



Introduction du vaccin contre le VPH Madagascar

Mars 2016

Exhibit A-6

INTRODUCTION DU VACCIN CONTRE LE VPH MADAGASCAR

Mars 2016

JSI, Research & Training Institute, Inc.
Exhibit A-6

Soumis à l'Alliance Gavi
31 mai 2016

TABLE DES MATIERES

Table des Matieres	4
Index des Tableaux.....	7
Remerciements	8
Acronymes	9
Résumé analytique.....	10
Introduction.....	13
Planification et préparation.....	15
Principaux acteurs	15
<i>Enseignements tirés sur les principaux acteurs et partenaires :</i>	16
Calendriers et listes de contrôle	17
Cartographier et identifier la population cible	17
<i>Enseignements tirés de l'identification de la population cible :</i>	18
Élaboration de la stratégie et mise en œuvre	19
<i>Enseignements tirés de l'élaboration de la stratégie :</i>	21
Coordonner les dates des cycles de vaccination avec les écoles.....	22
Financement, processus de cofinancement et communication avec Gavi l'Alliance du vaccin	23
Mobilisation sociale et communication.....	24
Participation au niveau de la communauté	24
<i>Enseignements tirés de la participation de la communauté :</i>	25
Plaidoyer et sensibilisation.....	25
Éviter les refus de vaccination et les occasions manquées	27
Lancement	28
Implication des partenaires /CCIA	29
Participation des OSC	29
Coordination avec les groupes religieux.....	29
Renforcement des capacités (documents de formation, d'IEC et de RAPPORTAGE).....	30
Les outils d'enregistrement, de rapportage et de suivi sont actualisés, imprimés et distribués.....	30
Renforcement des capacités des agents de santé et des enseignants.....	30

Documents IEC (pour les agents la santé, les médias, le lancement officiel).....	32
Logistique et chaîne du froid.....	32
Préparation à la gestion de la chaîne du froid et de la logistique.....	32
Prestation de services.....	33
Rapports, suivi et évaluation.....	33
Évaluations entre les cycles de vaccination	35
Analyse des coûts.....	35
Le suivi de la couverture et l'Enquête de couverture	35
Lien avec le PEV	37
Recommandations et prochaines étapes (LA MISE A L'ECHELLE nationale et PHASE pilote supplémentaire).....	38
Travailler avec les organisations religieuses	38
Liens avec les programmes de santé des adolescents et / ou les autres programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus	38
Mise en relation du vaccin anti VPH avec le système de vaccination de routine.....	41
Enseignements tirés de la reproductibilité, de la mise en œuvre et de la mise à l'échelle.	42
Formation / Renforcement des capacités	42
Planification /élaboration de la stratégie.....	42
Communication / mobilisation sociale.....	43
Financement /Allocation des ressources	44
Collaboration entre les partenaires / acteurs clés.....	44
Enseignements généraux et recommandations tirés de l'introduction de la vaccination contre le VPH	45
Défis communs avec l'expérience du VPH au Niger.....	45
Recommandations globales	45
Annex I: Recommandations de L'EPI De Madagascar sur le VPH	47
Annex II: Constats Preliminaires et Recommandations de L'Enquete de Couverture Vaccinale Anti VPH.....	49
Annex III : Exemple de Liste de contrôle pour L'Introduction Pilote du Vaccin Anti VPH, Madagascar, Aout 2014.....	55
Annex IV : Comite de Pilotage VPH Madagascar – VPH Phase 2 Plan D'Activite/Chronologie Mai 2014.....	62

Annexe V : Indicateurs D'Illustration de Surveillance d'un Introduction de Nouveau Vaccin.....	67
Annex VI : Exemple Outils d'Enregistrement.....	69

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1: Phase I de la couverture de la vaccination contre le VPH à Toamasina I (année scolaire 2013-2014)	20
Tableau 2: Principaux messages de plaidoyer / de sensibilisation à l'introduction du vaccin contre le VPH.....	26
Tableau 3: Résultats de l'enquête de couverture vs. Données administratives	36
Tableau 4: Planification de la durabilité du vaccin contre le VPH :.....	46

REMERCIEMENTS

Les expériences, les défis et les réalisations présentés dans le présent rapport sur l'introduction du vaccin contre le VPH doivent servir de référence pour que Madagascar renforce la mise en œuvre et la mise à l'échelle de ce vaccin dans le système de vaccination de routine et pendant l'introduction des autres vaccins dans un avenir proche. JSI apprécie sincèrement la collaboration et le leadership que le ministère de la Santé et de la Protection sociale et son Département du Programme élargi de vaccination, ainsi que le Service de lutte contre les maladies liées au mode de vie ont affichés tout au long de la préparation et de la mise en œuvre des activités d'introduction.

En outre, le rôle des partenaires a été inestimable pour soutenir les activités d'introduction, notamment le rôle du ministère de l'Éducation national, ainsi que les autres partenaires clés, qu'il s'agisse de la planification au niveau national ou de la formation des vaccinateurs au niveau des districts. Nous exprimons notre gratitude plus particulièrement à l'OMS, à l'UNFPA, à l'UNICEF et aux autres partenaires pour leurs contributions techniques, logistiques et financières.

Nous tenons particulièrement à souligner le soutien de Gavi, l'Alliance du vaccin pour les vaccins, pour sa contribution financière à Madagascar dans l'achat des vaccins et le renforcement des systèmes, et pour avoir permis à JSI de participer et de contribuer à l'introduction du vaccin contre le VPH à Madagascar.

ACRONYMES

ASOS	Actions Socio-Sanitaire-Organisation-Secours
TSC	Travailleur en santé communautaire
COSAN	Comité de Santé
CRS	Services de secours catholique (Catholic Relief Services)
CSRef	Centre de santé de référence
OSC	Organisation de la société civile
EDS	Enquête démographique et de santé
DRSP	Direction régionale de santé publique
FFKM	Fikambanana'ny Fiagonana Kristiana Madagasikara
Fkt	Fokontany
VPH	Virus du papillome humain
JSI	John Snow, Inc.
PISMI	Programme intégré de santé maternelle et infantile
SSMI	Semaine de la santé maternelle et infantile
MI	Médecin Inspecteur
MEN	Ministère de l'Éducation Nationale
MSPS	Ministère de la Santé et de la protection sociale
ONG	Organisation non gouvernementale
EPI	Évaluation post introduction
SDSP	Service de District de Santé Publique
SLMV	Service de lutte contre les maladies liées au mode de Vie
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'Enfance
OMS	Organisation mondiale de la santé
ZAP	Zones administratives et pédagogiques

RESUME ANALYTIQUE

En 2013, Madagascar a démarré l'introduction pilote du vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) grâce à une subvention accordée par Gavi l'Alliance du vaccin, destinée à l'introduction et à l'achat de vaccins. Le projet pilote a été réalisé dans deux districts – Toamasina I (un district urbain) et Soaviandriana (un district rural) sur une période de deux ans. Pendant la première phase de l'introduction du vaccin, les agences d'exécution, supervisées par le ministère de la Santé et de la Protection familiale et le ministère de l'Éducation nationale (MEN) ont entamé un processus coopératif et itératif de planification et de contrôle qui comportait une coordination assurée par un comité pilote multipartenaires sur le vaccin contre le VPH et la participation des représentants techniques des services en charge de la vaccination, des maladies infectieuses, des adolescents, de l'éducation, ainsi que des organisations partenaires. Ce processus a nécessité de nouvelles stratégies, comme par exemple la fourniture de services de vaccination, de recensement et de sensibilisation en milieu scolaire - afin que le programme de santé, les écoles et les communautés travaillent ensemble pour cibler un groupe d'âge qui n'est généralement pas couvert par les services de vaccination.

Les expériences du projet pilote ont révélé plusieurs lacunes en matière de planification et de mise en œuvre, mais ont également montré que le pays était capable d'introduire des stratégies révisées pour surmonter les goulots d'étranglement et au final, parvenir à atteindre le taux de couverture ciblé de 50% ou plus recommandé par l'Alliance Gavi. Un défi particulier consistait à impliquer l'ensemble des parties prenantes pertinentes bien à l'avance afin d'obtenir leur soutien pendant l'introduction. Un autre obstacle était dû à la réticence des organisations religieuses qui ne comprenaient vraiment pas l'objectif du vaccin, ainsi qu'à la supervision assurée par le comité de planification qui n'a pas bien informé et impliqué les responsables de l'église dans le processus de planification et de mise en œuvre. Une troisième difficulté importante était la charge importante en termes de ressources (humaines, financières et en temps) nécessaires pour mener à bien la stratégie originale sous forme de campagne.

Le présent rapport explique les enseignements tirés de l'expérience du projet pilote et propose des recommandations qui doivent être examinées pendant la conception et la mise en œuvre de l'introduction de la vaccination contre le VPH, et qui peuvent être appliquées aux prochains pilotes à Madagascar ou dans d'autres pays. Les facteurs importants à garder à l'esprit tout au long du processus d'introduction, y compris la planification et la préparation, la diffusion de l'information, la coordination avec les partenaires, le renforcement des capacités, la prestation de services, et la déclaration / l'évaluation sont les suivants :

L'intégration : L'intégration avec les plateformes existantes pour la santé et l'éducation des jeunes / des adolescents est essentielle pour optimiser les ressources et atteindre le plus grand nombre possible de membres de la population cible. Pour les filles non scolarisées, il est essentiel d'identifier les programmes et les organisations communautaires qui ont une portée et une influence sur les adolescents dans la communauté. Lorsque des activités scolaires sur l'éducation sanitaire ou sur d'autres activités liées à la santé existent déjà, celles-ci doivent être adaptées et tout programme d'éducation sur la santé doit comprendre des messages pour expliquer et promouvoir le vaccin contre le VPH. Il est également possible d'inclure l'administration du vaccin dans des activités de santé déjà programmées dans les écoles, comme les jours de déparasitage ou les visites médicales systématiques annuelles scolaires.

La compréhension des nouveaux partenaires : Il est important de comprendre leur structure, les échelons de leur hiérarchie et leurs processus d'approbation, de respecter leurs protocoles et d'impliquer pleinement leur leadership. Il est également important de participer à et de s'associer à d'autres organisations telles que l'UNFPA et celle qui œuvrent en faveur des jeunes et de la prévention du cancer, afin qu'elles deviennent des partenaires tout au long du processus.

La participation des organisations de la société civile (OSC) : Les OSC et les organisations non gouvernementales (ONG) peuvent jouer un rôle essentiel dans l'introduction du vaccin contre le VPH et doivent être identifiées et orientées très tôt. Le SV et le MSPS doivent impliquer les OSC/ONG dans toutes les activités de vaccination.

La participation de la communauté : Les dirigeants et les membres de la communauté influents doivent s'engager à diffuser les informations et à promouvoir la vaccination. Leur contribution doit être recherchée pendant l'élaboration des stratégies visant à atteindre la population cible, et pendant l'identification des principaux messages, des goulots d'étranglement ou des défis potentiels qui doivent être pris en compte afin d'assurer la réussite de l'introduction du vaccin. Leur soutien en faveur des activités liées au VPH renforcera la confiance des membres de la communauté, dont certains devront être recrutés pour effectuer un plaidoyer ciblé dans les situations où il peut exister une certaine réticence contre le vaccin.

Les considérations relatives aux organisations religieuses : La communication et les messages destinés aux écoles religieuses doivent être nuancés et adaptés préalablement à l'introduction du vaccin, notamment par le biais d'un plaidoyer et de messages auprès des autorités religieuses et du système administratif.

La clarté de la stratégie de communication : Il est essentiel d'adapter les messages de communication à la population cible – notamment en produisant des documents disponibles dans la langue locale / le dialecte local qui sont illustrés avec des images de la communauté et diffusés par le biais de canaux qui ont la plus grande portée et la plus grande influence locales.

L'identification de la population cible : La clarté de la définition de la population cible et de la communication avec les planificateurs, les éducateurs / les administrateurs scolaires, les mobilisateurs et les parents / tuteurs est importante pour contribuer à assurer des estimations démographiques plus précises. Elle permet d'éviter les frustrations des tuteurs / parents de filles qui ne sont pas admissibles, et d'assurer une mobilisation efficace des filles qui doivent être vaccinées.

Un plaidoyer pour un financement suffisant : Compte tenu du coût du vaccin contre le VPH et des différentes stratégies pour atteindre une population cible non traditionnelle, le plaidoyer et l'acceptation auprès des décideurs sont nécessaires aux plus hauts niveaux du gouvernement afin qu'un financement suffisant soit planifié, approuvé et alloué. Un plan de plaidoyer solide doit être mis au point par le pays et comporter des messages clés qui comparent le coût de la maladie par rapport au coût de la prévention (inférieur) par le biais du vaccin. En outre, une approche progressive peut être nécessaire pour l'introduction du vaccin, afin de répartir les coûts liés à l'introduction sur plusieurs années et de la réaliser au moyen des budgets existants.

Le renforcement des capacités : L'ensemble des acteurs clés doivent être suffisamment formés préalablement à l'introduction (en plus des formations de perfectionnement après

l'administration de chaque dose afin de réduire l'incidence des abandons). Les principaux intervenants qui doivent être ciblés pour la formation sur la stratégie d'introduction et la sensibilisation aux avantages de la vaccination contre le VPH sont le personnel de santé jusqu'au niveau le plus bas, y compris le personnel des postes de santé et les travailleurs de santé communautaire, les associations de parents, les directeurs des écoles de district, les directeurs et les enseignants des écoles, les dirigeants communautaires, les chefs religieux et les OSC et ONG locales.

La vérification de l'état de préparation : Avant la date d'introduction, une supervision doit être effectuée pour vérifier que les préparatifs sont en place, que les formations ont été dispensées et que le matériel et le financement sont disponibles. Dans certaines situations, une formation personnalisée peut être nécessaire pour motiver certains responsables scolaires et sanitaires s'il s'avère qu'ils ne sont pas totalement investis dans l'introduction du vaccin.

INTRODUCTION

En 2013, Madagascar a démarré la première année de l'introduction pilote du vaccin contre le VPH à l'aide d'une subvention d'introduction et de vaccins fournis par le Gavi, l'Alliance du vaccin pour les vaccins. La première phase du pilote ont été effectuées dans deux districts – Toamasina I (un district urbain) et Soaviandriana (un district rural) sur une période de deux ans. Pendant la première étape de l'introduction du vaccin, les agences d'exécution, supervisées par le ministère de la Santé et de la protection sociale et le ministère de l'Éducation nationale (MEN) ont initié un processus coopératif et itératif de planification et de contrôle qui comptait une coordination assurée par un comité de pilotage multipartenaires sur le vaccin contre le VPH et la participation des représentants techniques des services en charge de la vaccination, des maladies infectieuses, des adolescents, de l'éducation, ainsi que des organisations partenaires. Ce processus a nécessité de nouvelles stratégies, comme par exemple la fourniture de services de vaccination en milieu scolaire, de recensement et de sensibilisation - afin que le programme de santé, les écoles et les communautés travaillent ensemble pour cibler un groupe d'âge qui n'est généralement pas couvert par les services de vaccination.

Les expériences de la première phase d'introduction ont révélé plusieurs lacunes en matière de planification et de mise en œuvre, mais ont également montré que le pays était capable d'introduire des stratégies révisées pour surmonter les goulots d'étranglement et au final, parvenir à atteindre le taux de couverture ciblé de 50% ou plus recommandé par l'Alliance Gavi (voir les Tableaux 3 et 4 présentant les données de couverture). Un défi particulier consistait à impliquer l'ensemble des parties prenantes concernées bien à l'avance afin d'obtenir leur soutien pendant l'introduction. Un autre obstacle portait sur la résistance des organisations religieuses due à une incompréhension du vaccin, accompagnée par la supervision du comité de planification qui n'a pas bien informé et impliqué les responsables de l'Église dans le processus de planification et de mise en œuvre. Une troisième difficulté importante était la charge importante en termes de ressources (humaines, financières et en temps) nécessaires pour mener à bien la stratégie originale sous forme de campagne.

Le présent rapport explique les enseignements tirés de l'expérience de la première phase et propose des recommandations qui doivent être examinées pendant la conception et la mise en œuvre de l'introduction de la vaccination contre le VPH et qui peuvent être appliquées aux prochains pilotes à Madagascar ou dans d'autres pays. Les facteurs importants à garder à l'esprit tout au long du processus d'introduction, y compris la planification et la préparation, la diffusion de l'information, la coordination avec les partenaires, le renforcement des capacités, la prestation de services, et le rapportage, le suivi / l'évaluation sont les suivants :

Identifier la population cible : La clarté sur la population cible et une communication claire sur ce point avec les planificateurs, les éducateurs / administrateurs scolaires, les mobilisateurs et les parents / tuteurs sont importantes pour contribuer à assurer des estimations plus précises et à éviter les frustrations des tuteurs / parents de filles qui ne sont pas admissibles et pour assurer une mobilisation efficace des filles qui doivent être vaccinées.

