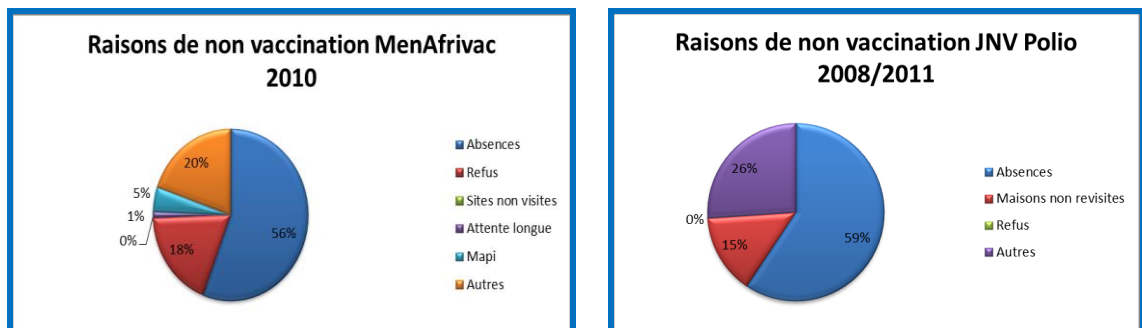
**Graphique 3 : Tendances Niger 2010 - 2011 : Rapport enfants non vaccinés/Parents informés. Exemple des JNV Polio**



En recherchant les causes de non vaccination au cours des campagnes, les enquêtes rapides post campagnes indiquent que cela est majoritairement dû aux absences, comme le montre les graphiques ci-dessous des campagnes Polio et MenAfrivac. Concernant la Polio, il faut noter que ce taux de plus de 55 % resté stable durant ces 3 dernières années, suscite des interrogations sur les réelles motivations des parents ou gardiens d'enfants. Le monitoring indépendant et les rapports de supervision des campagnes Polio rapportent le taux de connaissance de la maladie à plus de 75 %, et que les familles auraient reconnu et compris que le vaccin contre la Polio est inoffensif et sûr (moins de 2% du taux de refus). Mais celles-ci accepteraient la vaccination en échange de l'obtention des moustiquaires imprégnées ou des micronutriments pour les enfants.

En ce qui concerne la campagne d'introduction du nouveau vaccin MenAfrivac, l'enquête rapide post campagne indique que les taux élevés d'absences et de refus trouveraient leurs explications dans les occupations liées aux activités quotidiennes comme les travaux champêtres, les déplacements des cibles etc.

**Graphique 4 et 5 : Raisons de non vaccination. Exemple des JNV Polio/Méningite**



A la raison d'absence s'ajoutent également, celle des maisons non revisitées principalement pour les campagnes Polio. Il faut souligner qu'en matière de prévention contre la Rougeole, les refus ne sont généralement pas observés, sans

doute que les communautés appréhendent amplement le caractère dangereux et mortel de ces maladies plus que les autres.

➤ **Forces et faiblesses**

**Forces :**

- Plaidoyer et sorties de supervision du Ministre de la Santé Publique dans les régions.
- Coordination des campagnes assurée par les représentants du Ministre de la santé dans les régions prioritaires.
- Implication des autorités administratives et coutumières.
- Bonne couverture médiatique à travers les radios communautaires, régionales, privées et les journaux.
- Gestion efficace des cas de refus.
- Décentralisation des activités aux nouveaux CSI.
- Appui des partenaires locaux.
- Renforcement de la recherche des cas de PFA pendant les campagnes.
- Mise en œuvre de stratégies pour les zones difficiles d'accès ou d'insécurité
- Vaccination en transfrontalière avec les pays voisins (Nigeria, le Mali le Bénin, Burkina et le Tchad)
- Intégration d'autres programmes et le PEV de routine.
- Monitoring indépendant et les enquêtes rapides effectués dans tous les districts
- Collecte et analyse des indicateurs de communication.

**Faiblesses :**

- Insuffisance de supervision et suivi des activités de mobilisation sociale au niveau décentralisé.
- Insuffisance de l'implication de la communauté dans les activités des campagnes.
- Non prise en charge de certaines radios communautaires.
- Persistance de cas de refus dans certaines régions.
- Insuffisance de la CIP.
- Non fonctionnalité des radios BLU dans certains CSI.
- Insuffisance des ressources allouées pour les activités de la mobilisation sociale.
- insuffisance et retard dans la mise en place des supports et des fonds de communication lors des campagnes.
- Insuffisance dans la mobilisation locale de ressources.
- Insuffisance dans la recherche des enfants absents.
- Insuffisance de formation des relais communautaires.
- Insuffisance de documentation des expériences des campagnes de vaccination.
- insuffisance de formation de certains acteurs (journalistes, animateurs radios)
- Insuffisance dans la capitalisation des expériences en matière de communication/mobilisation sociale.

➤ **Opportunités et contraintes**

**Opportunités**

- Existence de structures organisées (ONG, Associations) pouvant appuyer les activités de communication



- Engagement politique en faveur des campagnes.
- Existence de comités à tous les niveaux
- Existence de moyens de communication (radio BLU, flotte, réseaux GSM)
- Existence de radios communautaires et de radio club, de cellules villageoises d'animation et des Agents de Santé communautaires)
- Appui technique et financier des partenaires

### **Contraintes**

- Insécurité, inaccessibilité et nomadisme dans certaines zones
- Considérations socioculturelles défavorables dans certaines zones
- Persistance de la circulation du poliovirus sauvage dans la sous-région
- Forte dépendance à l'égard des partenaires techniques et financiers

#### ➤ **L'introduction des nouveaux vaccins**

Le plan pluri annuel complet 2007-2010, tout en s'inspirant des grandes orientations du GIVS et des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) s'est fixé des objectifs en matière d'introduction et d'amélioration de la couverture vaccinale pour tous les antigènes. C'est ainsi qu'en 2008, le Niger a introduit le vaccin contre l'hépatite B et contre les infections invasives à HIB combinés au DTC : DTC-HepB-HIB. La couverture en DTC-HepB-HIB est de 92% au niveau national avec 90% des districts sanitaires ayant franchi le cap de 80% à la fin de 2010.

Le PPAC 2011-2015 se propose d'élargir la gamme de nouveaux vaccins en ajoutant au calendrier du PEV de routine le vaccin anti pneumococcique, le vaccin anti rota virus, et le vaccin contre le cancer du col utérin (PVH).

Le nombre d'antigènes contre les maladies prises en charge par le programme de vaccination passera ainsi de 9 maladies à 12 à l'horizon 2015, réduisant davantage la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination.

### **Analyse des participants**

#### ➤ **Les participants Primaires**

La cible primaire est constituée des mères d'enfants de 0 à 11 mois pour le PEV, et celle de 0 à 5 ans pour les activités de vaccination supplémentaires.

