

Tableau 9 : Surveillance PFA

Régions	2000			2001			2002			2003			2004		
	CA	CN	PVS	CA	CN	PVS	CA	CN	PVS	CA	CN	PVS	CA	CN	PVS
Agadez				3	17	0	2		1	3	2				
Diffa				1	4	0	0			1	0				
Dosso			1	8	22	0	3			8	8				
Maradi			1	11	41	1	2		2	12	10				
Niamey				4	13	0	1		1	10	5				
Tahoua				10	19	1	1			11	6				
Tillabéri				10	23	0	1			11	4				
Zinder			1	11	26	1	1			4	1				
Niger		94	3	57	229	6		36	3	60		40			25

On constate jusqu'en 2002 une situation stationnaire en matière d'enregistrement des cas de PVS mais en 2003 et 2004, la situation est devenue explosive avec la découverte de 40 et 25 cas respectivement. Cela peut être due à un renforcement de la qualité de la surveillance.

#### VI. Ressources financières

Au cours des huit dernières années des ressources financières importantes ont été injectées dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite ainsi que sont évolution. Egalement tous les besoins en ressources financières, matériels et intrants seront développer dans ce chapitre

Tableau N° 10 Ressources financières 1997-2004.

Partenaires	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
OMS	28050000	113333220	638768890	1649194642	1604713479	1557450428		687493181
UNICEF	ND	100421780	103200000	303738783	271311664	436482700		682999455
HKI	51555450	54055450	57758130	28556782		76797235		74553684
ROTARY	200808000	32130555						147115905
GOVERNEMENT	20000000	18000000				600000		
AUTRES	870000	150000	20000000			21000000		
TOTAL	301283450		819727020	1981490207	1959143	2128330363	2891206321	2.916.340.66

**Tableau N°11 BESOINS EN SERINGUES AUTOBLOQUANTES ET BOITES DE SECURITES**

ANNE	BCG SOB 0,05 ml	SOB 0.5 MI	SD 2.0 MI	SD 5.0 MI	SD 10 MI	BS 5 litres
2005	1 045 810	3 929 328	52 290	693 183	0	57 206
2006	1 145 620	4 344 020	57281	759 339	0	63063
2007	1 328 776	4 780 649	66 438	828 930	0	70 048
2008	1369 968	5 153 847	68 498	854 627	0	74 469
2009	1 369 968	5 653 347	68 498	854 627	0	74 469

A ce niveau, l'acquisition est déjà faite par le biais de GAVI pour les périodes considérées ; ainsi l'état ne s'engage qu'à payer les antigènes comme prévus dans le protocole d'accord entre elle et l'Union Européenne.

**Tableau n°12 Besoins en vaccins PEV de routine**

ANNE	BCG	VAR	VAA	DTC	POLIO	VAT
2005	667 808	90 511	546 341	1 398 810	3 591	639 015
2006	1 042405	716273	716 273	1667 847	2 292 073	1 287 956
2007	1 074 719	738 477	738 477	1 935 636	2 363 127	1 307 262
2008	1 108 035	761 369	761369	1 995 640	2436 383	1 347787
2009	1 142384	784 971	784 971	2 057 5046	2 512 210	1 389 568

Le besoin ci haut définit concerne uniquement le PEV de routine et concerne en aucun cas les activités supplémentaires.

**Tableau n° 13 Besoin en vaccins pour les vaccinations supplémentaire**

Le tableau ci-dessous exprime les besoins en vaccins en moyenne par passage ce montant peut augmenter en fonction de nombres de passages prévus dans l'année.

Antigènes	Années				
	2005	2006	2007	2008	2009
VPO	3 343 996	3 546 605	3 656 550	3 770 185	3 886 770
VAR	409 520	0	0	0	0
VAT	3 576 525	3 687 398	3 801 708	3 919 853	4 041 066
VIT A	2 400 648	2 452 384	2528 408	2 606 983	2 687 599

## VII. Plan d'opérations contre la poliomyélite

Le plan d'opération actuel concerne une période de 2005 à 2009 et s'inscrit dans le cadre du plan de viabilité financière du PEV. Il permettra à la division des immunisations et de l'enfant, des régions et districts sanitaires de se référer dans le cadre de

l'élaboration de leurs plans d'action Annuel ainsi qu'aux partenaires au développement pour leurs interventions en matière de vaccination.

## 7. Population cible

La population cible est essentiellement les enfants de 0-59 mois

### 7.1 Objectif

\* Assurer Interruption de la transmission du virus de la poliomyélite dans le pays afin de certifier l'éradication en 2005.

### 7.2 Objectifs intermédiaires

\* Arrêter la circulation du poliovirus sauvage dans le pays ;  
Continuer les journées de vaccination et les journées locales de vaccination après la certification ;

\* Appuyer la vaccination de routine ;

\* Assurer une surveillance de qualité pour les maladies cibles ;

### 7.3 Objectifs spécifiques

Vacciner plus 80% des enfants en PEV systématique ;

Vacciner 100% des enfants lors des JNV et JLV

Mettre en place un système de surveillance à base communautaire dans tous les districts et CSI.