Élaboration de la stratégie : Il est essentiel que la stratégie d'introduction comprenne une micro planification en amont au niveau des districts et inclue des représentants religieux, des directeurs d'écoles, des membres des associations de parents et des dirigeants communautaires pour que l'ensemble des parties prenantes clés soit informées et reçoivent les mêmes informations.

Plaidoyer : Compte tenu du coût du vaccin contre le VPH et des différentes stratégies pour atteindre la nouvelle population ciblée, le plaidoyer et l'acceptation auprès des décideurs sont nécessaires aux plus hauts niveaux du gouvernement afin qu'un financement suffisant soit planifié, approuvé et alloué. Un plan de plaidoyer solide doit être mis au point par le pays et comporter des messages clés qui comparent le coût de la maladie par rapport au coût de la prévention (inférieur) par le biais du vaccin. En outre, une approche progressive peut être nécessaire pour l'introduction du vaccin, afin de répartir les coûts liés à l'introduction sur plusieurs années et de la réaliser au moyen des budgets existants.

Participation de la communauté : Les dialogues avec la communauté doivent impérativement être menés avec les différents dirigeants et membres de la communauté influents, qui doivent s'engager à diffuser les informations et à promouvoir le vaccin. Leur contribution doit être recherchée pendant l'élaboration des stratégies visant à atteindre la population cible, et pendant l'identification des principaux messages, des goulots d'étranglement ou des défis potentiels. Leur soutien en faveur des activités liées au VPH renforcera la confiance des membres de la communauté, qui devront être identifiés pour effectuer un plaidoyer ciblé dans les situations où il existe / peut exister une certaine résistance contre la vaccination.

Sensibilisation : Il est essentiel d'adapter les messages de communication à la population cible – notamment en produisant des documents disponibles dans la langue locale / le dialecte local qui soient illustrés avec des images de la communauté et diffusés par le biais de canaux qui ont la plus grande portée et la plus grande influence. Voir le Tableau 2 pour la liste des principaux messages destinés aux différents publics ciblés.

Mobilisation des parties prenantes : Avec les nouveaux partenaires, il est important de comprendre leur structure, les échelons de leur hiérarchie et leurs processus d'approbation, de respecter leurs protocoles et d'impliquer pleinement leur leadership. Il est également important de participer à et de s'associer très tôt à d'autres organisations telles que l'UNFPA et celles qui œuvrent en faveur des jeunes et de la prévention du cancer, afin qu'elles deviennent des partenaires tout au long du processus.

Participation des OSC : Les OSC et les ONG existantes doivent être identifiées et orientées très tôt. (Pour y contribuer, il convient de se référer aux dossiers de leurs organisations officielles et de trouver les noms et les contacts clés dans une base de données nationale.) Le SV et le MSPS doivent impliquer les OSC/ONG dans toutes les activités de vaccination.

Considérations relatives aux organisations religieuses : La communication et les messages destinés aux écoles religieuses doivent être nuancés et adaptés préalablement à l'administration du VPHI, notamment par le biais d'un plaidoyer et de messages auprès des autorités religieuses et de leur système administratif.

Renforcement des capacités : L'ensemble des acteurs clés doivent être suffisamment formés bien en amont et suivre des formations de perfectionnement après l'administration de chaque dose afin de réduire l'incidence des abandons. Les principaux intervenants qui doivent être ciblés sont le personnel de santé jusqu'au niveau le plus bas, y compris le personnel des centres de santé et les travailleurs en santé communautaire, les associations de parents, les directeurs des écoles de district, les directeurs et les enseignants des écoles, les dirigeants communautaires, les chefs religieux et les OSC et ONG locales.

Formation et supervision : Avant la date de vaccination, une supervision doit être effectuée pour vérifier que les préparatifs sont en place, que la formation a été dispensée et que le matériel et le financement sont disponibles. Dans certaines situations, une formation personnalisée peut être nécessaire pour motiver certains responsables scolaires et sanitaires s'il s'avère qu'ils ne sont pas totalement investis dans l'introduction du vaccin.

Intégration : L'intégration avec les plateformes existantes pour la santé et l'éducation des jeunes / des adolescents est essentielle pour optimiser les ressources et atteindre le plus grand nombre possible de membres de la population cible. Pour les filles non scolarisées, il est essentiel d'identifier les programmes et les organisations communautaires qui ont une portée et une influence sur les adolescents dans la communauté. Lorsque des activités scolaires sur l'éducation sanitaire ou sur d'autres activités liées à la santé existent déjà, celles-ci doivent être adaptées et tout programme d'éducation sur la santé doit comprendre des messages pour expliquer et promouvoir le vaccin contre le VPH. Il peut également être possible d'inclure l'administration du vaccin dans des activités de santé déjà programmées dans les écoles, comme pendant les jours de déparasitage ou les visites médicales systématiques annuelles scolaires.

PLANIFICATION ET PREPARATION

Dans le cadre de l'introduction pilote du VPH cofinancé avec l'Alliance Gavi, le ministère de la Santé et de Protection sociale (MSPS) et ses partenaires (à savoir, l'OMS, l'UNFPA, l'UNICEF et d'autres), ont identifié deux districts sanitaires, un district urbain (Toamasina I), et un district rural (Soavinandriana), sur la base des recommandations de l'Alliance Gavi. Un comité de planification multi-agences a été créé en 2013, dirigé à l'échelle nationale par le Service de vaccination (SV) et le Service de lutte contre les maladies liées au mode de vie (SLMV) et comprenant des collègues du ministère de l'Éducation nationale (MEN), des représentants de la santé des adolescents, des équipes de santé et d'éducation dans les deux districts et au niveau régional, ainsi que des partenaires des bailleurs de fonds. Un programme de travail et un calendrier communs ont été mis au point au mois de septembre 2013 pour la première phase de préparation de la vaccination contre le VPH, qui comprenait également les rôles et les responsabilités des partenaires (au niveau national et dans les deux districts) pour chaque activité. Dans le cadre de la deuxième phase du projet pilote, ces partenaires ont poursuivi leur collaboration avec la participation de la Direction de la santé famille, de la jeunesse et de l'adolescence du ministère de la Santé, et celle du Diocèse catholique.

Principaux acteurs

Au niveau national, le comité pilote pour la vaccination contre le VPH était bien organisé, sachant que le MSPS (notamment le SV et le SLMV) dirigeait la planification de l'introduction et la représentation des nombreux partenaires. ¹

¹ Y compris l'OMS, l'UNICEF, la DRSP Itasy, le SDSP Soavinandriana, la DRSP Atsinanana, le SDSP Toamasina I, la Direction de la lutte contre les maladies non transmissibles, le SLMV, l'UNFPA, le Service de la santé des adolescents, et le ministère de l'Éducation nationale, le Service de la santé scolaire, le ministère de la Population, le Service de l'activité sociale du ministère de la Population, le Service de la communication du ministère de la Santé publique

Afin d'assurer la continuité et l'appropriation tout au long de la période d'introduction, les comités sur la vaccination contre le VPH ont également été formés et ont travaillé efficacement dans chaque district pilote pour aider à la coordination aux niveaux inférieurs. Les comités étaient composés des représentants des équipes sanitaires de district, des Comités de santé communautaire (COSAN), des responsables de l'administration scolaire et de la communauté. Les comités avaient pour objectif d'atteindre la couverture la plus élevée possible du vaccin contre le VPH au sein de la population cible, en menant des activités de plaidoyer et en appuyant les préparatifs du déploiement de la première dose. Après l'administration de la première dose, les comités de district, en consultation avec le comité national, ont analysé les résultats de couverture et ont identifié les raisons de toute lacune dans la couverture afin d'élaborer des stratégies pour mobiliser la communauté et résoudre les problèmes. Ces comités avaient initialement pour rôle d'être actifs avant et pendant l'administration de la première dose du vaccin ; cependant, en raison de problèmes liés à l'acceptation du vaccin par l'Église catholique (voir ci-dessous pour plus d'informations), leur rôle a été revu pour l'administration de la deuxième dose et consistait à poursuivre les efforts de sensibilisation, notamment en encourageant le soutien de l'Église.

Les représentants du secteur de l'éducation (y compris les Directeurs régionaux de l'éducation, les Zones administratives et pédagogiques (ZAP), les enseignants et les administrateurs scolaires) ont également joué un rôle important dans les activités d'introduction, y compris l'identification des filles dans la population cible (basées sur les chiffres et les registres de scolarisation) et la sensibilisation et la diffusion de l'information aux élèves et aux parents afin de les inciter à accepter le vaccin. Ils ont également joué un rôle de premier plan dans la mobilisation des écolières qui devaient recevoir le vaccin, ils ont contribué à l'organisation de la séance de vaccination contre le VPH dans les écoles, en accompagnant parfois les filles personnellement au centre le plus proche de l'école / du centre de santé (lorsque le vaccin n'était pas administré directement dans leurs écoles respectives), ou en assurant qu'un tuteur était disponible pour accompagner les filles.

Enseignements tirés sur les principaux acteurs et partenaires :

- Les partenaires clés de la communauté jouent un rôle crucial pour soutenir le projet pilote, non seulement les partenaires de la vaccination habituels, mais également le SLMV (Le service de lutte contre les maladies liées à la mode de vie du Ministère de la santé), la Congrégation catholique, les Comités de santé et les centres de santé, et les programmes de santé des adolescents. Avec les nouveaux partenaires, il est important de comprendre leur structure, les échelons de leur hiérarchie et leurs processus d'approbation depuis la phase de planification, de respecter leurs protocoles et d'impliquer pleinement leur leadership. Il est également important de participer à et de s'associer très tôt à d'autres organisations telles que l'UNFPA et celles qui œuvrent en faveur des jeunes et de la prévention du cancer, afin qu'elles deviennent des partenaires tout au long du processus.
- Le fait que les femmes jouent un rôle actif dans le leadership de l'introduction et de la mise en œuvre améliore l'acceptation et contribue à assurer la « proximité » du concept de la vaccination.
- Suffisamment de temps doit être accordé à l'avance pour obtenir l'engagement des différents partenaires à tous les niveaux, afin d'assurer qu'ils se familiarisent avec la logique de l'introduction du vaccin et qu'ils soient prêts à jouer leurs rôles et à mener leurs activités respectives.

Calendriers et listes de contrôle

Au cours de la première année, la planification de la vaccination contre le VPH a été harmonisée avec le calendrier scolaire 2013-2014. Afin de réduire le nombre potentiel d'élèves perdus de vue en cas de changement de classe ou en raison du taux d'abandon d'une année scolaire à l'autre, il a été convenu que les trois doses seraient administrées au cours de la même année scolaire. Une autre considération importante était que la dernière

Parce que le MSPS et le MEN travaillent en étroite collaboration et qu'ils ont mis en place une communication forte, il a été possible d'obtenir les données de scolarisation au début de l'année scolaire pour contribuer à la distribution du vaccin et à la planification des dates de l'administration de la première dose.

dose ne devait pas coïncider avec les examens scolaires (pour éviter toute gêne ou distraction potentielle pour les filles en période d'examens). Pour cela, il a fallu que les activités d'introduction soient bien planifiées à l'avance avec les directeurs / le personnel des écoles (qui faisaient partie du comité de planification et d'élaboration du calendrier / programme de travail) et que tous les efforts soient déployés pour rester dans les temps et respecter les dates de la vaccination.

Le maintien du calendrier vaccinal avec le calendrier de l'année scolaire nécessitait une coordination minutieuse. Une meilleure intégration des organisations de la société civile locales (tels que le Diocèse catholique, le Service de la mobilisation sociale et des programmes pour adolescents) dans les processus de planification s'est avérée être une question nécessitant des améliorations. Au cours de la deuxième année, une stratégie visant à renforcer la coordination a été mise en place et des améliorations significatives ont été observées en matière de communication, de sensibilisation et d'implication de tous les acteurs, y compris avec les dirigeants de l'Église catholique et les autres églises.

La première dose du vaccin contre le VPH a été administrée dans les deux districts à partir du 18 novembre 2013, sachant que la majorité des filles étaient vaccinées soit dans les écoles ou dans les centres de santé au cours de cette même semaine (avec un suivi des filles qui avaient manqué la vaccination au cours de la semaine suivante, dans la mesure du possible lorsque le financement et les ressources humaines le permettaient). Afin de respecter le calendrier de vaccination contre le VPH (à savoir la deuxième dose et la troisième dose à 1 mois et 6 mois après la première dose, respectivement), l'administration de la deuxième dose a été planifiée pour la mi-décembre 2013. Toutefois, les élections présidentielles qui coïncidaient avec le calendrier de vaccination initial ont causé des problèmes logistiques et de mise en œuvre au cours de cette période. En outre, en raison de plusieurs jours fériés au mois de décembre, les districts et le comité de coordination ont convenu de reporter l'administration de la deuxième dose à la semaine du 14 janvier 2014. La troisième dose a été administrée au cours de la semaine du mercredi 11 juin 2014, soit une semaine avant la fin des examens de l'année scolaire. Certains parents ont exprimé leur préoccupation sur la proximité de l'administration du vaccin avec les dates d'examen, mais aucun problème n'a été signalé après l'administration de la troisième dose.

Cartographier et identifier la population cible

Contrairement à la majorité des vaccins actuellement destinés aux nourrissons dans le système de vaccination de routine à Madagascar, les adolescentes sont la population ciblée par le vaccin contre le VPH. Par conséquent, afin de calculer la taille de la population cible et de mettre au point une stratégie pour atteindre les filles admissibles, le SV et le SLMV ont

coordonné leur efforts au sein du MSPS, et ont également travaillé en étroite collaboration avec le MEN, ainsi qu'avec les groupes et les chefs communautaires locaux (par exemple, les chefs de Fokontany). Après avoir analysé la dernière Enquête démographique et de santé (EDS), qui révélait que les filles étaient sexuellement actives autour de l'âge de 13 ans à Madagascar, les discussions relatives à la planification menées en 2012 ont conclu que les filles âgées de 10 ans seraient les bénéficiaires cibles du vaccin. La nécessité d'atteindre les filles avant d'atteindre un âge qui les exposerait au virus (c'est-à-dire, avant qu'elles ne soient sexuellement actives) a été le facteur déterminant dans l'identification de la population cible.

Sur la base d'une cartographie des différentes écoles publiques et privées dans les districts pilotes, ainsi que l'examen des dossiers scolaires disponibles, il a été calculé que la majorité des filles admissibles scolarisées étaient inscrites en classe de CM2, dans lesquelles les filles étaient principalement âgées entre 9 et 13 ans. Afin de réduire au minimum la charge administrative consistant à identifier les filles âgées de 10 ans dans chaque classe de CM2, il a été décidé que le vaccin

Sachant que la majorité des filles ont été identifiées pendant la première phase de l'introduction, l'absence de stratégie unifiée pour les filles absentes - y compris les messages et la mobilisation sociale auprès des écoles, des enseignants et des parents - s'est révélée être un problème majeur. Même si c'était une priorité pour les doses suivantes, elle a été difficile à assurer en raison du financement et des ressources nécessaires pour effectuer le suivi.

serait administré à l'ensemble des filles de cette classe. Pour les filles qui n'étaient pas scolarisées, il a été décidé que le vaccin serait administré uniquement aux filles âgées de 10 ans, et que les professionnels de la santé travailleraient avec les dirigeants communautaires pour identifier les filles admissibles au sein de leurs communautés.

L'estimation initiale des filles scolarisées qui recevraient le vaccin en 2013 a été calculée sur la base d'un décompte du nombre de filles en classe de CMI en 2012, mais ce décompte s'est avéré être incorrect en raison des niveaux élevés de décrochage scolaire des filles scolarisées entre les classes de CMI et de CM2. Par conséquent, il a été décidé que le calcul des filles qui recevraient le vaccin devait être basé sur le nombre de filles inscrites à CM2 au début de l'année scolaire.

Enseignements tirés de l'identification de la population cible :

- « Il est important de disposer d'une méthode exhaustive et efficace pour identifier et atteindre la population cible- en particulier les filles non scolarisées. » Les dirigeants communautaires doivent être impliqués et les Agents communautaires doivent effectuer des recensements en porte-à-porte dans leurs communautés. »- Dr Antoinette, Service la jeunesse et des adolescents et sage-femme, Soavinandriana.
- La clarté sur la population cible et une communication claire sur ce point avec les planificateurs, les éducateurs / administrateurs scolaires, les mobilisateurs et les parents / tuteurs sont importantes pour contribuer à assurer des estimations plus précises et éviter les frustrations des tuteurs / parents de filles qui ne sont pas admissibles et pour assurer une mobilisation efficace des filles qui doivent être vaccinées.