Les mères doivent adopter des comportements favorables afin de faire bénéficier aux enfants tous les services adéquats du programme de vaccination. Mais leur accès à l'information est relativement limité, car 55 % des mères Nigériennes ne sont exposées à aucun media, ce qui ne leur permet pas de bénéficier suffisamment des campagnes de sensibilisation sur des sujets de grande importance comme la vaccination. En Aout 2010, les résultats de la Revue ont révélé que 24 % des mères ne connaissent pas l'importance de la vaccination avec un taux de plus de 35 % dans les régions de Tahoua et Dosso. Selon l'enquête de l'institut de statistiques de 2008, ce besoin accru en information, l'est sans doute aussi dans leurs capacités communicationnelles, car elles sont réduites au strict cadre familial et extrafamilial.

Il faut dire que le taux et les facteurs de mortalité de l'enfant sont également fonction des conditions socio-économiques et culturelles qui priment dans l'environnement de la mère Nigérienne. L'EDSN 2006 montre que son niveau d'instruction est de 40% en milieu urbain contre 5 % en milieu rural. Cette proportion est susceptible d'agir sur la vaccination des enfants car 54 % d'enfants sont vaccinés lorsque la mère est instruite, contre 26 % quand celle-ci n'a aucune instruction. En effet, les résultats du MICS 2006 mettent en évidence des fortes disparités selon les régions. Les mères

sans aucun niveau se révèlent être principalement à Diffa, Tahoua, Zinder et Dosso. Ce qui légitime les résultats de l'enquête de couverture, indiquant des faibles couvertures au niveau de ces régions, avec des taux de plus de 20 % liés au manque d'information sur l'importance de la vaccination, attribuables aux raisons de non vaccination.

De plus, la situation économique de la mère a un impact sur la santé et la survie de son enfant. Avec les crises nutritionnelles au Niger, les femmes migrent de plus en plus à la recherche des solutions face à l'insécurité alimentaire. Ces mères déplacées représentent approximativement 70% des populations migrantes et sont accompagnées de leurs enfants, faisant la navette entre leur village et la ville. Ces mères sont susceptibles de méconnaître les services de santé, et ceux-ci les atteignent rarement du fait de leurs incessants mouvements et se voient donc privés des droits essentiels à la santé. D'ailleurs les résultats de la Revue du PEV faite en août 2010, montrent que les occupations des mères représentent 17 % des raisons de non vaccination des enfants. Le domaine dans lequel la mère a le plus fréquemment le dernier mot au Niger, est la préparation quotidienne des repas (*INS 2008*).

#### ➤ **Les participants secondaires**

Ce sont les pères, les chefs de famille, les membres de la famille, les relais communautaires, les matrones en un mot, l'entourage de la mère. Ce groupe de participants est susceptible d'influencer les mères dans l'adoption des comportements souhaités. Si l'autorité du père sur les mères semble avoir régressé au fil du temps 59% en 2001 contre moins de 1 % en 2010<sup>2</sup>, il n'en demeure pas moins qu'il continue de s'exercer négativement sur le comportement des mères, vis-à-vis des enfants à vacciner, notamment pendant les campagnes de vaccination.

De ce fait, les stratégies de communication avaient singulièrement visé ces participants pour les emmener au changement de comportement. En conséquence, les résultats de l'enquête sur les perceptions de la vaccination au Niger, réalisée en 2008 et ceux de la Revue du PEV de 2010, ont montré que les pères de famille décident de moins en moins. Seul 1 % des pères de familles autorisent les mères à se rendre au Centre de Santé pour la vaccination de leurs enfants.

On retiendra également que dans la tradition Nigérienne, les grands parents, les belles mères appuient ou influencent les mères dans l'adoption du comportement recherché. Ces participants sont régulièrement conviés dans les causeries éducatives et les discussions villageoises organisées par les structures sanitaires, notamment au niveau communautaire.

#### ➤ **Les participants tertiaires**

Ce groupe de participants comporte les décideurs, les leaders locaux, les chefs religieux, les responsables municipaux, les différents Ministères apparentés au secteur de la santé ; les médias ; les organisations internationales, les membres de la société civile etc... Actifs au sein de la société Nigérienne, ces différents acteurs sont des cibles de plaidoyer et de mobilisation sociale. Ils sont régulièrement mis à contribution et soutiennent les activités liées à la vaccination, en particulier pendant les JNV (planification, mise en œuvre et évaluation). Mais des efforts restent à fournir

---

<sup>2</sup> Source Revue du PEV 2010

particulièrement dans le soutien et la mobilisation des ressources financières et matérielles pour la planification de la communication efficace de la mise en œuvre du PEV.

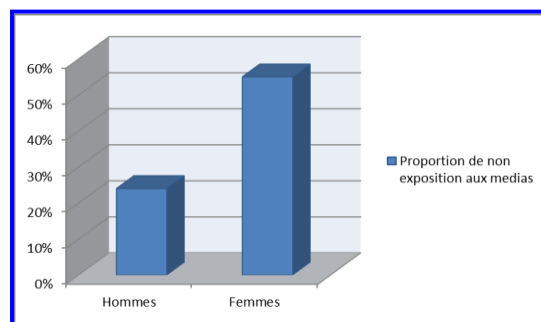
Les résultats concernant les agents de santé sur leurs attitudes envers les mères, montrent à hauteur de 52 % qu'ils seraient à la base des abandons de la fréquentation des CSI, notamment en ce qui concerne l'accueil, le manque d'information et l'indisponibilité des services.

Par ailleurs, des questions sur les attitudes des marabouts et imams face aux activités de vaccination ont trouvés leurs réponses dans la Recherche formative du PEV. Les résultats indiquent que les personnes interrogées auraient reconnu qu'actuellement les imams et les marabouts ne prônent pas le refus de la vaccination mais au contraire l'influence positivement.

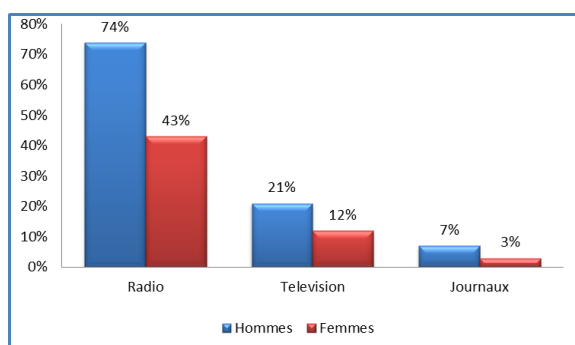
### Analyse des canaux de communication

Le Niger dispose d'un environnement communicationnel riche et dense, tant au niveau urbain que rural. Il est composé de canaux traditionnels et des medias de masse. Avec la libéralisation de l'espace médiatique, on a assisté à l'émergence d'une presse privée florissante. Avec une intervention au niveau national, le PEV fait régulièrement recours à cet environnement médiatique qui constitue un atout indéniable pour ses interventions. Mais il convient de dire que ces medias ne sont véritablement mis en œuvre que lors des campagnes de vaccination et ne couvrent pas comme il faudrait toutes les populations.