Assurer la disponibilité des vaccins et consommables pour chaque année ;

Augmenter l'accessibilité aux ressources de vaccination pour la création de nouveaux centres de vaccination

**Tableau n°14** : Objectifs de couverture vaccinale

Type de Vaccin	2005	2006	2007	2008	2009
BCG	75%	80%	85%	90%	95%
DTaP	80%				
DTaP-IPB		85%	90%	90%	90%
VAT-Femmes Enceintes	60%	65%	70%	75%	80%
VAT - Femmes en Age de Procréer					
Rougeole	75%	80%	85%	90%	95%
Fièvre Jaune	75%	80%	85%	90%	95%
HepB					
Polio	100%	100%	100%		

**Tableau n° 15** Objectifs de réduction de taux de perte

	2011	2012	2013	2014	2015
BCG	30%	28%	26%	24%	22%
DTC	8%	8%	7%	7%	6%
VAT-Femmes Enceintes	25%	20%	15%	12%	10%
Rougeole	22%	20%	18%	16%	16%
VPO	16%	14%	12%	10%	10%
Fièvre Jaune	14%	13%	12%	11%	10%

## 7.4 Stratégies

### 7.4.1 Stratégies vaccinales

Afin d'atteindre ces objectifs, un certain nombre de stratégies sont préconisées à savoir :

#### 7.4.2 Stratégie Fixe

La stratégie fixe : C'est la vaccination dans tous les centres de santé publiques et privés à but non lucratif.

#### 7.4.3 Stratégie avancée

C'est la vaccination au delà de 5 Km du centre de santé par tous les centres publics et privés à but non lucratif.

#### 7.4.4 Stratégie Mobile

Vaccination au delà de 15Km du centre de santé. Cette stratégie relève des équipes de district.

#### 7.4.5 Vaccinations supplémentaires

Consiste à donner à tous les enfants de tranche d'age 0-59 mois des doses de VPO quelque en soit leur statut vaccinal et compléter 100% des enfants de 6 mois à 11 mois. A ce niveau c'est la stratégie porte à porte qui est utilisée.

**Tableau n° 16 : Calendrier vaccinal au Niger**

Chez les enfants	Chez les femmes
A la naissance : BCG ; VPO <sub>0</sub>	1 <sup>er</sup> contact : VAT1
6 semaines : DTCP1	4 semaines après : VAT2
10 semaines : DTCP2	6 mois après : VAT3
14 semaines : DTCP3	1 an après : VAT4
9 mois : VAR ; VAA	1 an après : VAT5

**Source :** Plan Stratégique du PEV 2002-2006

## VIII. Stratégies opérationnelles

Les services de vaccination sont disponibles dans 578 Formations Sanitaires sur 750 existantes, y compris les privées. Pour rendre fonctionnel ces centres de vaccination, des stratégies opérationnelles sont appliquées à s'avoir :

### 8.1. Information éducation communication

Un des aspects importants dans la réalisation des objectifs d'interruption de la transmission du poliovirus sauvage est la mise en œuvre des stratégies de communication et de mobilisation sociale. Quand elle est bien menée, elle permettra de réduire le taux important des cas de refus constatés.

### 8.2. Formation

Des sessions de formation et de recyclage des agents de santé dans différents domaines du PEV sont nécessaires particulièrement pour les agents de santé anciennement formés et ceux nouvellement sortis des écoles de formation. Tous les centres de santé doivent avoir un minimum de deux agent formés et ou recyclés dans le domaine de la gestion PEV, la vaccination ou dans l'entretien de matériel froid.

### 8.3. La supervision

*La Supervision* doit être trimestrielle du niveau central vers les régions; Bimestrielle de la région vers les districts; et mensuelle des districts vers les CSI. Elle doit être régulière afin de maintenir les acquis issus de la relance.

### 8.4. Surveillance

En collaboration avec la DSNIS, la surveillance épidémiologique est l'une des parties importantes de la gestion de programmes de vaccination qui permet d'avoir une vision de la situation pour une prise de décision adaptée. Le TMN, la rougeole, les PFA et la Fièvre Jaune font l'objet de notification régulière dans le cadre de la surveillance des maladies cibles du PEV. La surveillance des cas de PFA, et de rougeole se fait de façon active et systématique.

### 8.5. Approvisionnement en vaccins et consommables

Une Politique Nationale n'est pas encore élaborée, cependant la DIE, suite à une enquête sur la sécurité des injections en Juin 2000, a élaboré et diffusé des directives nationales en la matière de sécurité des injections. Pour le moment, toutes les formations sanitaires publique et privées utilisent les seringues autobloquantes et les boites de sécurités.