Élaboration de la stratégie et mise en œuvre

Dans le district rural, chaque école a désigné une journée pour l'administration du vaccin par un agent de santé, sachant que les agents de la santé rendaient visite à 1 à 3 écoles par jour selon le nombre de filles admissibles à l'école et la distance séparant l'école et le centre de santé (CSB). Le plus gros problème de cette stratégie a été d'atteindre les filles qui étaient absentes le jour de la vaccination, parce que le financement et les ressources humaines limitées ne permettaient pas aux travailleurs de la santé d'effectuer des visites de suivi dans chaque école.

La stratégie avec les écoles était moins cohérente dans le district urbain. Dans certains cas, des écoles situées au centre ont été désignées comme lieux de vaccination, et les filles admissibles des écoles avoisinantes y étaient accompagnées pour se faire vacciner. Dans d'autres situations, lorsque le nombre de filles admissibles dans une école était minime (ou dans le cas des écoles catholiques), la stratégie consistait à les faire accompagner par leurs enseignants ou par les parents vers un centre de santé central pour se faire vacciner. Toutefois, lorsque les comités de la vaccination contre le VPH ont sollicité une telle aide de la part des enseignants, ils ont constaté que certains d'entre eux étaient réticents à participer. Cela s'explique en partie du fait qu'il était difficile pour les enseignants d'adapter cette tâche à leurs horaires, et que le budget ne prévoyait pas dispositions visant à leur fournir une incitation financière ou une participation aux frais de transport qu'ils encourageaient. En conséquence, de nombreux enseignants ont fourni un soutien en communiquant avec les parents de ces jeunes filles pour les encourager à accompagner leurs filles à recevoir le vaccin.

Sachant que la majorité des filles ont été identifiées pendant la première phase de l'introduction, l'absence de stratégie unifiée pour les filles absentes - y compris les messages et la mobilisation sociale auprès des écoles, des enseignants et des parents - s'est révélée être un problème majeur. Même si c'était une priorité pour les doses suivantes, elle a été difficile à assurer en raison du financement et des ressources nécessaires pour effectuer le suivi.

Dans les communautés où les enseignants étaient fortement impliqués dans la sensibilisation / mobilisation, il a été observé que le taux de couverture des filles scolarisées était élevé.

L'analyse des résultats préliminaires sur la couverture vaccinale a révélé un taux significatif d'abandon entre la première et la deuxième dose (la couverture agrégée pour les deux districts est passé de 72% à 62%). Pour faire face à la forte baisse de la couverture pour la deuxième dose du VPH, les partenaires ont travaillé rapidement pour identifier les raisons expliquant cette situation et ont collaboré pour trouver des moyens d'éviter une baisse de couverture pendant l'administration de la troisième dose. Les principales raisons expliquant cette baisse importante sont les suivantes :

- Manque de soutien continu dans le cas des écoles catholiques : Certains parents qui avaient autorisé leurs filles à se faire vacciner avec la première doses n'ont pas souhaité la poursuite de la participation / prise en charge de leurs filles ;
- La vaccination n'a pas été proposée dans toutes les écoles : Parce que le vaccin n'a été proposé que dans les écoles situées au centre, beaucoup de filles ont dû être accompagnées depuis leur école pour se faire vacciner, ce qui a entraîné d'autres problèmes logistiques de transport vers le CSB et de communication ;

- Connaissances insuffisantes des parents et des enseignants sur le vaccin anti VPH , et sa pertinence / importance, nécessité de doses multiples.

Une fois que ces défis ont été identifiés, plusieurs efforts concertés ont été déployés pour résoudre les problèmes :

- Le plaidoyer s'est poursuivi avec l'Église catholique, pour au moins la dissuader de ne pas dénigrer le vaccin ;
- Les agents de la santé ont commencé à rendre visite à toutes les écoles pour administrer la troisième dose ;
- La mobilisation sociale et le dialogue avec la communauté se sont élargis pour améliorer les connaissances de la communauté et l'acceptation du vaccin.

Même si la couverture troisième dose n'a pas atteint le niveau de la couverture de la deuxième dose, le taux d'abandon était inférieur au taux observé entre la première et la deuxième doses, qui a été attribué à l'élargissement des efforts de mobilisation sociale (voir le Tableau 1 ci-dessous pour le district de Toamasina I). Cette situation a été prise en compte pendant la planification de la phase 2 de l'introduction, sachant que la mobilisation sociale a été élargie pour inclure tous les parents de filles d'âge scolaire (et pas seulement les filles en classe de CM2), de sorte que l'information sur le VPH était disponible bien avant l'administration du VPH1 et que les parents étaient préparés et en faveur du vaccin au moment où leurs filles entraient en classe de CM2 (voir les stratégies supplémentaires de la phase 2 à la section Liens avec les programmes de santé des adolescents et / ou les autres programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus).

Tableau 1: Phase I de la couverture de la vaccination contre le VPH à Toamasina I (année scolaire 2013-2014)

	Pop. Cible	HPV1	Taux de couverture HPV1	HPV2	Taux de couverture HPV2	HPV3	Taux de couverture HPV3
TOTAL FILLES SCOLARISEES VACCINEES	3234	2,202	68%	1,963	61%	1,962	61%
TOTAL FILLES NON SCOLARISEES VACCINEES	208	173	83%	120	58%	115	52%
TOTAL	3442	2375	69%	2083	61%	2077	60%

Enseignements tirés de l'élaboration de la stratégie :

- Comprendre les personnes influentes de la population cible ! Lorsque la majorité de la population appartient à une religion particulière ou est fortement influencée par les mêmes organisations et institutions, il est important de prendre ces éléments en compte et d'utiliser des stratégies pour convaincre ces personnes influentes à promouvoir le vaccin.
- Les rôles doivent être distribués aux intervenants appropriés qui ont le plus d'influence et la plus forte participation directe dans la mise en œuvre de la stratégie de vaccination. Par exemple, à Madagascar, alors que les responsables de l'administration scolaire devaient être informés et collaborer pour approuver la mise en œuvre de la stratégie de vaccination, les directeurs et les enseignants ont été les plus activement impliqués. Ils doivent donc être les premiers à avoir une formation et une compréhension claire de leurs rôles.
- « Il est essentiel qu'une partie de la stratégie de développement comprenne une microplanification au niveau des districts et inclue des représentants religieux, des directeurs d'écoles, des membres des associations de parents des élèves et des dirigeants communautaires pour que l'ensemble des parties prenantes clés soit informées et reçoivent les mêmes informations. » —Dr Marius Rakotomanga, Directeur du PEV.
- Dans le cadre d'une stratégie en milieu scolaire, afin d'éviter la charge administrative de mobiliser certaines filles admissibles dans une école en fonction de leur classe, il convient d'envisager de vacciner toutes les filles qui ont atteint l'âge admissible dans l'école. - Recommandation de Mme Jacqueline Ampary, responsable interrogée de ZAP

Coordonner les dates des cycles de vaccination avec les écoles

Compte tenu de la stratégie pour atteindre la majorité des filles au cours de l'année scolaire, la première phase du projet pilote de vaccination contre le VPH ressemblait plus à une approche de campagne, plutôt qu'à un service de vaccination de routine en cours. Le MSPS a travaillé en étroite collaboration avec le MEN dans le cadre d'une action stratégique visant à assurer que les trois doses soient administrées à

Le ministère de la Santé et de la Planification familiale a collaboré étroitement avec le ministère de l'Éducation pour assurer que les dates d'administration de chaque dose du vaccin contre le VPH (0, 1 et 6 mois) soient compatibles avec le rythme de l'année scolaire.

la même cohorte (et selon les intervalles requis entre les doses) pendant l'année scolaire. Cependant, cette décision laissait peu de flexibilité dans le calendrier, et des défis potentiels pour le maintien du calendrier de vaccination pendant l'année scolaire ont été observés (même si cela peut être plus facile avec un programme de vaccination contre le VPH à deux doses, compte tenu du changement des recommandations mondiales sur le VPH qui ont été émises après le démarrage de cette introduction pilote).

Dans le cadre du projet pilote sur le VPH, les COSAN et les chefs CSB devaient collaborer avec les directeurs des ZAP - le personnel du MEN au niveau des districts - et les enseignants locaux, et devaient se réunir régulièrement pendant la phase de planification. Cette collaboration s'est révélée être un succès, et ils ont travaillé ensemble pendant les phases de sensibilisation et de planification. Pourtant, dans certains cas, des tensions entre les directeurs des CSB et les directeurs des ZAP sont survenues, sachant que le financement n'était fourni qu'aux directeurs des CSB afin qu'ils rendent visite aux écoles qui administraient le vaccin, tandis que les ZAP estimaient que la présence de leurs directeurs était indispensable. Cela a été signalé au cours du processus de planification de la deuxième phase et il a été convenu que les Directeurs des CSB et les directeurs des ZAP assisteraient ensemble aux visites de supervision.

Dans certains cas, en particulier dans les écoles catholiques privées, un manque de transmission ou d'échange d'informations pertinentes entre les responsables du district scolaire et les enseignants a été observé. Certaines écoles ont également été mal préparées à l'administration du vaccin à la date prévue, pour des raisons telles que le retard des formations en cascade par les directeurs d'école aux enseignants, la date du jour de vaccination n'était pas planifiée, le manque de connaissances sur l'objectif du vaccin parmi les enseignants et les élèves ou l'absence de registres pour identifier les filles admissibles.

Enseignements tirés de la coordination des dates de vaccination contre le VPH avec les écoles :

- Le rôle du personnel du MEN doit être reconnu de la même manière que celui du MSPS, et les mesures de compensation, telles que le remboursement des frais de transport, doivent être réparties de manière égale entre le personnel des deux ministères.
- Le temps alloués doit être suffisant au processus de planification (y compris les formations, l'élaboration et la diffusion des documents de communication, et la programmation de l'administration du vaccin), compte tenu du nombre important de parties prenantes et de la nécessité de coordination entre les institutions qui sont susceptibles de ne pas fournir des services de santé activement.

Financement, processus de cofinancement et communication avec Gavi l'Alliance du vaccin

Bien que les fonds de Gavi l'Alliance du vaccin étaient disponibles pour l'introduction de la vaccination contre le VPH, le déblocage tardif et la disponibilité des fonds dans le pays représentaient des problèmes fréquents pendant la phase d'introduction. En raison des contraintes générales de financement du projet pilote, il n'a pas été possible d'effectuer toutes les activités de communication, de mise en place et le suivi / supervision qui étaient prévues dans le micro-plan (par exemple, le suivi des filles absentes, la communication supplémentaire pour les parents et des communautés, les visites de suivi dans les établissements scolaires). Par ailleurs, tandis que le financement de la première phase pilote comprenait le financement de l'enquête de couverture, en raison des coûts élevés liés à la mobilisation sociale et des lacunes imprévues liées au financement de l'impression des documents de formation (voir les documents IEC (pour les agents de santé, les médias, le lancement)), les fonds restants de la première phase n'ont pas été suffisants, et il a été nécessaire d'utiliser une partie des fonds qui avaient été alloués à la deuxième phase du projet pilote pour payer les coûts de l'enquête de couverture. Cela a entraîné un certain niveau de reprogrammation des activités de la phase deux afin de l'adapter à la réduction du budget.

Les résultats de l'analyse des coûts ont identifié les répercussions de coûts de l'introduction du vaccin contre le VPH et la possibilité d'une mise à l'échelle durable. Après la fin de la deuxième année de l'introduction, il était évident qu'une introduction du VPH à l'échelle nationale, même avec les améliorations apportées à la stratégie de la deuxième phase, serait trop coûteuse pour poursuivre une stratégie en milieu scolaire. Des économies devront être faites en raison des directives actualisées de l'OMS pour l'administration d'un vaccin à deux doses, et l'Alliance Gavi a accepté de financer une troisième phase du projet pilote dans les deux districts afin d'examiner dans quelle mesure ces modifications auraient un impact sur les coûts. La réduction du nombre de doses pourrait être suffisante pour diminuer les coûts et rendre possible la mise en place d'une approche scolaire, mais il est plus probable qu'une stratégie de routine (par exemple, par le biais des services en établissement ou d'une campagne / introduction progressive) devra être adoptée si le pays doit financer l'introduction du vaccin contre le VPH à grande échelle. Si la décision de la mise à l'échelle du VPH est prise, elle devra très probablement être réalisée de manière incrémentielle après l'achèvement de la troisième phase du projet pilote (par exemple, par étapes dans les régions au fil du temps et / ou proposée dans certains établissements), sachant que le budget du MSPS ne serait pas en mesure de financer une telle augmentation dans le budget une fois qu'un cofinancement deviendrait nécessaire, surtout en tenant compte du prix élevé du vaccin contre le VPH par rapport à celui des autres vaccins. Ces options et scénarii ont été considérés comme faisant partie de la deuxième phase et des analyses coûts, et ont informé d'autres discussions du comité sur les conclusions du projet pilote et les besoins pour la mise à l'échelle et la durabilité.

Enseignements tirés du financement, du cofinancement et de la communication avec GAVI l'Alliance du vaccin:

Compte tenu du coût du vaccin contre le VPH et des différentes stratégies pour atteindre la nouvelle population cible, le plaidoyer et l'acceptation auprès des décideurs sont nécessaires aux plus hauts niveaux du gouvernement afin qu'un financement suffisant soit planifié, approuvé et alloué. Un plan de plaidoyer solide doit être mis au point par le pays et comporter des messages clés qui comparent le coût de la maladie par rapport au coût de la prévention (inférieur) par le biais du vaccin. En outre, une approche progressive peut être nécessaire pour l'introduction du vaccin, afin de répartir les coûts liés à l'introduction sur plusieurs années et de la réaliser au moyen des budgets existants.

Le fait d'assurer le financement de l'introduction de la vaccination contre le VPH à Madagascar se déroule de deux façons - (1) Le VPH est intégré dans le PPAC et le plaidoyer est effectué pour approbation et (2) la loi sur le financement de la vaccination est en passe d'adoption dans le pays. Afin que le vaccin soit ratifié et que le cofinancement soit approuvé, un plaidoyer est indispensable auprès du Parlement, de la société civile et du ministère des Finances.

MOBILISATION SOCIALE ET COMMUNICATION

Participation au niveau de la communauté

Les COSAN, en collaboration avec les TSC, se sont révélés être une ressource significative pour mobiliser la communauté, compte tenu de leur proximité avec la population. Leur connaissance approfondie de la communauté a facilité le processus d'identification des filles dans les populations cibles. Les tâches des COSAN au niveau des CSB étaient semblables à celles des comités sur le VPH au niveau du district. Les membres des COSAN et les TSC ont reçu une formation sur le VPH et les informations ont été partagées en rapport avec le vaccin et les détails de la mise en place avec leurs communautés (par exemple qui devrait recevoir le vaccin, où et quand). Ils ont également travaillé avec les agents de santé pour mobiliser les filles qui n'étaient pas à l'école les jours de vaccination, et pour identifier les filles qui ont manqué le jour de la vaccination et le suivi nécessaires.

Dans les communautés où les COSAN fonctionnaient bien, la couverture était plus élevée, ce qui suggère que le rôle joué par les COSAN est probablement la clé du succès de l'introduction du vaccin (et de la couverture vaccinale dans son ensemble).

Un problème rencontré pendant l'introduction était le potentiel de surcharge de travail pour les TSC qui se voyaient confier une tâche supplémentaire en plus de leurs responsabilités habituelles. La rémunération des TSC s'est également avérée problématique. Dans certains cas, les TSC n'avaient toujours pas été rémunérés pour leur travail au cours des Semaines de santé maternelle et infantile (SMNI) précédentes et organisées de manière distincte, entraînant un retard dans leur implication à annoncer la vaccination contre le VPH dans leurs communautés jusqu'à la résolution de cette question

Enseignements tirés de la participation de la communauté :

Les dialogues avec la communauté doivent impérativement être menés avec les différents dirigeants et membres de la communauté influents, qui doivent s'engager à diffuser les informations et à promouvoir le vaccin. Leur contribution doit être recherchée pendant l'élaboration des stratégies visant à atteindre la population cible, et pendant l'identification des principaux messages et des goulots d'étranglement potentiels afin d'assurer la réussite de l'introduction du vaccin. Leur soutien en faveur des activités liées au VPH renforcera la confiance des membres de la communauté, qui devront être recrutés pour effectuer un plaidoyer ciblé dans les situations où il existe / peut exister une certaine résistance contre le vaccin.