Concernant le taux d'exposition aux medias, Il ressort des résultats de l'EDSN/MICSIII que les hommes sont plus exposés que les femmes aux médias. Environ un quart des hommes (24%) et plus de la moitié des femmes (55%) ne sont exposés à aucun média.



De tous les médias, la radio est le canal le plus écouté : 43% des femmes et 74% des hommes ont déclaré l'écouter au moins une fois par semaine.



La télévision vient en seconde position : elle est regardée au moins une fois par semaine par plus d'une femme sur dix (12%) et par plus d'un homme sur cinq (21%). On note que 7% des hommes lisent les journaux contre 3% des femmes. De façon combinée, 2% des femmes et 5% des hommes sont exposés aux trois médias.

### **La Télévision**

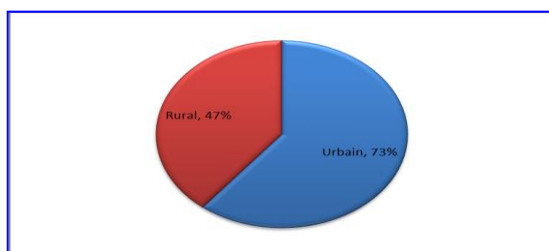
On peut noter l'existence de deux télévisions publiques dont une à portée nationale (Télévision nationale) et l'autre couvrant la capitale et ses environs (Tal-TV).

Six télévisions privées dont une à caractère internationale (Africable) et cinq nationales émettent toutes à partir de Niamey. Le signal de la chaîne de télévision

Ténéré et de Canal 3 est capté dans les 8 régions du pays. Selon l'enquête EDSN/MICS III, ce sont au moins 52,5% des femmes qui regardent la télévision au moins une fois par semaine contre 64,7% chez les hommes. En milieu rural par contre, ce chiffre est de 2% chez les femmes et de 5,8% chez les hommes.

La plupart des productions télévisuelles sont faites en Français, en Haoussa et Djerma. Sa possession dans la société Nigérienne dépend du niveau de vie des familles.

**Graphique 8 : Pourcentage des ménages possédant la radio et la télévision**



Le pourcentage de foyers possédant une télévision est de 6,2%. Le graphique ci-contre, montre la possession de la radio et la télévision des foyers en milieu rural (47%) et urbain (73%). Il faut dire que dans la programmation du PEV ces 2 medias sont régulièrement utilisés notamment lors des

campagnes de vaccination, avec la diffusion des spots, des micros programmes et d'émissions de sensibilisation en faveur des communautés.

### **La Radio**

Le réseau radiophonique qui constitue la principale source d'information est structuré comme suit :

- Une chaîne radio publique nationale (voix du sahel)
- 7 stations régionales publiques ;
- 30 chaînes de radio privées à travers tout le pays.
- 129 radios communautaires, avec en moyenne 2 reparties par région.

Le rayon de couverture pour la quasi-totalité des radios est de 50 km en moyenne. Toutes ces radios de proximité ont l'avantage de diffuser leurs émissions en langues locales pour une meilleure compréhension des messages au niveau communautaire notamment. D'après l'enquête EDSN/MICS III, la moyenne nationale des femmes qui écoutent la radio au moins une fois par semaine est de 42,6% contre 73,9% chez les hommes.

Le pourcentage de foyers possédant une radio est de 51,2%. En milieu urbain, ce taux est de 73,1% chez les femmes contre 84,7% chez les hommes. En milieu rural par contre, il est de 35,1% chez les femmes, contre 70,2% chez les hommes.

Les radios communautaires jouent un rôle très important dans la sensibilisation et l'éducation des communautés. Son public est majoritairement rural. Il faut cependant souligner que le principal handicap des animateurs et des membres du conseil de gestion des radios communautaires est le manque de formation particulièrement en matière de santé.

### **La Presse écrite**

La presse écrite comporte de nombreux titres tels que le sahel, le sahel dimanche la Roue de l'histoire, le Démocrate, le Républicain, le Canard Déchaîné, l'Enquêteur, l'Actualité, l'Evènement, la Source, le Courrier etc., avec des parutions faites en langue Française, mais qui ont pour la plupart un tirage limité, ne permettant donc pas une large couverture.

Ce media est le plus souvent utilisé en milieu urbain. Selon l'EDSN MICS III 2006, au niveau national, 2,5% des femmes lisent au moins un journal par semaine contre 6,6% des hommes. En milieu urbain, ce taux est de 11,6% chez les femmes contre 20,1% chez les hommes. Alors qu'en milieu rural, seulement 0,3% des femmes lisent contre 2% des hommes. Il est toutefois important de considérer dans ce contexte, le faible taux d'alphabétisation des femmes et éventuellement des mères, qui en sont presque la cause. La typologie du lectorat de la presse écrite est composée d'intellectuels, d'agents administratifs, d'universitaires, d'étudiants etc....

### **L'Internet et la Téléphonie mobile**

Le contexte mondial actuel des Nouvelles Technologies de l'Information et des télécommunications montre que le Niger n'est pas en reste de cette grande expansion des medias. L'Internet et particulièrement la téléphonie mobile ont suffisamment conquis les marchés tant elles sont présentes dans les ménages, les services, les localités urbaines et rurales. Entre 1996 et 2008, le nombre d'utilisateurs d'Internet est passé de 100 à 80 000, avec une possession de postes d'ordinateurs de 2000 à 10000. Ces utilisateurs des nouveaux medias sont globalement repartis en zone urbaine.

Concernant la téléphonie mobile, on note qu'avec l'avènement d'opérateurs comme Airtel, Moov, Sahelcom et Orange, cet outil s'est véritablement vulgarisé. Selon une étude réalisée par l'INS en 2009, sur l'impact de la téléphonie mobile des utilisateurs au Niger, le recours au téléphone portable est effectif selon l'âge, le sexe, le lieu de résidence et le niveau d'instruction. Bien que les hommes utilisent le portable en plus grand nombre dans la population Nigérienne, les femmes disposant de cet outil de communication, ont tendance à l'utiliser plus fréquemment dans leur vie sociale et économique, en somme la fièvre du mobile est plus répandue chez les femmes que chez les hommes.

La contribution du milieu rural dans la population des utilisateurs des services de téléphonie mobile est la plus élevée (52%), toutefois en termes de fréquence d'utilisation, les populations urbaines s'illustrent plus fortement. Cependant l'utilisation de ces moyens de communication n'est pas encore mise à contribution dans la communication liée au programme élargi de vaccination (PEV) notamment dans le cadre de la mobilisation sociale des campagnes.