### 8.6. Logistique et la chaîne de froid

Disponibilité et acquisition: Il existe actuellement une bonne disponibilité du matériel de chaîne de froid au niveau de La DIE, les régions et districts sanitaires. Cependant, les besoins continuent à se faire sentir a cause de l'extension de la couverture sanitaire dans certaines régions ainsi que le remplacement des anciens appareils.

### 8.7 Fourniture de la logistique

Le Matériel Roulant: pour effectuer les stratégies de vaccination avancée et mobile décentralisée et de supervision, les districts sanitaires et les centres de santé nécessitent des moyens roulant suffisants et fonctionnels.

### 8.7. Gestion de programme

Les ressources disponibles pour la DIE comprennent le budget national y compris les appuis des partenaires.

### 8.10 Suivi et évaluation

*Le monitoring* des activités du PEV est effectué mensuellement. Les rapports mensuels sur les activités de vaccination sont transmis des formations sanitaires vers les districts pour la synthèse, des districts vers les régions et des régions vers la Direction du PEV.

Après l'analyse des rapports de vaccination et la rétro information est donnée aux régions et districts sanitaires se fait par le niveau National. L'insuffisance de la complétude et de la promptitude des rapports rend peu efficace cette activité. La sensibilisation des responsables des CSI à l'utilisation des tableaux de contrôle de la couverture vaccinale ainsi que la mise en place de ces outils dans tous les CSI ont eu lieu, mais leur utilisation n'est pas encore effective dans toutes les formations sanitaires.

IX. Cadre logique : Activités, indicateurs chronogramme et hypothèse.

9.1- PRESTATION DES SERVICES

ACTIVITES	INDICATEURS	RESPONSABLES/ ASSOCIE	CHRONOGRAMME					Sources de vérification	Suppositions Hypothèses
			2005	2006	2007	2008	2009		
1.1 Assurer la disponibilité des vaccins	Vaccin disponible	MSP, DIE, Partenaires, DRSP, DDSP, CSI	X	X	X	X	X	Registre de gestion des vaccins	Vaccination améliorée
1.2 Assurer la disponibilité des consommables et matériels de vaccination	Consommables et matériels de vaccination disponible au niveau central, intermédiaire et périphérique	MSP, DIE, Partenaires, DRSP, DDSP, CSI	X	X	X	X	X	Registre de gestion des vaccins	
1.3 Ravitailler en vaccin, consommables et matériels de vaccination	Vaccin, Consommables et matériels de vaccinations disponibles à tout le niveau	DIE, DRSP, DDSP, CSI	X	X	X	X	X	Rapport de mission	
1.4 Renforcer la stratégie avancée et mobile décentralisée	Nombre de sorties réalisé en avancée / nombre de sorties prévu	MSP, DIE, DRSP, DDSP, CSI	X	X	X	X	X	Fiches de rapports mensuels	
1.5 Démarrer les prestations dans les FS qui le vaccinent pas	Nombre de FS ayant démarré les activités	MSP, DIE, DRSP, DDSP, CSI	X					Rapport d'activités	
1.5 Intégrer le PEV dans le programme de formation des écoles de santé	Programme intégré	MSP, DIE, ENSP, ISP		X				Nouveau programme de formation	
1.7 Former 40 formateurs régionaux du PEV	Nombre de formateurs formés	DIE	X					Rapport de formation	

1.8 Former 578 agents en technique vaccinale tous les agents impliqués dans la vaccination	Nombre d'agents formés	DIE, DRSP, DDSP, CSI	X							Rapport de formation	
1.9 Fournir les outils de gestion	- Registres de recherche de perdus de vue disponibles	MSP, DIE,	x				x			Fiches de gestion de stock	
1.10 Rechercher les perdus de vue	- Taux de déperdition	DRSP, DDSP, CSI	X	X	X	X	X	X	X	Registre de vaccination	

### 9. 2- ACTIVITES SUPPLEMENTAIRES

ACTIVITES	INDICATEURS	RESPONSABLES/ ASSOCIE	CHRONOGRAMME					Sources de vérification	Suppositions Hypotheses
			2005	2006	2007	2008	2009		
2.1 Organiser les campagnes JNV polio	Certification de l'éradication	MSP, CCTA DIE	X	X	X	X	X	Rapport d'activités	
2.2 Administrer la vitamine A chez les enfants de 6-59 mois	Nombre d'enfants de ayant reçu la vitamine A	MSP, DIE, Partenaires, DRSP, DDSP, CSE	X	X	X	X	X	Rapport d'activités	
2.3 Organiser les campagnes de vaccination contre la Rougeole	Taux d'incidence et de mortalité due à la rougeole réduit	MSP, DIE, Partenaires	X				X	Rapport d'activités	
2.4 Organiser les campagnes de vaccination antitétanique dans les districts à haut risque	Taux d'incidence et de mortalité due au TMN	MSP, DIE, Partenaires DRSP, DDSP, CSE	X	X	X	X	X	Rapport d'activités	