Plaidoyer et sensibilisation

L'importance des messages de plaidoyer et de sensibilisation doit être soulignée à l'avance - afin d'informer les principaux intervenants que l'objectif de l'administration du vaccin contre le VPH à cet âge est la capacité d'atteindre le nombre maximum de filles pour permettre une protection complète contre le cancer du col utérin causé par le VPH

Les informations sur le calendrier vaccinal et la population cible ont été diffusées et affichées dans les centres de santé. Cependant des visites de suivi ont révélé que cette informations aurait dû être mise à la disposition du public en amont de la journée de la vaccination afin que la communauté comprenne mieux l'objectif de la vaccination, ait le temps de poser des questions, et assure que les filles sont disponibles pendant les journées de vaccination. Suite à la première phase, il a également été déterminé que les dirigeants communautaires, les OSC, les ONG, les écoles et les CSB devaient être impliqués en tant que ressources et

publics, sachant qu'ils sont les mieux placés pour identifier les sensibilités de la communauté. Par ailleurs, parce qu'ils sont respectés et dignes de confiance, ils sont bien placés pour fournir des orientations et des informations générales sur le VPH au cours de visites sur le terrain.

Les messages clés qui doivent être promus au cours des efforts de plaidoyer pendant les cycles / phases suivants sont :

- Expliquer les raisons du vaccin et la prévention du cancer du col de l'utérus
- Garantir que le vaccin n'est pas dangereux
- Informations sur le calendrier et la population cible

L'analyse de la première phase a révélé que les campagnes radiophoniques et télévisées peuvent être efficaces lorsqu'elles se concentrent dans des zones où la transmission télévisée est fiable et où les messages, les actions et les raisons de la vaccination sont bien expliqués pour atteindre le public le plus large possible afin de stimuler l'accélération de la diffusion. A Madagascar, sachant que la majorité des communautés rurales n'ont pas accès à la télévision, les communications doivent être diffusées par le biais de la radio, des organisations et des dirigeants locaux. La diffusion des messages clés via la télévision a prouvé son efficacité dans le district pilote urbain, en plus des annonces radio et du soutien des organisations et des dirigeants locaux. Le tableau suivant présente les principaux messages qui ont ciblés chacun des publics clés pour l'introduction du vaccin contre le VPH :

Tableau 2: Principaux messages de plaidoyer / de sensibilisation à l'introduction du vaccin contre le VPH

Public ciblé	Principaux messages
Parents/ tuteurs	Promotion de la vaccination contre le VPH pour la bonne santé des filles Éduquer les enfants sur leur santé personnelle, y compris sur les risques d'une activité sexuelle précoce.
Chefs communautaires	La prévention du cancer du col de l'utérus à l'aide du vaccin contre le VPH est la meilleure option et est très importante
Agents de santé	Persuader chacun que la vaccination contre le VPH est une initiative gouvernementale Organiser la planification et le calendrier de la vaccination d'une manière pratique et participative Assurer la disponibilité du vaccin sur le site de vaccination au bon moment.
Organisations religieuses	Informers la communauté que la prévention contre les maladies est importante. Informers la communauté que le vaccin contre le VPH n'est pas dangereux
Directeurs d'écoles	Autoriser l'absence des élèves admissibles à la vaccination le jour de l'administration du vaccin afin qu'elles puissent se faire vacciner contre le VPH
Enseignants	Informers les enseignants / parents et les enfants sur le programme de vaccination contre le VPH et ses avantages Rassurer chacun que le vaccin administré dans les écoles est le même vaccin que celui qui est administré dans les CSB
Population cible	Rassurer la population que le vaccin contre le VPH n'a pas de conséquences sur la fécondité des filles Informers chacun que l'administration du vaccin dans les deux districts sélectionnés n'est pas un essai mais un projet pilote.

Enseignements tirés du plaidoyer et de la sensibilisation :

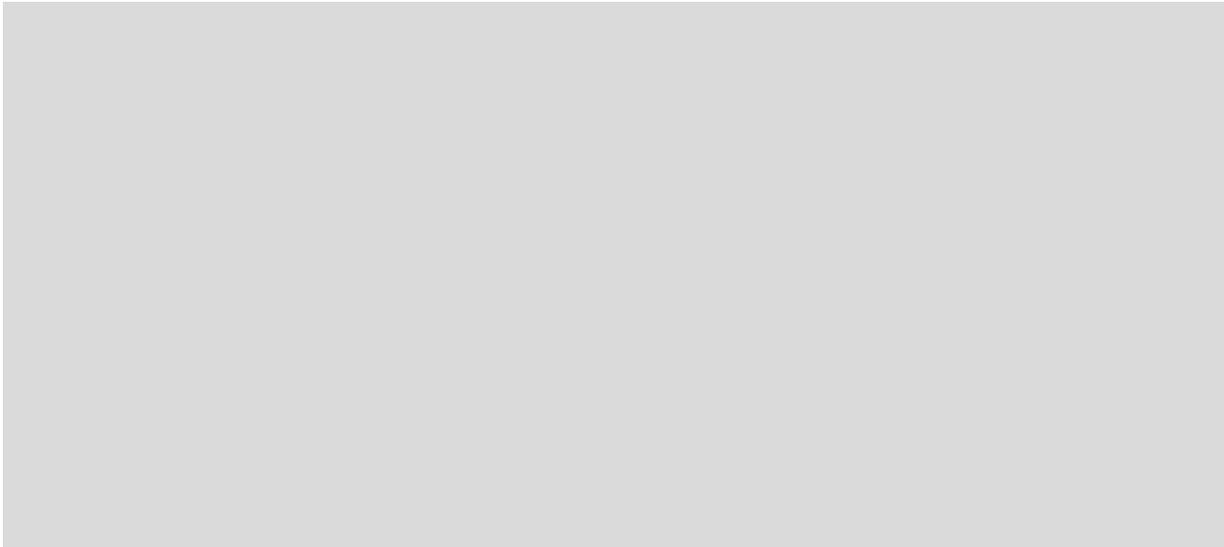
- Afin d'obtenir l'adhésion et de motiver les districts / communautés pendant la phase pilote, il convient de souligner aux membres de la communauté / personnes influentes que c'est un privilège d'avoir été sélectionné pour le pilote (ou la démonstration) et de bénéficier de la protection du vaccin.
- Utiliser des témoignages de femmes connues dans la communauté (ou membre de sa famille ou proches) qui ont souffert d'un cancer du col utérin pour informer la population sur le danger et les risques, et les inciter à se faire vacciner.
- Les élèves eux-mêmes sont de bonnes ressources pour la diffusion des messages clés pour les tuteurs et les décideurs, et doivent être dotés des compétences et des informations dont ils ont besoin pour remplir ce rôle.
- Il est essentiel d'adapter les messages de communication à la population cible – notamment en produisant des documents disponibles dans la langue locale / le dialecte local qui soient illustrés avec des images de la communauté et diffusés par le biais de canaux qui ont la plus grande portée et la plus grande influence, par exemple :
 - ⊖ par la radio dans les communautés qui ont de large porté et taux d'écoute. ~~par les notables et leaders communautaires, les élus, comme les membres du parlement, les maires, chef de village.~~
 - par la radio dans les communautés qui ont peu d'accès à la télévision
 - par des responsables de la santé de haut niveaux dont l'avis médical est respecté et pris au sérieux (Médecins inspecteurs ou autres)
 - par des dirigeants communautaire et des élus locaux, comme par

Éviter les refus de vaccination et les occasions manquées

Un défi particulier à Madagascar a été le manque de coopération de l'administration de l'Église catholique, qui interférait avec les efforts de vaccination dans la plupart des écoles catholiques dans les districts pilotes, et qui a eu une influence dissuasive sur le fait de savoir si oui ou non les parents dont les filles étaient dans ces écoles et / ou congrégations autoriseraient leurs filles à se faire vacciner. Le (les) motif(s) expliquant la réticence de l'Église à accepter et à autoriser que le vaccin soit administré dans ses écoles n'étaient pas claires. Des visites de suivi ont révélé que certains dirigeants de l'Église s'inquiétaient du fait que le vaccin encouragerait la promiscuité ou les rapports sexuels hors mariage. Une autre raison expliquant cette hésitation était due aux idées fausses / rumeurs, notamment de la part des personnes influentes clés aux niveaux de l'école de l'administration catholique, selon lesquelles le vaccin représentait une forme de contrôle des naissances. Des visites de suivi ont été effectuées dans des écoles catholiques qui avaient accepté la vaccination contre le VPH afin de tirer les leçons de ce qui avait fonctionné et solliciter leur avis sur la résolution des problèmes.

Une fois que les responsables du PEV et du MSP ont pris conscience de cette résistance, le Secrétaire général, le Directeur général et le Directeur de la SMNI au MSPS ont organisé une série de réunions avec les responsables de l'Église afin de clarifier les idées fausses sur le vaccin et de conduire un plaidoyer en faveur de son administrations dans leurs écoles. Ils ont conduit de plaidoyer auprès de l'Archevêque de l'Église catholique à Madagascar son soutien en faveur de la vaccination contre le VPH, qui leur a demandé de discuter avec le Directeur des écoles catholiques. L'équipe a organisé plusieurs réunions avec le Directeur des écoles catholiques pour lui demander de diffuser une information à tous les directeurs

des écoles catholiques leur demandant de participer aux activités de vaccination. Bien que ces efforts aient été tardifs par rapport à la première phase de l'introduction, pendant le processus de planification de la deuxième phase, l'équipe a été en mesure d'obtenir l'acceptation par l'Église catholique et le Directeur des écoles catholiques d'administrer le vaccin.



Lancement

Le Comité d'introduction du vaccin anti VPH a joué un rôle crucial dans l'organisation du lancement national, qui a eu lieu le 18 Novembre 2013 à Toamasina. Il a été décidé que la tenue du lancement au niveau régional à Toamasina serait bénéfique dans la sensibilisation et l'obtention du soutien pour le vaccin à des niveaux périphériques. Le lancement a été une occasion de réunir tous les acteurs clés dans le soutien de la vaccination, qui a été diffusé à la radio et la télévision, en fournissant une large couverture du lancement et des messages clés. Parmi les participants figuraient : le maire adjoint, chef de district, les partenaires techniques et financiers (OMS, JSI / GAVI, ASOS), DG de l' MOH, les partenaires donateurs et d'autres dirigeants régionaux et des représentants

Enseignements tirés du lancement :

- Le lancement très médiatisé d'un vaccin en présence des dirigeants communautaires respectés et influents qui se prononcent en faveur du vaccin avec des messages clairs et scénarisés est un moyen très efficace d'obtenir le soutien de la communauté. Les stratégies utilisées par le gouvernement de Madagascar pour organiser un événement de lancement réussi étaient les suivantes :
- Organiser le lancement pendant un jour de marché lorsque la majorité de la population est présente ;
- Vacciner les filles en public pendant l'événement de lancement pour démontrer qu'il est sûr et facile. Dans la mesure du possible, inclure les filles des dirigeants de la communauté pour contribuer à renforcer leur confiance et la reconnaissance de l'importance du vaccin.

IMPLICATION DES PARTENAIRES /CCIA

Participation des OSC

Les OSC et les ONG existantes doivent être identifiées et orientées très tôt. (Les dossiers des organisations officielles et les noms et coordonnées des principaux contacts dans une base de données officielle peuvent y contribuer.) Le SV et le MSPS doivent impliquer les OSC/ONG dans toutes les activités de vaccination.

En raison du calendrier serré de la première phase de l'introduction, le Comité de pilotage sur le VPH n'a pas participé activement avec les OSC à l'introduction du vaccin. Cela a été souligné comme un besoin par des partenaires comme JSI, et donc dans le cadre de la planification de la deuxième phase, des représentants du PEV ont rencontré des partenaires impliqués dans la vaccination, la communication sur la SMI et la

participation de la communauté, y compris CRS, ASOS et d'autres intervenants actifs dans les districts pour les informer des nouveaux plans d'introduction du nouveau vaccins et discuter des possibilités de renforcement des liens communautaires. Afin d'impliquer les OSC dans la prévention du VPH à chaque niveau du système administratif / de santé, il convient de disposer d'orientations plus spécifiques, sachant que le public ciblé par la vaccination contre le VPH sont des filles d'âge scolaire (pas des enfants de moins de cinq ans, comme pour les SSMI) ou non scolarisée d'environ 10 ans. Il est également possible d'engager un éventail plus large de partenaires qui n'ont pas encore été impliqués dans la vaccination, comme les programmes scolaires / organisations traitant de la santé des adolescents et de la santé reproductive.

Coordination avec les groupes religieux

Au cours de la planification de la première phase de l'introduction, l'organisation Fikambanana'ny Fiagonana Kristiana Madagasikara (FFKM), un consortium de leaders des groupes religieux, y compris des Catholiques, des Protestants, des Anglicans et les Luthériens, a été tenu informé et a été invité à participer. Alors que la plupart des organisations religieuses dans le pays n'étaient pas opposées au vaccin contre le VPH, comme mentionné précédemment, le fait d'obtenir le soutien de l'Église catholique s'est avéré difficile. Bien que ces problèmes étaient minimes dans le district de Soaviandriana, le leadership catholique local à Toamasina était réticent à approuver le vaccin, et a en réalité déconseillé à la congrégation locale de l'utiliser sur la base de rumeurs / d'idées fausses que le vaccin était un contraceptif.

Au cours de la deuxième année (pour lutter contre la résistance), les mobilisateurs pour la vaccination contre le VPH et les dirigeants de l'Église catholique ont été en mesure de faire référence au programme de la santé des adolescents enseigné dans les écoles qui permet aux jeunes d'acquérir des connaissances et des compétences dont ils ont besoin pour faire de bons choix autour de leur santé sexuelle et que le vaccin ne pose pas de risque.

Afin d'administrer le vaccin dans les écoles catholiques, une autorisation spéciale a été parfois nécessaire sans toutefois l'obtenir à chaque fois. Cependant, il a été constaté que si les parents d'enfants inscrits dans les écoles catholiques ont été sensibilisés sur l'importance et l'innocuité du vaccin, ils soutiendraient la vaccination de leurs filles, même si elle n'était pas administrée à l'école. Dans ces cas, les parents accompagnaient leurs filles à l'établissement de santé local pour se faire vacciner.

Après enquête sur les raisons expliquant les problèmes posés par les responsables de l'Église catholique, il est apparu que la structure de l'organisation catholique à Madagascar

n'avait pas été bien comprise par les planificateurs de l'introduction du VPH, et que le protocole approprié n'avait pas été suivi pour impliquer les dirigeants de l'Église. Pour cette raison, les dirigeants de haut niveau au sein de l'organisation catholique étaient réticents à collaborer à l'introduction, sachant qu'ils ne se sentaient pas suffisamment informés ou impliqués dans la planification, et les directeurs des niveaux périphériques estimaient qu'ils n'avaient pas le pouvoir de collaborer à l'introduction tant que les moyens appropriés n'avaient pas été utilisés et qu'ils n'avaient pas obtenu le soutien des responsables de l'Église. Comme indiqué plus haut, un effort de plaidoyer significatif a été déployé pour collaborer avec les responsables appropriés de l'Église afin d'obtenir leur appui et de remédier à la situation. Pendant la planification de la deuxième année de l'introduction, les membres clés de la direction de l'Église catholique ont été inclus dans la planification et la mise en œuvre de la stratégie vaccinale et la collaboration s'est avérée plus positive à tous les niveaux qu'à la 1^{ère} phase.

Voir la section sur les supplémentaires pour consulter les autres stratégies qui ont été mises au point pour relever ce défi pendant la deuxième phase du projet pilote.

RENFORCEMENT DES CAPACITES (DOCUMENTS DE FORMATION, D'IEC ET DE RAPPORTAGE)

Les outils d'enregistrement, de rapportage et de suivi sont actualisés, imprimés et distribués

Au fur et à mesure de l'évolution des activités d'introduction, il était évident qu'il était nécessaire de clarifier / modifier les outils d'enregistrement pour distinguer les filles scolarisées de filles non scolarisées, et pour préciser l'âge auquel chaque fille avait été vaccinée. Pour répondre à ce besoin, les partenaires ont collaboré pour mettre au point un registre de vaccination contre le

VPH basé sur les noms (et en lien avec les données du registre scolaire, si possible). Ont également été utilisés une fiche de pointage quotidienne de vaccination contre le VPH, une feuille mensuelle de pointage de la vaccination contre le VPH (par âge, par semaine et par dose) résumant chaque cycle, et un tableau récapitulatif des doses administrées par âge, des doses totales administrées (par cycle) et des taux de couverture. Ces outils ont été distribués et utilisés dans les districts et les CSB ainsi que des rapports quotidiens et par cycle consolidés par les points focaux de district et soumis au SV pour et consolidation et analyse des données par le SV, le SLMV et les partenaires. Le fait de disposer de ces outils actualisés et d'assurer que le personnel de santé savait comment suivre, remplir et soumettre ces outils a facilité le processus de rapportage

Renforcement des capacités des agents de santé et des enseignants

Les réunions du comité technique sur le VPH ont été organisées pour la planification de la première phase, mais devront avoir lieu plus tôt pendant le processus de planification pour

les phases ultérieures et doivent se poursuivre régulièrement tout au long de la phase d'introduction. Le Comité technique/GTT a été impliqué dans l'organisation de la formation des formateurs au niveau central pour le personnel régional et de district de la santé et de l'éducation et ses représentants devraient participer aux visites de supervision dans les districts pilotes pour préparer et surveiller les activités de mise à l'échelle du vaccin contre le VPH. Au cours de la première phase, en plus du personnel des CSB, au moins un représentant pour chaque école a participé à la formation.