### **Les supports éducatifs et promotionnels**

Il s'agit des supports de communication comme les affiches, les banderoles, les dépliants, les leaflets, les prospectus, les boîtes à images, les pagi voltes.... Ils sont régulièrement utilisés par le PEV, au cours des campagnes de masse et dans le cadre des séances de sensibilisation des communautés par les agents de santé ou les relais. Ces supports sont d'un grand atout en milieu rural, par l'image qui a un avantage au décryptage et à la mémorisation du message transmis.

La combinaison de ces canaux visuels avec la radio et la télévision, renforce indéniablement la transmission d'information auprès des familles et tente d'améliorer leurs connaissances en matière de vaccination.

## **LES APPROCHES LOCALES, LES RESEAUX SOCIAUX**

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

- **Les autorités administratives**, Ce sont des acteurs de la structure administrative Nigérienne, qui représente l'autorité auprès des populations. Ils prennent des décisions au niveau local et soutiennent toutes les actions de la santé en général et particulièrement dans les activités de vaccination.
- **Les chefs traditionnels**, véritables gardiens de la tradition Nigérienne, sont impliqués dans le cadre d'un partenariat avec l'UNICEF, pour contribuer au dialogue avec les communautés. A chaque campagne de masse contre la Polio, ce sont au moins 210 chefs traditionnels qui sont mis à contribution pour la mobilisation sociale et la gestion des cas de refus. Malheureusement, cette cible qui incarne le pouvoir communautaire est faiblement utilisée dans les activités du PEV de routine.
- **Les agents de santé et les ASC**, considérés comme des vecteurs essentiels de l'information des mères. Ils sont présents dans les centres de santé et dans la communauté, et devraient s'assurer que les mères savent quand et où elles doivent revenir pour la prochaine vaccination et les mères reçoivent les informations essentielles sur la vaccination (importance de la vaccination, calendrier vaccinal, conservation du carnet de santé, les rendez-vous et les MAPI....)
- **Les crieurs publics**, placés sous l'autorité du chef du village, sont régulièrement mis à contribution dans l'information des familles pendant les campagnes de grande envergure. Considéré comme un media de masse, le crieur public annonce les dates des campagnes à venir et aussi celles des stratégies de vaccination mobile et avancée.
- **Les relais communautaires**, acteurs clés de la communication de proximité, ils occupent une place déterminante dans le processus du changement de comportement des programmes de santé au Niger. Pendant les campagnes de vaccination contre la Polio, ce sont plus de 3000 relais qui sont régulièrement mis à contribution pour l'information et le dialogue avec les familles, par la stratégie du porte à porte, avec l'aide des supports scriptovisuels pour la sensibilisation. Les enquêtes post campagne placent d'ailleurs ce canal communautaire en tête de tous les canaux de communication. Concernant le PEV systématique, les relais sont aussi impliqués pour la recherche des perdus de vue et dans le suivi de l'adoption des pratiques familiales essentielles au niveau des ménages.
- **Les élus locaux**, dont l'implication se fait à travers les sous-comités de mobilisation sociale au niveau périphérique et communautaire. Dans le cadre des campagnes de vaccination et le PEV systématique, ils contribuent à la mobilisation locale des ressources matérielles, financières et humaines.
- **Les leaders religieux**, ont une représentation importante à tous les niveaux dans la société Nigérienne. De par leur influence auprès des populations, l'UNICEF a noué des partenariats avec 3 associations religieuses afin que celles-ci contribuent au dialogue social en assurant le lien entre services de santé et les

familles à travers les prêches.... En ce qui concerne l'éradication de la Polio, les religieux ont contribué à l'adhésion et l'acceptation des familles au vaccin, mais ces dernières années, leur motivation a décliné si bien que les résultats du monitoring post campagne révèlent leur taux de sensibilisation à hauteur de 5%. Il faut noter que la faiblesse de ce taux pourrait s'expliquer par le fait que les enquêtes sont conduites auprès des mères qui ne bénéficient pas des informations transmises dans les mosquées.

- **Les présidents des fadas et les présidentes des associations et groupements féminins**, contribuent de façon générale dans les programmes de santé pour la sensibilisation des populations. Dans le cadre de la vaccination, ils sont des opportunités à saisir pour la mobilisation de la population.
- **Le cinéma numérique ambulante**, est une structure mobile de projection qui cible les zones rurales, ainsi que les quartiers urbains défavorisés, en contribuant à favoriser l'accès des populations à l'information et à la sensibilisation. Partenaire de l'UNICEF dans la promotion des pratiques familiales essentielles et dans la sensibilisation des populations, ce média communautaire n'est pas encore véritablement utilisé dans le cadre de la vaccination.
- **Les clubs d'écoute communautaires**, espace de dialogue principalement en milieu rural, où des groupes d'hommes et de femmes écoutent des émissions radiophoniques de santé dans le but de débattre, de comprendre et mettre en pratique les enseignements tirés.
- **Les COSAN, COGES, COGEPI**, qui sont des cadres organisés, créés à travers des arrêtés administratifs à tous les niveaux. Ces structures rassemblent aussi bien les représentants de la communauté que les autorités politico administratives et coutumières, sans oublier les ONG et associations. Elles représentent ainsi un moyen important de plaidoyer, de sensibilisation et de diffusion de messages.
- **Les grands événements traditionnels**, (cure salée, gueroual, hotoungo, rassemblement de la jeunesse...) sont des occasions de sensibilisation des populations sur les thématiques de la santé, et la vulgarisation des matériels imprimés de communication.

### **LES BARRIERES A LA COMMUNICATION DU PEV**

Il est reconnu que le niveau d'instruction des populations est un facteur indéniable qui contribue au changement comportemental et social. Au Niger, la proportion des personnes instruites est fortement corrélée au degré d'urbanisation. C'est en zone urbaine que l'on trouve le taux le plus élevé des personnes alphabétisées, et à ce niveau, les interventions de communication mises en œuvre rencontrent moins de barrières pour l'atteinte des objectifs.

Il convient aussi de souligner les lacunes en communication interpersonnelle des agents de santé lors des séances de vaccination et autres événements. En l'absence d'un véritable cadre d'échange entre les mères et les agents de santé, le manque d'information et les réponses aux préoccupations, dont ont besoin les parents, seront toujours effectifs. Il est aussi important de tenir compte de l'insuffisance des moyens

de communication, à l'instar des radios communautaires, qui ne couvrent pas l'ensemble du territoire et à l'évidence certaines zones qui peuvent s'avérer prioritaires.