Bien que les formations se soient déroulées avec succès avant le lancement de la phase de démonstration du VPH, des documents / kits de formation ont été distribués juste avant ou pendant la formation, ce qui a limité les capacités des formateurs à se familiariser avec le contenu et à en informer les participants en temps opportun. Plusieurs formations ont été retardées en raison de la confusion qui régnait sur la source de financement et la disponibilité des fonds, compromettant ainsi l'organisation des formations et leur qualité.

Bien que certaines visites de supervision aient été effectuées par le SV, JSI et d'autres, les visites de supervision post-formation doivent être menées de manière systématique pour assurer que les préparatifs de l'introduction et entre les différentes phases soient respectés de manière appropriée et que les agents de santé aient une compréhension claire du plan d'introduction / de mise en œuvre, de la date de lancement et des informations sur le vaccin. Pendant ces visites de supervision, les activités suivantes doivent être effectuées :

- Entretiens avec les chefs CSB et leurs équipes, en se concentrant sur la stratégie technique de base, la chaîne du froid, et les liens avec la communauté ;
- Entretiens avec les responsables des ZAP et les enseignants du CM2 axés sur leurs connaissances du vaccin contre le VPH, le calendrier / le nombre d'injections, la date de lancement, et le statut de formation ;
- Entretiens avec les dirigeants communautaires, les associations de parents, APART (Autorité politique, administrative religieuse et traditionnelle), afin d'évaluer leur participation aux activités d'introduction et la façon dont ils ont été informés sur le vaccin contre le VPH / par quels canaux de communication ;
- Distribution de documents et de matériel, y compris des documents de communication (dépliants, bannières, autocollants), matériel d'ateliers (tableaux à feuilles mobiles, marqueurs permanents, cahiers, ruban cache adhésif), etc.) ;
- Visites de soutien des centres de santé pour vérifier que la population cible a été identifiée et que le financement a été alloué, et pour identifier les problèmes et aider à la résolution de problèmes ;
- Supervision visant à vérifier la capacité de la chaîne du froid à recevoir / stocker le vaccin la date de péremption des vaccins et contrôler que les conditions sont appropriées.
- Supervision pour vérifier la capacité de la chaîne de froid pour recevoir le vaccin / stockage et veiller à ce que les conditions sont appropriées

Renforcement des capacités d'apprentissage :

L'ensemble des acteurs clés doivent être suffisamment formés bien à l'avance et suivre en outre des formations de perfectionnement après l'administration de chaque dose afin de réduire l'incidence des abandons. La formation de perfectionnement peut potentiellement se faire à une échelle réduite, une fois que le vaccin est accepté et mis en place dans le système de routine. Afin de former de manière efficace le nombre le plus élevé de parties prenantes, différentes méthodes peuvent être utilisées- y compris des réunions de bilan, une supervision, des formations en cascade qui doivent être dispensées à tous les niveaux, y compris les plus bas. Les principaux intervenants qui doivent être ciblés sont :

- Le personnel de santé des niveaux les plus bas, y compris le personnel des centres de santé et les agents de santé communautaire
- Les associations de parents d'élève
- Les directeurs des écoles de district
- Les directeurs des écoles et les enseignants
- Les chefs communautaires
- Les chefs religieux
- Les OSC et les ONG locales

Le VPJ pilote du PEV a également relevé certains problèmes liés au renforcement des capacités et a documenté ces conclusions (voir l'Annexe).

Documents IEC (pour les agents la santé, les médias, le lancement officiel)

La coordination de l'élaboration des documents a fait l'objet d'une bonne collaboration entre les partenaires et le Service de l'information, de l'Éducation et de la Communication (IEC) du MSPS. Les différents documents ont été adaptés pour chacun des deux districts pilotes afin qu'ils soient compatibles avec la région particulière (photos, langue, annonces radio / TV, etc.). À l'origine, GSK avait accepté d'imprimer les documents d'IEC ; cependant, ces fonds étaient seulement en mesure de financer l'impression des outils de gestion. Il a fallu utiliser les fonds de l'Alliance Gavi pour soutenir rapidement l'impression des documents d'IEC restants pour la première phase. Au cours de la deuxième phase du projet pilote, l'élaboration des documents d'IEC a été à nouveau pris en charge par le financement de l'Alliance Gavi, mais n'était pas totalement suffisant pour répondre à l'augmentation nécessaire des dialogues communautaires accompagnés du plaidoyer et de la mobilisation sociale afin de répondre aux hésitations de vaccination rencontrées au cours de la première phase.

LOGISTIQUE ET CHAÎNE DU FROID

Préparation à la gestion de la chaîne du froid et de la logistique

Les premières estimations des doses de vaccin nécessaires à la première phase ont été calculées à partir des données démographiques. Pourtant, pendant la mise en œuvre, un

recensement plus précis de la population a été effectuée et a conclu que les besoins étaient légèrement inférieurs aux ceux qui avaient été calculés à l'origine. Cette différence a assuré que des doses suffisantes de vaccins seraient disponibles pour le pilote initial ainsi que pour une troisième phase.

Pendant les préparatifs du lancement, le SV et les partenaires ont travaillé avec les équipes régionales et de district pour évaluer la capacité de la chaîne du froid et assurer sa préparation, avec une capacité de stockage suffisante à tous les niveaux pour recevoir et conserver les vaccins. Les vaccins contre le VPH ont été envoyés aux districts avant le lancement, sur la base de l'approbation de cette évaluation de la préparation. Les vaccins ont été distribués séparément et en nombre suffisant pour les trois doses (et sans problème de réapprovisionnement) et les vaccins restants entre les deux cycles ont été conservés dans les CSB ou les chambres froides du district.

Au niveau central, les doses de vaccins distribuées ont été enregistrées, et au niveau du district toutes les expéditions ont été enregistrées sur des fiches de stock pour chaque CSB. Bien que suivi du gaspillage ne fût pas automatique, tous les outils de contrôle (le nombre de doses distribuées et le nombre des enfants vaccinés) sont disponibles. Sur la base des documents disponibles, le taux de perte estimé au cours de la première année du projet pilote était inférieur à 5% dans les deux districts.

PRESTATION DE SERVICES

Les obstacles les plus importants à la prestation des services et à l'administration du vaccin étaient des ressources financières limitées et le temps nécessaire pour les professionnels de la santé. Les vaccinateurs, en particulier dans le district rural, étaient parfois obligés de parcourir de longues distances pour atteindre les filles, ce qui nécessitait un financement pour le transport / carburant. Lorsque les filles étaient absentes le jour de la vaccination en milieu scolaire, un soutien financier supplémentaire était nécessaire pour permettre aux agents de santé d'accomplir leur tâche. Le budget de ces activités pendant le processus de micro planification s'est avéré insuffisant. L'intervalle très court dont disposaient les agents de santé pour compléter les vaccinations dans les écoles s'est également avéré insuffisant ; par conséquent, les vaccinations en milieu scolaire doivent être administrées sur plusieurs jours et du temps et un financement supplémentaire doivent être intégrés pour les activités de « ratissage »

En plus des contraintes liées au financement et au temps, un autre problème a été observé pendant l'administration du vaccin, à savoir le manque d'organisation et la présence de foules sur certains sites de vaccination. Ces situations ont découragé certains parents et expliquent en partie le taux d'abandons après l'administration de la première et de la deuxième doses.

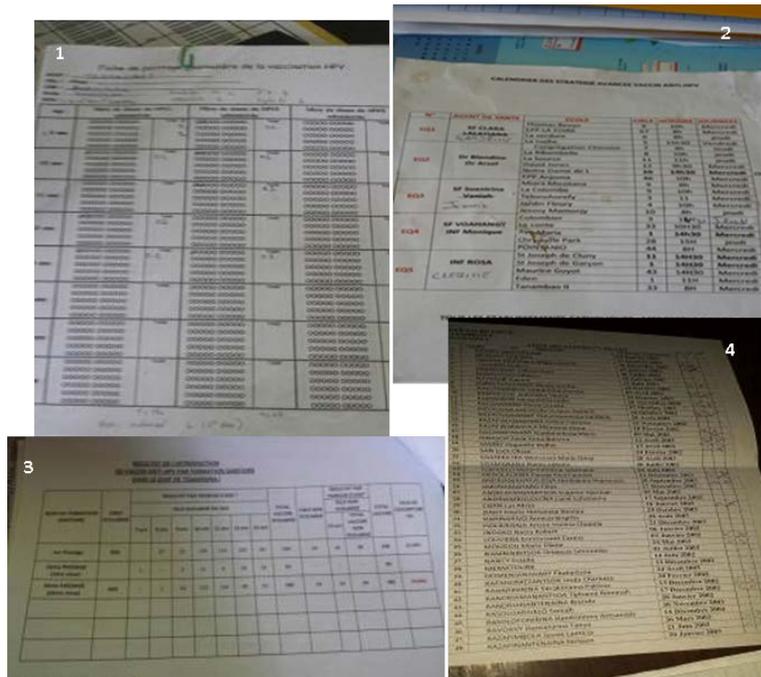
RAPPORTS, SUIVI ET EVALUATION

Le processus de rapportage au cours de la première phase a été mis en œuvre systématiquement et en collaboration entre les écoles et les centres de santé,

Afin d'encourager la stratégie actuelle en milieu scolaire, un financement supplémentaire doit être alloué pour financer les coûts de transport et pour élargir le calendrier de la vaccination ou augmenter le nombre des agents de santé impliqués dans la vaccination.

ainsi qu'avec les équipes de district. Tout au long de l'introduction, les chefs des CSB ont fourni des outils de rapportage personnel, et chaque jour, le personnel des centres de santé (ainsi que le directeur des ZAP) se rendaient à la SDSP pour présenter des rapports quotidiens. La SDSP recueillait les données de chaque CSB et un résumé du rapport était réalisé pour consolider les données. Le médecin inspecteur (MI) a présenté des versions électroniques au SV, qui étaient résumées en fin de semaine et soumises à l'OMS et à l'Alliance Gavi la semaine suivante.

Chaque jour, les centres de santé utilisaient une nouvelle fiche de pointage et faisait des calculs distincts, avec des totaux par école. Chaque école disposait d'un registre séparé pour les filles admissibles (en utilisant des listes scolaires ainsi, de carnet de correspondance scolaire pour suivre les filles en fonction de leur nom). Pour les filles non-scolarisées, le COSAN, qui était formé grâce à la formation en cascade et aux recommandations du CSB, a travaillé avec le chef Fokontany (Fkt) pour identifier la population cible et pour localiser les filles admissibles, et suivre les filles qui étaient absentes (par exemple, pour le ratissage du VPH1 et pour l'abandon du VPH2). Le COSAN et le chef Fkt ont enregistré les filles avec le CSB selon leur nom et leur adresse. Les représentants du COSAN ont reçu une indemnité hebdomadaire pendant les activités d'introduction.



Outils de rapportage: 1) Feuille de comptage, 2) Plan du CSB des visites d'écoles, 3) Rapport des données consolidées du CSP, 4) Registre scolaire pour les filles admissibles

Bien qu'une certaine supervision formative ait été dispensée, une supervision supplémentaire pour les ZAP et les CSB aurait été utile tout au long du processus, y compris après chaque formation et chaque cycle de vaccination afin d'assurer le suivi des questions et des problèmes en suspens, et de fournir des recommandations pour les domaines nécessitant une amélioration.

Le médecin inspecteur (MI) et le chef de la ZAP ont travaillé ensemble pour dresser la liste des écoles et des zones dans lesquelles les filles n'étaient pas scolarisées, et ont organisé des réunions pour planifier les ratissages. Au final, trois jours ont été consacrés au ratissage, au cours desquels les agents de santé ont visité des écoles pour localiser les filles qui avaient manqué le jour de la vaccination initiale, et ont travaillé avec les COSAN, les TSC et le chef Fkt pour identifier les filles qui étaient absentes de l'école et les filles non scolarisées non vaccinées.

En raison des différentes populations cibles et des sites de prestation de services non-traditionnels (à savoir, les écoles), le suivi du VPH était prévu séparément, alors qu'en règle générale, elle est intégrée avec d'autres services de vaccination ou de santé des enfants.

Cette approche exige des ressources supplémentaires afin que les CSB puissent organiser des visites scolaires.

Évaluations entre les cycles de vaccination

Analyse des coûts

Le MSP, PATH et l'OMS ont procédé à une analyse des coûts entre l'administration du VPH2 et du VPH3 au cours de cette première année de la première phase. Les résultats de l'analyse des coûts ont indiqué que la stratégie initiale basée en milieu scolaire exigeait trop de ressources pour être durable à Madagascar. Après la fin de la phase suivante, en utilisant la stratégie fixe et le calendrier à deux doses, une analyse supplémentaire devra se pencher de manière critique sur les coûts liés à la mise à l'échelle du vaccin (par exemple, ce qu'il en coûterait au gouvernement et ce qui serait demandé à l'Alliance Gavi) ; y compris des recommandations pour savoir si la mise à l'échelle de l'introduction du vaccin doit être progressive au fil du temps dans des districts ou des régions sélectionnés plutôt qu'une mise à l'échelle directement national.

Le suivi de la couverture et l'Enquête de couverture

Le fait d'atteindre et de maintenir un taux de couverture supérieur aux 50% requis a représenté un véritable défi au cours de la première phase, en raison de la nécessité d'un suivi plus critique des indicateurs de performance du VPH et du manque de ressources pour assurer le suivi des filles / CSB qui avaient abandonné entre les deux cycles de vaccination. Les liens des CSB avec les écoles doivent continuer à être encouragés, et les instructions pendant les visites de supervision doivent être bien suivies pour la mise en œuvre. Au cours de la deuxième phase, les registres scolaires peuvent être utilisés pour suivre les données. Pour les filles non scolarisées, le chef du CSB et les travailleurs de la santé - et pour les filles scolarisées, le chef du CSB et les enseignants - peuvent également renforcer les liens et les réseaux communautaires pour suivre les filles (par exemple, les TSC, le chef FKT, les associations d'enseignants et de parents).

Selon les recommandations du projet pilote sur le VPH, l'enquête de couverture devrait avoir lieu six semaines après la troisième dose de vaccin contre le VPH. L'objectif de l'enquête de couverture est de produire les données nécessaires pour éclairer les politiques et les pratiques pour le gouvernement, pendant qu'il décide à quel moment et de quelle manière il doit introduire la vaccination contre le VPH au niveau national. Ceci est réalisé en évaluant le niveau de la couverture vaccinale complète et partielle réalisée au cours de la phase de démonstration et de la couverture estimée par rapport aux données administratives. Par ailleurs, l'enquête de couverture analyse l'acceptabilité du vaccin par les parents, ainsi que les caractéristiques des filles vaccinées et des filles non vaccinées qui étaient admissibles à la phase de démonstration. L'enquête de couverture s'est déroulée à Madagascar du 25 août au 3 septembre 2014. Les résultats sont résumés dans les Tableaux 3, 4, 5 et 6 suivants :

Tableau 3: Résultats de l'enquête de couverture vs. Données administratives

Sources	Toamasina I	Soavinandriana
Données administratives (SDSP →)	60.34%	62.93%
Données de couverture data (enquête)	61%	69%

Tableau 4 : Résultats de l'étude de couverture – Administration complète du vaccin

District de démonstration	Vaccination complète (3 doses)	Partiellement vaccinés	Non vacciné
Toamasina I	61%	13%	26%
Soavinandriana	69%	11%	20%

Tableau 5 : Possession d'un carnet de vaccination pour les filles (cartes VPH)

Possession de la carte	Toamasina	Soavinandriana
	12%	42%

Tableau 6 : Sources d'information pour le vaccin contre le VPH

Sources d'information	Toamasina I	Soavinandriana
	Télévision	Annonce radio
	Annonce radio	Affiche
	Film communautaire	Bouche à oreille / Accès et administration du vaccin

L'enquête de couverture a révélé les principales raisons de l'acceptation de la vaccination, notamment :

- Le vaccin est gratuit
- Le vaccin est bénéfique pour la santé
- Les parents veulent que leurs filles soient protégées contre le cancer du col de l'utérus

L'enquête de couverture a également révélé les principales raisons du refus de vaccination, notamment :

- Le manque de connaissances sur la campagne de vaccination contre le VPH ;
- L'existence de rumeurs sur le vaccin contre le VPH, comme par exemple la mauvaise perception du vaccin parce qu'il a un impact négatif sur la fertilité des filles, ou le fait qu'il était simplement dans une phase d'essai ;

- Le vaccin est trop nouveau (à savoir, puisqu'il s'agit d'un nouveau vaccin qui concerne une population cible différente de la population infantile habituelle, la communauté n'avait pas suffisamment d'informations à ce sujet et à son objectif) ;
- Une exposition insuffisante aux messages sur la santé

Les résultats et les recommandations issus de l'enquête de couverture sont plus détaillées et disponibles dans le rapport distinct.

Note pour la deuxième phase sont des suggestions à :

- Impliquer les partenaires locaux (par exemple la Croix-Rouge, les organisations de jeunes / d'adolescents) dans l'identification des filles dans le groupe d'âge cible ;
- Impliquer les partenaires publics et privés dans la mise en œuvre des recommandations de l'enquête de couverture, y compris la diffusion par la radio locale privée afin d'informer la communauté locale ;
- Compte tenu des différences significatives de couverture au cours de la première phase entre les filles scolarisées et les filles non scolarisées, au cours de la deuxième phase, le personnel de santé et les structures communautaires doivent mener davantage d'activités de mobilisation sociale avec les filles non scolarisées ;
- Sachant que les annonces à la radio se sont révélées être des sources importantes d'information, il convient d'assurer la qualité et la diffusion de ceux-ci au cours de la deuxième phase.

Lien avec le PEV

L'équipe technique nationale (Service de la Vaccination, Santé Scolaire, Service social du Ministère de la Population, SLMV, Service de la santé de l'adolescent du Ministère de la Santé publique, JSI / Gavi-INV, et OMS) a effectué une évaluation post-introduction (EPI) du 10 au 14 juin 2014. Ce rapport est disponible séparément auprès de l'OMS, avec les principales recommandations figurant à l'Annexe I. Les résultats de l'EPI doivent être liés aux résultats de l'enquête de couverture et utilisés pour identifier les domaines à améliorer en termes de gestion et de mise en œuvre au cours de la deuxième phase.

RECOMMANDATIONS ET PROCHAINES ETAPES (LA MISE A L'ECHELLE NATIONALE ET PHASE PILOTE SUPPLEMENTAIRE)

Travailler avec les organisations religieuses

Promouvoir le dialogue et la clarté de la phase deux de la démonstration ainsi que de la vaccination contre le VPH et la prévention du cancer du col utérin avec la communauté et les groupes religieux appropriés dans le cadre de la planification avancée, puis collaborer

- *Les principaux points de discussion de l'atelier sur la santé des adolescentes étaient les suivants :*
- *Assurer que les besoins financiers soient planifiés et satisfaits à l'avance, et que le personnel dispose du niveau approprié de compétences.*
- *De trop nombreuses priorités concurrentes doivent être gérées en même temps par un nombre limité de membres du personnel de santé des CSB.*
- *L'intégration doit être renforcée et*

avec ces groupes pendant la mise en œuvre. Sur la base des leçons apprises avec les dirigeants et les écoles de l'Église catholique pendant la première phase du projet pilote, les partenaires travaillent actuellement avec l'Église pour intégrer des leçons sur le VPH dans le programme de la jeunesse de l'Église qui enseigne les compétences en matière de santé et de vie des adolescents. La vaccination contre le VPH sera également intégrée dans le programme de déparasitage qui est déjà mis en place dans le cadre de cette organisation de groupe de jeunes. En outre, à titre de précaution, une sensibilisation ciblée sur le VPH sera assurée à tous les parents des enfants inscrits dans des écoles

catholiques et d'autres écoles privées, de sorte qu'indépendamment du fait que le vaccin est administré en milieu scolaire, les parents prendront des mesures pour veiller à ce que leurs filles reçoivent le vaccin.

Liens avec les programmes de santé des adolescents et / ou les autres programmes de lutte contre le cancer du col de l'utérus

La stratégie et la planification de la deuxième phase de la mise en œuvre de la vaccination contre le VPH doivent être intégrées dans d'autres programmes et stratégies de santé des adolescents. Cette question a fait l'objet d'une discussion avec le comité de pilotage du VPH au cours des réunions qui se sont déroulées aux mois d'octobre et de novembre 2014 pour la deuxième phase. Une formation pilote sur la santé des adolescents pour trois CSB dans chaque district, y compris pour les agents de santé et les enseignants, a été réalisée au cours de la deuxième phase de l'introduction du VPH par l'équipe technique nationale, dirigée par le Service de santé des adolescents, la DSFa, le MSP et le SLMV, en collaboration avec l'École de santé / le Ministère de l'Éducation nationale et le Service social du Ministère de la population, JSI/Gavi-INV et l'OMS. Les capacités de ces agents de santé et enseignants doivent être renforcées de manière à ce qu'ils puissent assurer une formation à tous les enseignants des écoles primaires sur le thème de la santé des adolescents à l'avenir. (Cela devra être planifié et budgétisé). Comme indiqué précédemment, l'Église catholique dispose

d'ores et déjà un programme pour la santé des adolescents qui sera harmonisé avec la stratégie nationale.

Un atelier de préparation a eu lieu le 19 septembre 2014 afin d'appuyer l'intégration efficace de vaccination contre le VPH avec les programmes de santé des adolescents pendant la deuxième année de son introduction (avec l'appui d'un consultant national). Les participants à l'atelier comprenaient le MSPS / le SV, le MEN, le Ministère de la Communication, l'OMS, l'UNICEF, JSI, SLMV, Adolescent Services, GSK, les directeurs régionaux et les directeurs de district. Des représentants d'organisations religieuses ont également été invités ; mais il n'y avait pas de représentation officielle de l'Église catholique.

Pendant l'atelier, les principaux aspects suivants de la stratégie ont été présentés :

- Dans les CSB, il doit y avoir un environnement « Amis des Jeunes » et un réseau qui offre aux jeunes un lieu / un forum où ils peuvent discuter librement des problèmes de santé sans gêne pour parler de leurs besoins de santé ;
- Les agents de santé doivent être formés à la méthode des « compétences de vie pour les jeunes » (il existe déjà un module sur le VPH inclus dans cette approche) ;
- Des dépliants / affiches sur le VPH doivent être mis au point comme complément aux documents existants sur les « Amis des Jeunes » et les informations sur le VPH doivent être intégrées dans les documents existants sur la santé des adolescents ;
- Des cours sur le VPH seront intégrés dans les programmes des écoles primaires (des fonds doivent être mobilisés pour former les enseignants) ;
- L'administration du vaccin contre le VPH sera associée aux activités de déparasitage scolaire.

L'intégration avec les plateformes existantes pour la santé et l'éducation des jeunes / des adolescents est essentielle pour optimiser les ressources et atteindre le plus grand nombre possible de membres de la population cible.

Pour les filles non scolarisées, il est essentiel que les programmes et les organisations communautaires qui ont une portée et une influence sur les adolescents dans la communauté soient identifiés. Ces programmes et organisations doivent être mis à profit pour aider à la conduite des recensements afin : (1) d'identifier la population cible, (2) d'identifier les lieux où des actions de sensibilisation communautaire peuvent avoir lieu et où les filles peuvent être encouragées à se faire vacciner, et (3) d'engager et d'encourager la collaboration avec les dirigeants communautaires pour promouvoir et soutenir le vaccin. Voici deux exemples observés à Madagascar :

- « Espace des Jeune » à Fokontany – dans certaines communautés, des centres de jeunesse sont déjà opérationnels. Les jeunes de la communauté peuvent se réunir et bénéficier de formations sur les compétences de vie. Ces espaces seront mis à profit au cours de la prochaine phase d'introduction du vaccin de le VPH afin d'atteindre la population cible.
- « Ami de Jeune » – dans certaines centres de santé communautaire (Centre de santé de base), un programme sur la santé des jeunes et d'ores et déjà mis en place. Dans ce programme, les agents de santé sont spécifiquement formés à fournir des services de santé adaptés aux besoins des adolescents. Ces centres sont actuellement utilisés pour diffuser des messages sur le VPH et peuvent également servir de lieu pour administrer le vaccin dans le cadre d'une approche stratégique fixe.

Lorsque des activités scolaires sur l'éducation sanitaire ou sur d'autres activités liées à la santé existent déjà, celles-ci doivent être adaptées. Lorsque des activités scolaires sur l'éducation sanitaire existent déjà, il convient d'y intégrer des messages visant à expliquer et à promouvoir le vaccin contre le VPH. Il peut également être possible d'inclure l'administration du vaccin dans des activités de santé déjà programmées dans les écoles, comme les jours de déparasitage ou les visites médicales systématiques annuelles scolaires. Les messages de promotion de la vaccination contre le VPH peuvent être intégrés avec d'autres interventions de promotion de la santé, y compris sur la consommation d'alcool, les drogues et la sexualité, par le biais d'affiches combinées et d'autres médias, ainsi que par la formation des compétences de la vie dans les écoles.

Mise en relation du vaccin anti VPH avec le système de vaccination de routine

Afin de réfléchir plus longuement sur la mise à l'échelle de la vaccination contre le VPH au-delà des deux districts de démonstration, plusieurs facteurs doivent être pris en considération et discutés au sein du MSPS ainsi qu'avec le CCIA et les bailleurs de fonds : le financement ; l'autorisation de l'introduction progressive à l'échelle nationale, les capacités des ressources humaines et l'engagement avec le MSPS et les écoles ; le plaidoyer et l'adhésion de la communauté (notamment pour aider à la mobilisation sociale, aux ressources locales, et en ciblant les filles non scolarisées). Pour plus d'informations sur cette question, voir l'EPI et les conclusions de l'enquête de couverture (voir les Annexes I et II), sachant que les recommandations devront être traitées au cours de la prochaine phase de démonstration.

L'administration du vaccin contre le VPH est une activité qui exige un main-d'œuvre et des ressources importantes, et il est difficile d'assurer suffisamment de ressources humaines, de fournitures et de matériel pour mener à bien l'administration du vaccin en milieu scolaire et en établissement de santé, d'assurer le suivi des filles non-scolarisées et l'exhaustivité et la rapidité de rapportage. Ces questions représentent des défis supplémentaires lorsque le financement est limité et lorsque le personnel en charge de la vaccination contre le VPH est également responsable de des autres activités pendant cette période. En fin de compte, la meilleure stratégie serait que la vaccination contre le VPH soit intégrée au services de vaccination de routine afin d'éviter le déplacement du personnel des CSB et de réduire la charge des ressources financières et humaines nécessaires pour la vaccination en milieu scolaire en l'absence d'une stratégie de santé scolaire. Toutefois, le suivi individuel devra être assuré ainsi qu'une communication claire et une coordination avec les écoles, au cas où les filles devaient se déplacer dans les CSB pour se faire vacciner. Sur la base des résultats des études de couverture et de coûts, et de la deuxième phase de la démonstration, une approche mixte peut être nécessaire pour adapter la vaccination contre le VPH en milieu scolaire, et si possible selon les ressources, d'assurer la vaccination contre le VPH en routine par le biais de services fixes et de proximité.

Principales recommandations pour la mise à l'échelle / la mise en œuvre national :

- Une stratégie de vaccination contre le VPH, associée à des stratégies de santé des adolescents et de santé scolaire, doit être mise au point pour déterminer la suite de la mise en œuvre et la manière dont elle sera progressivement mise à l'échelle.
- Le comité de planification de la vaccination contre le VPH doit fournir des orientations pour la mise à l'échelle basé sur l'analyse et la documentation de l'expérience de la démonstration.
- Des outils et des cartes de vaccination du VPH doivent être préparés et distribués en temps opportun, avec suffisamment de temps pour la formation et le suivi.
- Les plans de mise à l'échelle de la vaccination contre le VPH doivent inclure des discussions avec la communauté, les écoles et les groupes religieux, et les parties prenantes afin de renforcer une compréhension commune et un consensus sur les approches qui doivent être utilisées.

Enseignements tirés de la reproductibilité, de la mise en œuvre et de la mise à l'échelle.

Formation / Renforcement des capacités

- a. La formation en cascade n'est pas toujours efficace - par exemple, les Chefs des CSB participent à la formation, mais ce qu'ils apprennent n'est pas toujours transmis à l'ensemble du personnel, en particulier dans des établissements plus grands, où plusieurs membres du personnel sont impliqués dans la vaccination. Ce point doit être pris en considération et traité au cours des prochaines démonstrations et / ou la mise à l'échelle nationale, par exemple en prévoyant une formation supplémentaire au niveau des centres de santé (dans les grands établissements ou en regroupant les établissements qui suivent une formation), en accompagnant la formation avec des fiches d'information et des outils pratiques que les chefs des CSB peuvent utiliser avec le personnel de leur centre, et en respectant un calendrier et un suivi pour les formations aux CSB.
- b. Tous les enseignants doivent bénéficier d'une formation / orientation standardisées sur la prévention du VPH et la justification de la vaccination, et pas seulement les enseignants de la classe de CM2. La formation doit également inclure des recommandations sur la façon dont les enseignants et les responsables scolaires peuvent partager les informations avec les filles et les parents, afin qu'ils soient bien informés au moment de faire vacciner leurs filles.
- c. Avant la date de vaccination, une supervision doit être effectuée pour vérifier que les préparatifs sont en place, que la formation a été dispensée et que le matériel et le financement sont disponibles. Dans certaines situations, une formation personnalisée peut être nécessaire pour motiver certains responsables scolaires et sanitaires s'il s'avère qu'ils ne sont pas totalement investis dans l'introduction du vaccin.
- d. Assurer que les autorités dans les districts (ainsi que tous les membres du comité de pilotage de la vaccination contre le VPH) possède les données sur la couverture du VPH (par exemple, celles du cycle précédent) et soient tenues au courant des réalisations ainsi que de l'importance de la vaccination contre le VPH dans la prévention du cancer du col de l'utérus à chaque nouvelle cohorte de filles.

Planification /élaboration de la stratégie

- a. Bien que les programmes de vaccination visent généralement à atteindre une couverture de 100% de la population cible pour un antigène donné, cela n'est pas toujours possible. Lorsque la vaccination contre le VPH doit être administrée selon une approche de campagne (par exemple dans les écoles pendant une semaine pour chaque dose au début et à la fin de l'année), elle doit inclure une stratégie de ratissage (en collaboration avec le personnel de santé, les enseignants et les TSC) pour atteindre le nombre maximum de filles et convenir de la date limite de vaccination après la première dose afin de maintenir des intervalles appropriés entre les doses.
- b. Afin de déployer le vaccin à l'échelle nationale, il convient d'envisager la possibilité de se concentrer sur l'âge (soit 10 ans) plutôt que sur le niveau scolaire (la classe) afin de garantir un impact maximal et de cibler les enfants scolarisés et non scolarisés, d'éviter la confusion sur la stratégie liée à la

« classe » par rapport à la stratégie axée sur l'âge cible. Cette notion a été difficile à différencier pour la stratégie en milieu scolaire utilisée dans le pilote, mais pourrait être décrite plus précisément dans d'autres pilotes et / ou mise à l'échelle.

- c. Fixer un calendrier détaillé pour la distribution des vaccins afin d'assurer des capacités de stockage et des espaces suffisants dans la chaîne du froid dans les districts pilotes, en particulier compte tenu de déploiement ou des poussées périodiques des stocks des autres vaccins, en fonction des différents cycles de distribution des vaccins.
- d. Nécessité de réviser la micro planification de la deuxième phase de la vaccination contre le VPH pour assurer la mise à jour aux niveaux des CSB et de la communauté dans les districts (en cours).
- e. Disposer d'un « Guide sur l'introduction de la vaccination contre le VPH » qui peut être utilisé pour contribuer à la planification et au suivi (et qui soit adapté, au besoin, à chaque phase). Ce guide doit être « testé » afin qu'il puisse être disponible et utilisé avec d'autres districts au fur et à mesure de la mise à l'échelle de la vaccination contre le VPH.
- f. Assurer que les outils de rapportage sont disponibles préalablement à la vaccination contre le VPH (et en quantité suffisante avant le lancement de chaque cycle). Il s'agit d'inclure la distribution des cartes de vaccination contre le VPH à chaque fille, ainsi que des explications sur son importance. Ainsi les filles possèdent un document sur la vaccination qui peut être utilisé dans le cadre des enquêtes de couverture, selon les besoins.