#### ● **Le poids de la tradition au Niger/Les croyances culturelles et religieuses**

La société Nigérienne est riche en valeurs culturelles, mais comporte aussi un certain nombre d'us et coutumes qui constituent bien souvent un frein à l'épanouissement et au développement de la mère. L'analphabétisme, sa dépendance économique et particulièrement son statut d'infériorité, légitimé par la coutume oblige la mère à accepter certaines formes de contraintes comme la claustration, qui la prive du contact avec les systèmes de santé et de communication notamment au niveau communautaire. Le réflexe de la demande ou la réclamation des services de vaccination n'est pas encore perceptible au niveau des femmes de certaines communautés.

De même que le sevrage souvent brutal de l'enfant qui se fera par la grand-mère qui le prend avec elle dans sa concession, voire dans un autre village, se révèle être une situation faisant souvent biais au respect du calendrier vaccinal.

### **SYNTHESE DES PROBLEMES COMMUNICATIONNELS**

L'analyse stratégique de la communication du PEV indique les problèmes communicationnels suivants :

- Faibles connaissances des mères en matière de vaccination.
- Insuffisance de capacités en communication interpersonnelle des agents de santé.
- Engagement insuffisant des autorités en faveur des activités de communication du PEV.
- Faible plaidoyer dans la mobilisation des ressources pour la communication du PEV.
- Absence de partenariat en faveur des activités de communication du PEV.
- Faible niveau d'appropriation et de responsabilisation des structures communautaires en matière de la vaccination systématique.
- Absence de système de collecte et d'analyse de données sur les activités de communication.
- Insuffisance dans le suivi, évaluation et documentation des activités de communication liées au PEV de routine.
- Insuffisance de stratégies de communication pour les populations spéciales.
- Faible financement des activités de communication liées au PEV.

### **VISION/ ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE LA COMMUNICATION**

#### ● **Vision stratégique**

*D'ici 2015, les actions de communication mises en œuvre à travers cette stratégie de communication, contribueront à impliquer les décideurs dans les activités du PEV ; à sensibiliser les familles et viseront leur autopromotion en matière de vaccination.*

#### ● **Orientations Stratégiques**

- Augmenter la demande par le renforcement de connaissances des mères en matière de vaccination.



- Prévoir des actions de plaidoyer en direction des décideurs politiques, à des niveaux stratégiques en faveur du soutien des activités du PEV.
- Lier des partenariats formels avec les médias et les réseaux sociaux pour l'information permanente des familles sur le PEV.
- Renforcer les capacités des leaders communautaires et des relais pour la mise en œuvre et le suivi des stratégies de communication du niveau communautaire.
- Renforcer les capacités des agents de santé en communication interpersonnelle.
- Développer et mettre en œuvre des stratégies à l'intention des populations spéciales.

### **III. STRATEGIE DE COMMUNICATION 2011-2015**

#### **Contexte et justification du PSIC**

Le Programme Elargi de Vaccination du Niger dont la gestion et la coordination est assurée par la Division des Immunisations, s'inscrit dans le cadre de l'organisation et des orientations stratégiques du Ministère de la santé publique. C'est ainsi que le 1<sup>er</sup> document de stratégie du ministère à savoir le Plan de Développement Sanitaire, a accordé une place de choix à la santé de la mère et de l'enfant en général et particulièrement à la prévention par la vaccination.

Ce PDS élaboré pour la période quinquennale de 2011 à 2015 a servi de base pour l'élaboration du Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) pour le PEV qui représente le document de référence pour l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies du PEV au Niger. Ce PPAC 2011-2015 a inscrit la communication pour le PEV en tant que une des cinq composantes du programme et a ainsi lancé les bases pour la production de stratégies de communication et de mobilisation sociale pour contribuer à l'atteinte des objectifs généraux du PPAC. C'est dans ce cadre que ce plan stratégique est élaboré en conformité avec la période 2011-2015 des documents stratégiques de base pour le PEV. Ce plan prend en compte tous les axes stratégiques nationaux de communication en matière de vaccination et contribuera ainsi à l'atteinte des objectifs du PEV, qui est la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies évitables par la vaccination.

#### **1. But et Objectifs**

##### **➤ But**

L'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant à travers la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies évitable par la vaccination.

##### **➤ Objectif général du PEV**

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

##### **➤ Objectif général de communication**

D'ici 2015, 80 % de parents feront vacciner complètement leurs enfants dans le PEV de routine et en AVS.

##### **➤ Objectifs spécifiques de communication**

### **Plaidoyer**

- D'ici fin 2015, au moins 90% des autorités politiques, administratives coutumières et religieuses se seront impliqués en permanence dans les activités du PEV.
- D'ici fin 2015, au moins 70% des élus locaux auront eu les informations essentielles sur le PEVS et les nouveaux vaccins et ceux-ci auront apporté leur contribution dans la mise en œuvre des activités.
- D'ici fin 2015, au moins 70% des opérateurs du secteur privé auront apporté leur appui financier et matériel aux activités du PEV

### **Mobilisation sociale**

- D'ici fin 2015, 90% des organisations à base communautaire et ONG ciblées auront participé à la mise en œuvre des activités de sensibilisation et de vaccination.
- D'ici fin 2015, 100% des médias publics, privés et communautaires auront soutenu les activités du PEV à travers un cadre formel de partenariat.
- D'ici fin 2015, 90% des enseignants et des élèves des établissements primaires ciblés auront participé à la sensibilisation des populations sur le PEV

### **Communication pour le changement de comportement**

- D'ici 2015, 95% des mères connaîtront l'importance de la vaccination et le calendrier vaccinal et utiliseront les services de vaccination.
- D'ici fin 2015, 95% des femmes enceintes et/ou en âge de procréer connaîtront l'importance de la vaccination contre le tétanos et se feront vacciner.
- D'ici 2015, au moins 80% de pères de famille connaîtront les maladies cibles de PEV et influenceront les mères à utiliser les services de vaccination.

### **Communication pour le changement social**

- D'ici 2015, au moins 90 % de parents et leaders communautaires s'engageront et se responsabiliseront sur les questions de vaccination.

### **Le renforcement des capacités**

- D'ici 2015, le PEV et ses partenaires auront renforcé les capacités de 210 chefs traditionnels, des leaders communautaires, des représentants des ONG, des structures communautaires, des medias et des relais en techniques de communication interpersonnelle.
- D'ici 2015, le PEV aura renforcé les capacités des agents de Santé des 815 CSI et ceux-ci diffuseront les messages clés aux mères pendant les séances de vaccination.

## **2. Stratégies de communication**

Le plan intégré de communication prévoit 4 stratégies pour le changement de comportement en faveur de la vaccination.

**Plaidoyer** : développé par les responsables du Ministère de la Santé publique en collaboration avec ses partenaires, pour susciter l'engagement des autorités

politiques, administratives, religieuses, traditionnelles et du secteur privé, en faveur des objectifs du PEV et pour la mobilisation des ressources locales.

Les grandes lignes du plaidoyer seront :

- Organiser des réunions d'information et de plaidoyer avec les autorités gouvernementales, politiques, religieuses, traditionnelles et les opérateurs économiques au niveau des régions du pays, pour le soutien des activités du PEV.
- Organiser des rencontres de plaidoyer à l'intention des responsables sanitaires pour le renforcement des capacités de communication des personnels de santé notamment au niveau périphérique. La tenue des réunions avec les acteurs clés du niveau communautaire (groupement féminin ; fada, leader d'opinion religieux, les chefs traditionnels) pour leur soutien aux activités du PEV.
- Entreprendre des actions de plaidoyer au plus haut niveau (présidence, assemblée nationale, primature...) pour l'affectation des ressources financières suffisantes pour les services de vaccination.
- Dynamiser les cadres d'échange avec les décideurs, les agents de santé et la communauté pour leur implication aux actions du PEV : Partage des performances et contre performances des districts.

**Mobilisation sociale et partenariat** : s'appuient sur les groupes sociaux, les réseaux (ONG et associations...), les communautés, les institutions, les organisations à base communautaires, pour le partenariat et la collaboration multisectorielle.

Les principales actions à retenir sont :

- **L'organisation des rencontres de sensibilisation, de mobilisation sociale et des ressources** avec les ONG et associations à tous les niveaux en faveur du programme de vaccination.
- **L'organisation des journées d'information sur l'importance de la vaccination et d'introduction des nouveaux vaccins**, à l'intention des leaders communautaires au niveau de chaque région du pays.
- **La contractualisation avec des partenaires** (ONG, Associations, Medias...) à tous les niveaux (National et local) pour contribuer à l'organisation des activités de communication en faveur du PEV (Information, formation, supervision, monitoring et évaluation...)

**Communication pour le changement de comportement** : l'objectif est d'informer et de sensibiliser les familles pour l'adoption des comportements favorables à la vaccination des enfants. Le changement de comportement visera tous les participants pour l'influence qu'ils pourraient avoir les uns envers les autres sur l'évolution, le maintien ou le changement de certains comportements.

A ce titre, des activités de communication en direction des familles et de la communauté, seront conduites à travers la communication de masse, la communication de proximité, le développement et la diffusion des messages, la production et la diffusion des supports.

Les principales actions à retenir sont :

- L'organisation des diagnostics communautaires et développement des micros plans de communication au niveau des 42 districts du pays.
- L'appui à la mise en œuvre des micros plans de communication.
- L'élaboration des messages éducatifs sur la vaccination, la surveillance et les nouveaux vaccins.
- La production, la traduction et la diffusion des supports visuels et graphique de communication pour la vaccination.
- La Production et la diffusion de supports audio visuels à travers les médias (sketch, émissions de jeux publics...)
- La production et la mise en œuvre des activités de sensibilisation et de surveillance à base communautaire à travers les relais communautaires.

Pour appuyer cette stratégie, les activités à retenir sont :

- L'élaboration d'une cartographie des structures de participation communautaire pour leur mise en place ou leur redynamisation notamment dans les zones prioritaires (avec présence de populations spéciales...).
- L'élaboration de 2 enquêtes CAP pour les évaluations à mi-parcours et fin.

**Communication pour le changement social** : elle contribuera à engager et responsabiliser les communautés et les leaders communautaires pour susciter l'autopromotion des communautés et influencer les normes sociales et les comportements en faveur de la vaccination.

La principale activité à envisager sera :

- La tenue des séances d'information et de sensibilisation à l'intention des leaders communautaires en faveur de la vaccination.
- La tenue des dialogues communautaires avec les leaders communautaires.

**Le renforcement des capacités**, se fera à travers la formation et le développement des compétences en matière de communication des agents de santé, des membres de la communauté, des structures de participation communautaire. Un accent sera également mis sur la planification, la supervision, le suivi et l'évaluation.

Les principales activités à retenir sont :

- L'élaboration/Révision des modules de formation en communication interpersonnelle pour les différents acteurs.
- L'élaboration des modules de formation sur l'introduction des nouveaux vaccins pour les agents de santé, les dirigeants communautaires et les professionnels des medias.
- L'organisation des formations à l'intention des agents de santé, des leaders communautaires, des relais, des représentants d'ONG, d'Associations, des medias en communication pour le développement en faveur de la vaccination.
- L'organisation des formations à l'intention des agents de santé, des membres de la communauté et des relais sur la surveillance communautaire et la communication en vue de l'introduction des nouveaux vaccins.
- La dotation des différentes structures en matériels de communication.
- Renforcer les capacités en communication du personnel de santé notamment au niveau périphérique

### **3. Principales activités, coûts et responsables**

(Voir tableau)

## PRINCIPALES ACTIVITES / CHRONOGRAMME DE MISE EN OEUVRE

STRATEGIES	ACTIVITES	ECHEANCES					COUTS ESTIMATIFS	RESPONSABLES
		2011	2012	2013	2014	2015		
<b>Plaidoyer</b>	1. Elaborer des documents de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières pour le soutien des activités de communication du PEV au niveau des responsables politiques et décideurs.	X	X				3.000.000 F	<b>DI/Comité Mob. Soc</b>
	2. Organiser 2 réunions de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières pour le soutien des activités de communication du PEV au niveau des responsables politiques et décideurs.		X		X		5.000.000 F	
	3. Organiser chaque année une réunion de plaidoyer dans les 8 régions du pays		X	X	X	X	9.600.000 F	<b>DI/DRSP/DS</b>
	4. Tenir des rencontres avec les leaders nomades.		X	X	X	X	A definir	
	5. Organiser des rencontres de plaidoyer avec les autorités sanitaires pour le renforcement des capacités en CIP du personnel de santé	X	X	X	X	X	PM	<b>DI/DRSP/DS</b>
	6. Organiser une réunion de partage des performances et contre-performances du PEV avec la communauté au niveau des CSI et des districts.		X	X	X	X	20.000.000 F	<b>DI/DRSP/DS</b>
	7. Tenir une réunion annuelle au niveau de chaque district pour le soutien du PEV à l'intention des acteurs du niveau communautaire.		X	X	X	X	16.800.000 F	<b>DI/DRSP/DS</b>