Communication / mobilisation sociale

- a. Dans le cadre de la deuxième phase et de la poursuite du déploiement, prévoir une lettre de l'OMS ou d'une autre source internationale de bonne réputation (c'est-à-dire, pas seulement un courrier du MSPS) indiquant que le vaccin est approuvé par l'OMS et acceptable pour une utilisation dans le monde entier, et pour montrer qu'il ne s'agit pas d'une expérience. Ce courrier contribuera à rassurer les parents qu'ils obtiennent un vaccin de qualité qui est également utilisé dans d'autres pays.
- b. Préparer un document d'information / de résultats pour démontrer le succès des pilotes / démonstrations précédents après la première année dans chaque district, en particulier dans les écoles / CSB où une bonne couverture a été atteinte et pour promouvoir des messages et une expérience positifs.
- c. Même si la diffusion des messages sur la vaccination contre le VPH dans les dépliants a été utile au cours du premier cycle du pilote, le comité de pilotage du VPH doit envisager de développer des FAQ, en particulier autour des questions pratiques et plus politiques - Pourquoi ce district ? Qu'entend-on par ce « pilote » ? Pourquoi pas les garçons ? Pourquoi pas les femmes plus âgées ? Dans les messages, le mot « consentement » doit être utilisé avec précaution, sachant que dans certains contextes, les personnes associent le « consentement » à des études expérimentales.
- d. Mettre au point et diffuser des messages et des supports de communication plus ciblés avec les parents (par exemple par le biais de groupes de discussion, des

- dialogues, de discussions ou de séances de réflexion entre les parents-enseignants-infirmières /médecins).
- e. Concevoir une stratégie de communication spécifique qui prévoit la collaboration avec des institutions privées religieuses ou d'autres organisations. Par exemple, avec les autorités catholiques (à utiliser au sein de la hiérarchie de l'Eglise et avec les écoles catholiques, ainsi que pour les communautés et les parents).
 - f. Concevoir des annonces diffusées à la radio ou à la télévision présentant des filles qui ont été vaccinées pour montrer que le vaccin contre le VPH est sûr, non douloureux, qu'il ne s'agit pas d'un contraceptif, etc. (Il est également possible d'utiliser le témoignage d'une femme / d'un couple qui a perdu une mère en raison d'un cancer du col de l'utérus et qui a vacciné sa / leur fille qui est maintenant protégée).
 - g. Certaines filles ont hésité à se faire vacciner parce qu'elles craignaient les douleurs dues à l'injection et ont prétendu que leurs parents refusaient qu'elles se fassent vacciner. Ce type de réaction a démontré la nécessité d'améliorer la sensibilisation ciblée sur les filles elles-mêmes, afin qu'elles comprennent l'importance du vaccin et qu'elles acceptent de / souhaitent se faire vacciner.
 - h. Les réunions avec les parents sont importantes, mais le temps passé avec eux est limité et doit donc être bien planifié et hiérarchisé (par exemple, il ne sera peut-être possible d'organiser cet événement qu'une seule fois au début de l'année scolaire ; des réunions spéciales doivent également être organisées avec les parents des filles qui ne sont pas scolarisées - ou avec les filles elles-mêmes, dans certains cas).
 - i. Intégrer des messages sur le VPH et le rôle de la vaccination dans la prévention du cancer du col de l'utérus dans les classes de niveau inférieur (CMI) aux classes de la population cible), afin que la sensibilisation et l'acceptation du vaccin soit recueillie plus tôt pour éviter toute résistance au moment de la vaccination.

Financement /Allocation des ressources

- a. Une motivation plus poussée des COSAN et des mobilisateurs communautaires est nécessaire, sachant que les travailleurs ont dû faire du porte-à-porte, en particulier pour atteindre les filles non-scolarisées. Cela a entraîné des coûts de transport.
- b. Pour les CSB qui comptent un nombre d'écoles plus élevé, il convient soit d'augmenter le nombre d'équipes ou de prolonger le nombre de jours pour les équipes au cours de la deuxième phase. Ces conditions de planification doivent également être prises en compte dans le calcul des coûts pour les futurs pilotes / mise à l'échelle en cas de vaccination en milieu scolaire.
- c. Mettre en place un meilleur système d'estimation des coûts d'exploitation, en particulier pour les zones urbaines où il y a un grand nombre d'écoles et pour les écoles avec un grand nombre de filles.
- d. Assurer un financement supplémentaire pour le ratissage (afin de retourner dans les écoles) pour éviter que l'intervention ne devienne une campagne « d'un jour » dans chaque école et pour permettre également la couverture des filles qui étaient/soient absentes ou indisponibles.

Collaboration entre les partenaires / acteurs clés

Poursuivre l'implication des COSAN et le développement des calendriers (à savoir, sur les activités de vaccination contre le VPH et les sites chaque jour et pour chaque cycle de

vaccination) avec les médecins chefs des CSB ; cela a bien fonctionné avec les communautés et pour aider à informer les écoles.

Dans les zones urbaines, organiser une réunion après chaque cycle de vaccination avec les CSB et les ZAP pour trouver des écoles où les responsables ont été réticents (pas seulement les écoles catholiques) ou dans lesquelles les séances de vaccination ont été difficiles à organiser.

Dresser la liste des acteurs clés et standardiser la communication pour ces acteurs clés afin d'assurer, dans la mesure du possible, que personne ne soit laissé de côté ou oublié dans messages ou les invitations aux réunions.

ENSEIGNEMENTS GENERAUX ET RECOMMANDATIONS TIRES DE L'INTRODUCTION DE LA VACCINATION CONTRE LE VPH

Le vaccin contre le VPH a également été introduit au Niger, avec un financement supplémentaire par l'Alliance Gavi d'une assistance technique fournie par JSI. Sur la base de l'expérience dans les deux pays, les observations et les recommandations communes suivantes se dégagent :

Défis communs avec l'expérience du VPH au Niger

- Ressources financières et humaines insuffisantes pour réaliser pleinement les programmes de vaccination en milieu scolaire et les activités de ratissage / de visites supplémentaires
- Les rumeurs selon lesquelles le vaccin est utilisé comme une expérience ou pour tester le vaccin, et / ou que le vaccin stérilise effectivement filles.
- Les inquiétudes parmi les parents / chefs religieux que les vaccins encourageront les filles à être sexuellement actives.
- Les lignes directrices de l'OMS sur le calendrier vaccinal ont changé pendant le pilote (à savoir que le calendrier recommandé à trois doses est désormais un calendrier à deux doses).

Recommandations globales

- Un comité de pilotage actif et fonctionnel sur la vaccination contre le VPH au niveau national et dans les districts pilotes est essentiel pour la réussite du programme. Les membres du comité doivent se réunir régulièrement pour planifier chaque cycle de vaccination en amont.
- Il convient d'assurer que les visites de supervision et de suivi soient menées dans le cadre de la mise en œuvre de la vaccination contre le VPH, et d'utiliser ces opportunités pour fournir une rétroaction / des améliorations sur la vaccination de routine.

- Bien que la vaccination contre le VPH puisse prendre la forme d'une campagne (par exemple, menée sur une période d'une semaine pour l'administration de chaque dose en cas d'administration en milieu scolaire), des efforts sont nécessaires pour assurer que la vaccination contre le VPH soit perçue comme faisant partie d'une stratégie de routine à plus long terme pour chaque cohorte annuelle.

Le tableau suivant est illustratif et peut être utilisé par le comité de pilotage sur le vaccin contre le VPH à la fin de la deuxième phase du projet pilote pour contribuer à orienter la planification future de mise à l'échelle du vaccin contre le VPH.

Tableau 4: Planification de la durabilité du vaccin contre le VPH :

PLANIFICATION DE LA DURABILITÉ DU VACCIN CONTRE LE VPH (considérations postérieures au pilote)		
	Qu'est-ce qui est nécessaire ou préférable ?	Que faut-il pour y parvenir ?
Coûts financiers <ul style="list-style-type: none"> • Coûts récurrents (par exemple, carburant, transport) • Vaccins • Chaîne du froid et logistique • Planification et gestion 		
Plan de gestion annuel <ul style="list-style-type: none"> • Campagne ? • Période scolaire fixée ? • Routine – établissement fixe ? • Méthode mixte ? 		
Plan de surveillance / de suivi <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence des activités liées au VPH, y compris le calendrier de mise en œuvre, le suivi, la supervision, l'impact/l'évaluation • Liens avec les programmes en faveur des adolescents et de la santé communautaire 		
Coordination avec les écoles <ul style="list-style-type: none"> • Calendrier scolaire • Partenaires principaux • Informer les parents et les enseignants, les directeurs d'école, la communauté 		
Vision de l'élargissement /de la mise à l'échelle? <ul style="list-style-type: none"> • Progressive ? • Pilotes supplémentaires ? • Mise à l'échelle nationale ? 		

ANNEX I: RECOMMANDATIONS DE L'EPI DE MADAGASCAR SUR LE VPH

Formation et renforcement de capacité

- Impliquer les Chefs FKT, les directeurs des écoles et tous les instituteurs pendant la formation
- Prévoir le Guide/manuel de formation à tous les niveaux
- Eviter la formation en cascade, former en même temps les acteurs concernés pour avoir la même information

Couverture vaccinale

- Bien harmoniser les données au niveau écoles-CSB et District
- Partager les résultats à tous les niveaux: MEN, DREN, CISCO et ZAP
- Mettre à jour les cibles à vacciner avant tous les passages.

Administration de vaccin

- Plaidoyer à tous les niveaux pour avoir le consentement de toutes les entités impliquées à la vaccination
- Prévoir des sites de proximité pour les jeunes filles non scolarisées
- Collaborer avec les Chefs FKT pour le recensement des filles non scolarisées
- Renforcer la sensibilisation

Gestion de la chaîne de froid

- Prévoir toujours de pétrole même pour les réfrigérateurs électriques
- Surveiller la fonctionnalité des réfrigérateurs au niveau des CSB à problème.

Gestion des vaccins, Transport et logistique

- Prévoir des fonds pour l'acheminement des vaccins du SDSP vers les CSB
- Redéployer les vaccins en surstock pour éviter la péremption

Gestion des déchets des vaccins

- Insister le calcul de taux de perte des vaccins pendant les revues périodiques du SDSP.
- Calculer systématiquement le taux de perte des vaccins pour chaque CSB

Monitoring et Supervision

- Planifier toujours des visites de supervision pour suivre les activités de tous les CSB
- Prévoir des fonds suffisants pour la supervision de toutes les activités au niveau des CSB.
- Ecrire toujours les observations/recommandations de visites de supervision dans le cahier de passage/supervision

Gestion des MAPI

- Elaborer un protocole national de suivi et de notification des MAPI concernant tous les vaccins disponibles à tous les niveaux

Communication et acceptation

- Renforcer la sensibilisation
- Organiser des séances de sensibilisation avec la communauté sur le nouveau vaccin;
- Impliquer toutes les personnes influentes dans la sensibilisation
- Consacrer une longue période pour la sensibilisation de la communauté
- Renforcer la compétence des agents de santé sur les techniques de communication avec les parents; CIP, dialogue communautaire, plaidoyer
- Saisir toutes les occasions afin de rassurer les populations sur les inquiétudes suscitées par le nouveau vaccin

Pérennisation

- Débloquer à temps la contrepartie de l'Etat pour l'achat des vaccins.

Surveillance

- Mettre en place le système de surveillance de personnes atteintes de cancer de col de l'utérus
- Relancer le registre de cancers dans la population répertoriant les cas de cancer du col de l'utérus au niveau CHU et CHRR.

Observations

- Eviter les chevauchements des activités
- Organiser à l'avance les activités
- Respecter le chronogramme prévu

ANNEX II: CONSTATS PRELIMINAIRES ET RECOMMANDATIONS DE L'ENQUETE DE COUVERTURE VACCINALE ANTI VPH

Personne d'influence

	Toamasina I		Soavinandriana	
	Oui	%	Oui	%
agent de santé	328	47%	316	48%
leader communautaire	51	7%	107	16%
anciens du village	7	1%	9	1%
leader religieux	12	2%	7	1%
Instituteur/directeur d'école	554	79%	482	73%
époux/épouse	49	7%	21	3%
parent ou beau parents	67	10%	30	5%
autres membres de la famille	42	6%	16	2%
ami	48	7%	22	3%
voisin	68	10%	17	3%
autre	13	2%	12	2%

Dans les deux districts, les personnes d'influences qui poussent les jeunes filles à faire la vaccination contre le VPH sont les instituteurs /directeurs, les agents de santé et les leaders communautaires. Par contre, les anciens du village et les leaders religieux constituent un obstacle.

Personne qui donne la permission

	Toamasina I		Soavinandriana	
	Oui	%	Oui	%
Agent de santé	159	23%	148	22%
Leader communautaire	14	2%	48	7%
Anciens du village	6	1%	8	1%
Leader religieux	4	1%	3	0%
Instituteur/directeur d'école	375	54%	369	56%
Epoux/épouse	40	6%	13	2%
Parent ou beau parents	44	6%	20	3%
Autres membres de la famille	25	4%	13	2%
Ami	7	1%	13	2%
Voisin	14	2%	12	2%
autre	0	0%	0	0%

Les instituteurs/ directeurs d'écoles ont donné la permission aux jeunes filles de faire la vaccination anti-VPH

Source d'information

	Toamasina I		Soavinandriana	
	Oui	%	Oui	%
Télévision ou film communautaire	349	50%	12	2%
Spot radio	270	39%	392	59%
Réunion communautaire	261	37%	75	11%
Bouche à oreille	226	32%	99	15%
Poster dans un centre de santé	43	6%	156	24%
Spot par haut-parleur	32	5%	66	10%
Dépliant	20	3%	22	3%
Journal	12	2%	4	1%
Visite à la maison	5	1%	0	0%
Théâtre communautaire	3	0%	3	0%
Aucun	105	15%	80	12%

Les principales sources d'informations des parents sur la vaccination anti-VPH sont :

-Pour Toamasina I, la télévision ou film communautaire et les spots radio

-Pour Soavinandriana, le spot radio, les affiches/ posters, bouche à oreille/ VAD.

Par contre, le théâtre communautaire et le journal ne sont pas efficaces pour sensibiliser les parents des filles.

Source d'information la plus utile

	Toamasina I		Soavinandriana	
	Oui	%	Oui	%
Télévision ou film communautaire	226	32%	6	1%
Réunion communautaire	170	24%	53	8%
Bouche à oreille	88	13%	64	10%
Spot radio	83	12%	336	51%
Spot par haut-parleur	32	5%	36	5%
Aucun	11	2%	80	12%
Poster dans un centre de santé	10	1%	78	12%
Dépliant	10	1%	9	1%
Visite à la maison	3	0%	0	0%
Journal	3	0%	0	0%
Théâtre communautaire	3	0%	0	0%

A Toamasina I ; Télévision ou film communautaire constitue la source d'information la plus utile tandis que le spot par haut-parleur à Soavinandriana.