<b>Mobilisation sociale</b>	1. Organiser 9 rencontres de mobilisation sociale par an avec les ONG et associations et la société civile à tous les niveaux en faveur du PEV.	X	X	X	X	X	42.000.000 F	<b>DI/ DRSP, DS</b>
	2. Organiser chaque année une journée d'information sur l'importance de la vaccination et nouveaux vaccins, à l'intention des leaders communautaires dans les 8 régions.		X	X	X	X	8.000.000 F	<b>DI/Comité Mob. Soc DRSP,</b>
	3. Signer des contrats avec des partenaires locaux (téléphonies cellulaire, médias et structures de participation communautaire) pour le soutien du PEV		X				2.000.000 F	<b>DI</b>
	4. Organiser tous les deux ans une semaine Nationale de mobilisation sociale sur le PEV		X		X		16.000.000 F	<b>DI, DRSP</b>
<b>Communication du Changement de Comportement</b>	1- Appuyer les diagnostics communautaires et développer des micros plans de communication des 42 districts du pays.	X	X		X		84.000.000 F	<b>DI, DRSP, DS</b>
	2- Réactualiser l'analyse de situation des zones et populations nomades en association avec les membres de cette communauté.		X		X			
	3- Planifier, mettre en œuvre et suivre les activités de communication en milieu nomade.		X		X			
	4- Organiser les visites à domicile sur l'importance de la vaccination, la surveillance et les nouveaux vaccins.	X	X	X	X	X	91.200.000 F	<b>CSI</b>
	5- Elaborer les messages clés éducatifs sur la vaccination, la surveillance et les nouveaux vaccins.		X				5.000.000 F	<b>DI</b>

	6- Produire des supports éducatifs de communication (pagi voltes, boîte à images...)		X		X		30.000.000 F	<b>DI</b>
	7- Produire et diffuser des supports de communication audio visuels (spots, sketch...) dans les medias nationaux et les radios communautaires.		X	X	X	X	30.000.000 F	<b>DI</b>
<b>Communication du Changement Social</b>	1- Tenir des séances d'information et de sensibilisation à l'intention des leaders communautaires en faveur de la vaccination. 2- Tenir des dialogues communautaires en faveur de la vaccination.		X	X	X	X	18.000.000 F	<b>DS, CSI</b>
<b>Renforcement de capacités</b>	1- Elaborer/Réviser les modules de formation en communication interpersonnelle pour les différents acteurs.		X		X		3.000.000 F	
	2- Elaborer /Réviser les modules d'information/formation sur les nouveaux vaccins pour les agents de santé, les dirigeants communautaires et les professionnels des medias.		X		X		3.000.000 F	
	3- Organiser des formations à l'intention des agents de santé, des leaders communautaires, des leaders nomades, des relais et ceux du milieu nomade, des partenaires sur la CIP, le PEV de routine, la surveillance à base communautaire, les AVS et les nouveaux vaccins.		X		X		60.000.000 F	
	4- Doter les différentes structures en matériel de communication		X				90.000.000 F	<b>DI</b>
<b>Recherche/Suivi/évaluation</b>	5- Organisation de 2 enquêtes CAP sur la vaccination.		X			X	A définir	



## MATRICE DES RESULTATS

**But** : L'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant à travers la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies évitables par la vaccination.

**Objectif général du PEV** : Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination.

**Indicateur objectivement vérifiable** : Taux de réduction de la morbidité et de la mortalité.

**Objectif de communication** : D'ici 2015, 80 % de parents feront vacciner complètement leurs enfants dans le PEV de routine et en AVS.

**Moyens de vérification** : Couvertures, Enquêtes, EDS MICS, Rapports d'activités.

Résultats	Activités	IOV (Indicateurs objectivement vérifiables)	Moyens de vérification	Risques et hypothèses
<b>Extrant-1</b> <b>Plaidoyer</b> : D'ici fin 2015, 90% des Autorités politiques, administratives coutumières, religieuses, les élus locaux et les opérateurs économiques appuieront en permanence les activités du PEV	1-1. Elaborer des documents de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières pour le soutien des activités de communication du PEV au niveau des responsables politiques et décideurs.  1.2- Organiser 2	1.1- Nombre de documents de plaidoyer élaborés          Nombre de rencontres et	Documents disponibles et liste de partage.          Rapport d'activités	Raréfaction des ressources financières

	réunions de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières pour le soutien des activités de communication du PEV au niveau des responsables politiques et décideurs.	réunions de plaidoyer organisées. Pourcentage de ressources financières mobilisées.	PV de réunion Rapport financier sur la mobilisation des ressources.	
	1.3- Organiser chaque année une réunion de plaidoyer dans les 8 régions du pays.	Nombre de réunions tenues.	Compte rendu de réunion/ Rapport d'activités.	Les ressources humaines et financières.
	1.4-Tenir des rencontres avec les leaders nomades.	Nombre de rencontres tenues	Rapport d'activités Rapport de plaidoyer	
	1.5 - Organiser des rencontres de plaidoyer avec les autorités sanitaires pour le renforcement des capacités en CIP du personnel de santé	Nombre de réunions tenues. Nombre de participants.	Compte rendu de réunion/ Rapport d'activités	La situation socio politique, les ressources humaines et financières
	1.6 - Organiser une réunion de partage des performances et contre-performances du PEV avec la communauté	Nombre de réunions tenues	Compte rendu de réunion/ Rapport d'activités	Les ressources humaines et financières.

	1.7 - Tenir une réunion annuelle au niveau de chaque district pour le soutien du PEV à l'intention des acteurs du niveau communautaire.			
<b>Extrant 2 : Mobilisation sociale</b> : D'ici fin 2015, 90% des associations de jeunes, des mouvements de femmes, des ONG, des comités locaux et des enseignants s'engageront à mettre en œuvre activités de vaccination et de sensibilisation	2.1 - Organiser 9 rencontres de mobilisation sociale par an avec les ONG et associations à tous les niveaux en faveur du PEV	Nombre de rencontres tenues.	Calendrier des rencontres Rapports d'activités. Situation des contributions	Les ressources humaines et financières.
	2.2 - Organiser chaque année une journée d'information sur l'importance de la vaccination et nouveaux vaccins, à l'intention des leaders communautaires dans les 8 régions	Nombre de journées d'information tenues.	Rapports d'activités.	La situation socio politiques, les ressources humaines et financières
	2.3 - Signer des contrats avec des partenaires locaux (téléphonies cellulaire, médias et structures de participation communautaire) pour	Textes juridiques élaborés, nombre de contrats signés, nombre de partenaires engagés.	Contrat signés Rapports d'activités	Les ressources humaines.

	<p>le soutien du PEV</p> <p>2.4 - Organiser chaque tous les deux ans une semaine Nationale de mobilisation sociale sur le PEV</p>	<p>Nombre de semaines organisées</p>	<p>Rapports d'activités Eléments diffusés dans les médias</p>	
<p><b>Extrait 3 :</b> <b>Communication pour le changement de comportement :</b> D'ici 2015, 95% des mères connaissent l'importance de la vaccination, le calendrier, sont convaincus et utiliseront les services de santé.</p>	<p>3.1- Appuyer les diagnostics communautaires et développer des micros plans de communication des 42 districts du pays</p> <p>3.2- Réactualiser l'analyse de situation des zones et populations nomades en association avec les membres de cette communauté.</p> <p>3.3- Planifier, mettre en œuvre et suivre les activités de communication en milieu nomade.</p> <p>3.4- Organiser les visites à domicile sur</p>	<p>Nombre de districts disposant des micros plans de communication. Nombre de districts ayant reçu des ressources pour la mise en œuvre</p> <p>Nombre de relais formés et en activités Nombre de visites à domicile effectuées</p> <p>Nombre de messages éducatifs élaborés.</p>	<p>Résultats et rapports des diagnostics.</p> <p>Rapports d'activités et de supervision du PEV.</p> <p>Rapports d'activités Maquettes de messages et de supports</p> <p>Guide de messages. Matériels produits,</p>	<p>La situation socio politiques, les ressources humaines et financières</p> <p>La situation socio politiques, les ressources humaines et financières</p> <p>Les ressources financières</p> <p>Les ressources humaines et</p>

	<p>l'importance de la vaccination, la surveillance et les nouveaux vaccins</p> <p>3.4- Elaborer les messages clés éducatifs sur la vaccination, la surveillance et les nouveaux vaccins</p> <p>3.5- Produire et diffuser des supports de communication audio visuels (spots, sketch, pagi voltes, boîte à images...)</p>	<p>Nombre de supports produits, traduits et distribués.</p> <p>Nombre de supports audio visuels produits et diffusés.</p> <p>Nombre de rencontres tenues avec les leaders nomades.</p> <p>Pourcentage d'activités tenues à leur intention ; Pourcentage d'enfants vaccinés</p>	<p>bordereau de livraison et plan media.</p> <p>Matériels produits ; Rapports.</p>	<p>financières</p> <p>Les ressources humaines et financières</p>
<p><b>Extrant 5 : Communication pour le changement social</b> : D'ici 2015, au moins 80 % de parents et leaders communautaires s'engageront et se responsabiliseront sur les questions de vaccination</p>	<p>5.1-Tenir des séances d'information et de sensibilisation à l'intention des leaders communautaires en faveur de la vaccination</p> <p>5.2-Tenir des dialogues communautaires avec les membres influents de la communauté.</p>	<p>Nombre de séances animées.</p> <p>Nombre de dialogues tenus.</p>	<p>Calendrier et rapport d'activités.</p> <p>Calendrier et rapport d'activités.</p>	<p>La situation socio politiques, les ressources humaines et financières</p>
<p><b>Extrant 6 : Renforcement des capacités</b> : D'ici 2015,</p>	<p>6.1- Elaborer/Réviser les modules de</p>	<p>Nombre de module élaborés/révisés.</p>	<p>Module de formation.</p>	<p>Les ressources humaines et</p>

<p>au moins 90% des acteurs de la santé et de la communauté, seront formés en communication interpersonnelle</p>	<p>formation en communication interpersonnelle pour les différents acteurs (Agents de santé et mobilisateurs)</p> <p>5.2- Elaborer /Réviser les modules d'information/formation sur les nouveaux vaccins pour les agents de santé, les dirigeants communautaires et les professionnels des medias</p> <p>5.3- Organiser des formations à l'intention des agents de santé, des leaders communautaires y compris nomades, des relais et ceux du milieu nomade, des partenaires sur la CIP, le PEV de routine, la surveillance à base communautaire, les AVS et les nouveaux vaccins</p>	<p>Nombre de module élaborés/révisés.</p> <p>Nombre d'acteurs formés/renforcés.</p> <p>Nombre des structures dotées en matériel de communication</p>	<p>Module de formation.</p> <p>Kit de formation sur la communication/liste de présence. Rapport de formation</p> <p>Matériel disponible/bordereau de livraison.</p>	<p>financières</p> <p>Les ressources humaines et financières</p> <p>La situation socio politiques, les ressources humaines et financières</p> <p>Les ressources financières</p>
--	---	--	---	---

	5.4- Doter les différentes structures en matériel de communication			
<b>Extrant 7 : Recherche/suivi/évaluation</b>	7.1- Appuyer la réalisation de 2 enquêtes CAP	Nombre d'enquête réalisé	Rapport d'enquête	La situation socio politiques, les ressources humaines et financières

#### **4. Suivi /évaluation/documentation**

Sous l'étroite coordination des services de santé des niveaux intermédiaires et périphériques, la mise en œuvre et le suivi des interventions de communication sera conduite par les ONG locales, les structures à base communautaire, les associations féminines reconnues, les responsables d'écoles, les leaders traditionnels/religieux et les relais communautaires. Des missions de supervision trimestrielles seront prévues pour le niveau régional et le niveau communautaire sera supervisé au moins une fois par mois par l'Equipe Cadre de District.

Des supports seront élaborés pour les besoins de la documentation des expériences et des activités de communication planifiées et mises en œuvre. Ce qui permettra d'avoir les informations des différentes régions afin de mieux résoudre les éventuels problèmes du PEV.

Les outils de suivi et d'évaluation seront élaborés aussi bien pour les activités de routine que pour les évaluations et les enquêtes internes et externes. Les indicateurs de communication seront élaborés, révisés et mis à jour régulièrement. Ils seront adaptés aux différentes activités et aideront à la mise en œuvre des plans d'actions à tous les niveaux.

#### **5. Mécanismes de mise en œuvre**

Le mécanisme de mise en œuvre de ce plan respectera les procédures du gouvernement Nigérien à travers le Ministère de la santé publique. Ainsi, la direction des immunisations étant en charge du programme PEV se chargera de la coordination de la mise en œuvre de ce plan stratégique au niveau national. L'élaboration des plans d'actions annuels de communication basés sur ce plan stratégique seront faites à tous les niveaux avec l'appui du niveau central.

Tous les partenaires seront impliqués et apporteront leurs contributions dans la mise en œuvre et la réussite des différentes stratégies déterminées dans ce plan.



## VII. Références bibliographiques

Ministère de la Santé Publique : Recherche Formative sur le PEV (Décembre 2008).

Communication For Social Change: *An integrated Model and Measuring the Process and Its Outcomes*, Maria Elena Figueora.

Ministère de la Santé Publique : Revue Externe du PEV (Aout 2010).

Rapport du Programme de Coopération UNICEF- Niger, 2009-2013.

Ministère de la Santé publique : Plan pluri annuel Complet du PEV, 2007 – 2011.

Ministère du Plan ; Ministère de la Santé Publique : Enquête Démographique et de Santé et a indicateurs Multiples (2006).

Ministère de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant ; Institut National de la Statistique : *Analyse de la Situation de la Femme et de l'Enfant au Niger (2008)*.

Initiative Mondiale pour l'éradication de la Polio : Plan Stratégique 2010-2011.

Guide Technique de Surveillance Intégrée et Riposte (2eme Edition- 2011).

## **ANNEXES**

**► Analyse de situation/Stratégie spécifique de communication pour les populations nomades.**

**► Stratégie spéciale de communication pour l'éradication de la Polio, avec indicateurs de qualité des campagnes Polio**

**► Indicateurs de suivi des activités de communication pour le PEV de routine.**