Raison de l'acceptation de la vaccination

	Toamasina I		Soavinandriana	
	Oui	%	Oui	%
a. Croit en la vaccination pour une bonne santé	218	31%	266	40%
b. Veut que sa fille soit protégée contre le cancer ou une infection	209	30%	172	26%
c. Croit que la prévention contre les maladies est importante	149	21%	99	15%

d. La fille voulait être vaccinée et a persuadé les parents	46	7%	20	3%
e. Le programme était gouvernemental et a donc été accepté	62	9%	99	15%
f. L'instituteur a dit que la vaccination était une bonne idée	90	13%	167	25%
g. L'agent de santé a dit que la vaccination était une bonne idée	50	7%	102	15%
h. Une autre personne a dit que la vaccination était une bonne idée	19	3%	33	5%
i. Connait une personne qui a/a eu le cancer du col	16	2%	1	0%
j. D'autres dans la communauté ou l'école se sont fait vaccinés	18	3%	20	3%
k. La vaccination est gratuite	47	7%	54	8%
l. Le lieu/l'horaire étai(en)t pratiques	2	0%	5	1%
m. Le lieu de vaccination était propre et sécurisant	6	1%	2	0%
n. Le temps d'attente était convenable	0	0%	3	0%
o. Autre raison	3	0%	1	0%

Dans les deux districts, les principales raisons de l'acceptation de la vaccination anti-VPH sont :

- croient en la vaccination pour une bonne santé
- veut que sa fille soit protégée contre le cancer
- l'instituteur a dit que la vaccination est une bonne idée

Raison majeure d'acceptation

	Toamasina I		Soavinandriana	
	Oui	%	Oui	%
b. Veut que sa fille soit protégée contre le cancer ou une infection	116	17%	76	12%
a. Croit en la vaccination pour une bonne santé	89	13%	118	18%
c. Croit que la prévention contre les maladies est importante	79	11%	31	5%
f. L'instituteur a dit que la vaccination était une bonne idée	45	6%	104	16%
g. L'agent de santé a dit que la vaccination était une bonne idée	21	3%	64	10%
d. La fille voulait être vaccinée et a persuadé les parents	19	3%	6	1%
e. Le programme était gouvernemental et a donc été accepté	12	2%	33	5%
k. La vaccination est gratuite	10	1%	3	0%
i. Connait une personne qui a/a eu le cancer du col	7	1%	1	0%
j. D'autres dans la communauté ou l'école se sont fait vaccinés	4	1%	5	1%
h. Une autre personne a dit que la vaccination était une bonne idée	3	0%	14	2%
m. Le lieu de vaccination était propre et sécurisant	1	0%	2	0%
l. Le lieu/l'horaire étai(en)t pratiques	0	0%	1	0%
n. Le temps d'attente était convenable	0	0%	1	0%
o. Autre raison	2	0%	0	0%

Les raisons majeures de l'acceptation sont :

- croient en la vaccination pour une bonne santé
- l'instituteur a dit que la vaccination est une bonne idée

Raison de refus de la vaccination

	Toamasina I		Soavinandriana	
	Oui	%	Oui	%
a. Ne croit pas que la vaccination soit une bonne chose pour les enfants	49	7%	49	7%
d. N'a pas confiance dans le programme de vaccination du gouvernement	45	6%	20	3%
c. La fille ne voulait pas être vaccinée	38	5%	19	3%
g. Une autre personne a dit que le vaccin n'était pas une bonne idée	36	5%	26	4%
p. Le vaccin a un impact sur la fertilité des filles	30	4%	47	7%
m. Le vaccin VPH n'est pas sûr; inquiétude au sujet des effets secondaires	30	4%	26	4%
o. Les filles sont trop jeunes pour le vaccin VPH	23	3%	10	2%
h. D'autres dans la communauté ou à l'école ont aussi refusé	20	3%	27	4%
b. Pense que le cancer du col n'est pas un risque pour la fille	18	3%	9	1%
s. Le vaccin encourage une activité sexuelle précoce	18	3%	5	1%
aa. Fille absente de l'école le jour de la vaccination	15	2%	13	2%
n. Pas besoin de 3 doses	15	2%	5	1%
l. N'était pas au courant du programme de vaccination VPH	14	2%	35	5%
bb. Fille malade le jour de la vaccination	11	2%	10	2%
y. Douleur trop importante après la 1ère et/ou la 2ème dose	11	2%	7	1%
e. L'instituteur a dit que le vaccin n'était pas une bonne idée	11	2%	1	0%
v. N'a pas confiance dans les vaccins donnés à l'école	11	2%	1	0%
i. Le lieu/l'horaire n'était(en)t pas pratique(s)	10	1%	20	3%
t. Pense que le vaccin VPH est expérimental	10	1%	9	1%
k. Le temps d'attente n'était pas convenable	9	1%	5	1%
q. Il n'est pas bon de recevoir trop de vaccins	7	1%	3	0%
z. Trop occupé pour amener la fille à la vaccination	6	1%	14	2%
w. Le vaccin VPH est trop nouveau	6	1%	4	1%
j. Le lieu de vaccination était sale et insécurisant	6	1%	3	0%
f. L'agent de santé a dit que le vaccin n'était pas une bonne idée	6	1%	1	0%
r. Il y a de meilleures façons de prévenir le cancer du col	4	1%	0	0%
x. La Religion interdit la vaccination	4	1%	0	0%
cc. Le vaccin n'était pas disponible/administrer au lieu de vaccination	1	0%	14	2%
u. A entendu des campagnes contre le vaccin VPH dans les médias	0	0%	2	0%
dd. Autre raison (décrire brièvement)	38	5%	48	7%

Les principales raisons pour le refus de la vaccination anti-VPH sont :

- ne croit pas que la vaccination anti-VPH soit une bonne chose pour les enfants
- existence des rumeurs contre le vaccin anti-VPH
- la vaccination a un impact négatif sur la fertilité des filles

Raison majeure de refus de la vaccination

	Toamasina I		Soavinandriana	
	Oui	%	Oui	%
p. Le vaccin a un impact sur la fertilité des filles	22	3%	36	5%
c. La fille ne voulait pas être vaccinée	19	3%	8	1%
d. N'a pas confiance dans le programme de vaccination du gouvernement	19	3%	3	0%
g. Une autre personne a dit que le vaccin n'était pas une bonne idée	17	2%	9	1%
m. Le vaccin VPH n'est pas sûr; inquiétude au sujet des effets secondaires	15	2%	9	1%
aa. Fille absente de l'école le jour de la vaccination	14	2%	11	2%
l. N'était pas au courant du programme de vaccination VPH	13	2%	22	3%
a. Ne croit pas que la vaccination soit une bonne chose pour les enfants	13	2%	7	1%
b. Pense que le cancer du col n'est pas un risque pour la fille	11	2%	4	1%
t. Pense que le vaccin VPH est expérimental	10	1%	6	1%
bb. Fille malade le jour de la vaccination	8	1%	10	2%
y. Douleur trop importante après la 1ère et/ou la 2ème dose	8	1%	4	1%
o. Les filles sont trop jeunes pour le vaccin VPH	8	1%	2	0%
s. Le vaccin encourage une activité sexuelle précoce	8	1%	2	0%
i. Le lieu/l'horaire n'était(en)t pas pratique(s)	6	1%	8	1%
h. D'autres dans la communauté ou à l'école ont aussi refusé	6	1%	7	1%
k. Le temps d'attente n'était pas convenable	5	1%	2	0%
n. Pas besoin de 3 doses	5	1%	1	0%
w. Le vaccin VPH est trop nouveau	5	1%	0	0%
v. N'a pas confiance dans les vaccins donnés à l'école	4	1%	0	0%
z. Trop occupé pour amener la fille à la vaccination	3	0%	7	1%
e. L'instituteur a dit que le vaccin n'était pas une bonne idée	3	0%	0	0%
x. La Religion interdit la vaccination	3	0%	0	0%
f. L'agent de santé a dit que le vaccin n'était pas une bonne idée	2	0%	0	0%
j. Le lieu de vaccination était sale et insécurisant	2	0%	0	0%
r. Il y a de meilleures façons de prévenir le cancer du col	2	0%	0	0%
cc. Le vaccin n'était pas disponible/administrer au lieu de vaccination	1	0%	6	1%
q. Il n'est pas bon de recevoir trop de vaccins	1	0%	0	0%
u. A entendu des campagnes contre le vaccin VPH dans les médias	0	0%	0	0%
dd. Autre raison (décrire brièvement)	30	4%	32	5%

Les principales raisons pour le refus de la vaccination anti-VPH sont :

- le vaccin a impact négatif sur la fertilité des filles
- n'était pas au courant du programme de vaccination anti-VPH

Analyse et commentaire :

Pendant la première année de démonstration du vaccin anti-VPH, les cibles sont respectées: filles en classe CM2 pour les scolarisées, filles âgées de 10 ans pour les non scolarisées.

Les données administratives sont légèrement inférieures par rapport aux données de l'enquête dans les deux districts: dans le district de Toamasina I, 60,34 % contre 61%, dans le district de Soavinandriana 62,93% contre 69%. Ces différences peuvent être dues aux choix de l'échantillon ou sous notification des districts.

La distribution des carnets ou cartes de vaccination aux filles vaccinées est très importante aussi dans le district urbain de Toamasina I que dans le district rural de Soavinandriana. (12% à Toamasina I et 42% à Soavinandriana).

La majorité des responsables des filles enquêtés connaisse les bienfaits de la vaccination anti-VPH mais ils ne connaissent pas en réalité le vaccin anti-VPH.

Les instituteurs/directeurs d'écoles, les agents de santé et les agents communautaires sont les personnes d'influences qui poussent les filles à faire la vaccination anti-VPH. Le renforcement des plaidoyers auprès des leaders communautaires et religieux est capital pour assurer la sensibilisation.

Les principales sources d'information de la population sont: les spots radio, les spots TV et les affiches.

Les principales raisons de l'acceptation de la vaccination anti-VPH sont la protection des jeunes filles contre le cancer du col, et la sensibilisation des instituteurs/directeurs d'école.

Les rumeurs (le vaccin a impact négatif sur la fertilité des filles), la méfiance sur la vaccination anti-VPH sont les principales causes de refus.

Recommandations :

Niveau central et partenaires:

- Doter les districts/CSB des carnets ou cartes de vaccination.
- Faire le plaidoyer auprès des leaders communautaires et religieux
- Bien choisir les canaux d'information pour les communautés: affiches, spots radio et télévision

Niveau région/district:

- Préparer une réunion d'information des parents et instituteurs
- Elaborer et suivre un plan de communication un mois avant la mise en œuvre.
- Elaborer un plan de lutte contre les rumeurs.

Niveau CSB:

- Collaborer étroitement avec les AC pour recenser les filles non scolarisées et les diriger vers les écoles les plus proches pour la vaccination.
- Elaborer des stratégies de lutte contre les rumeurs
- Participer à la formation des parents et des instituteurs.

ANNEX III : EXEMPLE DE LISTE DE CONTROLE POUR L'INTRODUCTION PILOTE DU VACCIN ANTI VPH, MADAGASCAR, AOUT 2014

N°	Problèmes	Situation	Action à entreprendre	Responsable agence/point focal
I	Besoin d'équipement de la chaîne du froid			
A	Évaluation de l'équipement de la chaîne de froid	Inventaire de façon continue, et mis à jour dans le DVDMT mensuel, rapport d'installation	<p>Veiller à l'évaluation de la chaîne du froid par une revue de bureau ou sur terrain</p> <p>Acquérir des réfrigérateurs par le fonds RSS pour les SDSP prioritaires.</p> <p>Mettre à jour la base de données de la chaîne du froid, sur la base des informations recueillies lors de la revue nationale du PEV en mars 2014</p>	<p>RSS / GAVI</p> <p>SV chaîne du froid responsable M. Henry Andrianiaina</p>
B	Plaidoyer pour cibler de nouveaux partenaires pour l'équipement supplémentaire de la chaîne du froid	SV a commencé avec les partenaires, 56 avec RSS / GAVI, 154 réfrigérateurs acquis par la banque mondiale, 59 avec l'UNICEF, 02 avec l'OMS	Soutenir techniquement SV pour écrire la proposition de la plateforme de l'équipement de la chaîne du froid	<p>SV et MinSanP</p> <p>Chef SV</p>
C	besoins d'équipement de la chaîne du froid supplémentaires	Préconisé au niveau central par le chef de la SV (dans la proposition Madagascar GAVI)	La chaîne du froid évaluée et suffisante pour VPH dans 2 districts pilotes.	<p>GAVI et la Banque mondiale (Banque mondiale)</p> <p>chef de SV et du comité logistique</p>
D	Distribution et installation de nouveaux équipements de CF au niveau des Bureau de santé de district et de CSB	La chaîne du froid adéquate dans districts pilote d'VPH	Continuer le suivi du Logistique comité de	<p>RSS / GAVI</p> <p>SV chaîne du froid responsable M.</p>

N°	Problèmes	Situation	Action à entreprendre	Responsable agence/point focal
				Alexandre
2	Révision de l'enregistrement, des rapports et des outils de suivi du PEV			
A	Préparation de directives techniques et d'autres documents de politique du PEV	La politique nationale du PEV pas encore mis à jour avec l'introduction VPH ; d'autres documents techniques mises à jour, quelques directives (manuel logistique, surveillance des MEV Développés ...)	Inventaire de la liste des dossiers stratégiques, techniques et lignes directrices qui doivent être mis à jour	SV logistique et responsable de la chaîne du froid
B	Préparation de tous les outils de gestion de VPH (fiche de pointage, registre de vaccination, enfant carte de santé, les formulaires de rapport, etc.)	Outils développés mais les cartes de vaccination pour les filles ont besoin d'une mise à jour et l'impression	Suivi et supervision de son impression et l'utilisation ; les outils utilisés pour la première phase, de rapports et sont mis à jour pour la deuxième année	SV
C	Distribution des outils de VPH	Outils envoyés sur le terrain. Mais ils sont insuffisants pour la deuxième année	Suivi et supervision de son impression et l'utilisation et l'évaluation des besoins en 2ème années	SV et les partenaires
D	Disponibilité des outils d' VPH au niveau des centres de santé	Outils envoyés sur le terrain.	Suivi et supervision de son impression et l'utilisation et l'évaluation des besoins en 2ème année	SLMV et SV (développement technique)
La formation des agents de santé et des logisticiens				
A	Disponibilité des matériaux de formation adaptés (guide des formateurs, des modules de formation pour les agents de santé au niveau périphérique)	Disponible uniquement avec les facilitateurs	Mettre à jour et centraliser ces matériaux et d'assurer la disponibilité avec toutes les équipes à tous les niveaux pour la deuxième année ; suivi avec une supervision formative	SV et DREN
B	Formation des formateurs	Formations réalisée. Cependant, le suivi/ ou une supervision efficace n' est pas suffisant	Assurer une supervision périodique et efficace	MSanP

N°	Problèmes	Situation	Action à entreprendre	Responsable agence/point focal
C	La formation des logisticiens (sur l' installation et de l'entretien de l'équipement de la chaîne du froid)	2 sessions de formation réalisées pour les techniciens	Formation suivie par une supervision formative	RSS / GAVI Responsable de la chaîne du froid SV
D	La formation des agents de santé au niveau opérationnel	Réalisée pour le VPH	Formations de VPH menées. Le suivi et la supervision formative (JSI a visité les deux districts)	SLMV et SV
E	La formation des enseignants, des éducateurs de santé communautaire et / ou OSC	Réalisée	Le suivi et la supervision formative pendant / après chaque campagne	SLMV soutenu techniquement par SV et MEN
4	Plaidoyer, Communication et mobilisation sociale			
A	Mise à jour du plan de communication, des matériels IEC et des boîtes à outils	Réalisée pour l'introduction ; messages supplémentaires développés pour les écoles catholiques	Adapter les stratégies pour deux ans à partir des enseignements tirés de la première année	SLMV
B	Sensibilisation et plaidoyer auprès des acteurs	La sensibilisation des parties prenantes et de plaidoyer	Assurer le suivi dans les districts pilotes	SLMV
C	Résoudre les problèmes des groupes de résistance contre vaccin anti VPH	Réalisés	Stratégie mise en œuvre pour les écoles catholiques de tous les aspects pour la deuxième année	SLMV
D	Adresse CAP (Connaissance, attitude et pratique et des préoccupations possibles des parents pour ce vaccin antiVPH	Réalisés	Mettre en œuvre le plan de communication VPH- SRA intégré avec les parents et les enseignants	SLMV
E	Examen des messages et des matériels (écoles et CSB) IEC Information communication. éducation	Réalisé et spécifique pour chaque district, mais a besoin d'une mise à jour	Mettre à jour tous les supports de communication pour la deuxième année	SLMV Pris en charge techniquement par SV, APSR, MEN, service de

N°	Problèmes	Situation	Action à entreprendre	Responsable agence/point focal
				communication MOHFW
F	identification des médias et de la sensibilisation	Réalisé	Re - lancement de la 2ème phase de la démonstration et de la rendre plus dynamique.	SLMV Pris en charge techniquement par SV, APSR, MEN, service de communication MOHFW
G	Communication dans la communauté, en particulier pour les filles non scolarisées et l'association des parents à l'école	Plaidoyer réalisé dans les ONG, mais ils ne sont pas effectivement impliqués	Renforcer les liens communautaires avec les chefs religieux, les ONG locales et les comités Fokontany et ajuster en fonction de l'EPI et l'ECV	SLMV
5	Approvisionnement en vaccins et matériels d'injection			
A	Prêt à recevoir les vaccins et les matériels d'injection	OMS évaluation a permis l'UNICEF pour commander le matériel de vaccination et d'injection	Préparer d'évaluation pour la deuxième phase	UNICEF SV logistique responsable Dr. Mbola
B	Réception du vaccin contre le VPH et le matériel d'injection	Réalisée	Le suivi continue dans les districts avec SV, l'UNICEF et dans les SDSP	UNICEF SV logistique responsable Dr. Mbola
C	Réception du vaccin contre le VPH et matériels, enregistrement d'injection de doses de vaccins et des seringues, etc.	Disponible dans le niveau central	Assurer le suivi de la distribution.	UNICEF SV logistique responsable Dr. Mbola
D	Disponibilité des vaccins et des matériels d'injection à tous les niveaux.	Disponible dans les districts pilotes pour les deux tours	Assurer le suivi de la deuxième phase	UNICEF logistique responsable SV

N°	Problèmes	Situation	Action à entreprendre	Responsable agence/point focal
E	Capacité vérifiée au niveau périphérique	Aucunes ruptures de stock déclarées dans les 2 districts pilotes	Vérifiez les informations avec les responsables SV et du SDSP de chaîne de froid	RSS / GAVI SV Logistique responsable Dr. Mbola
6 <i>La sécurité des injections, la gestion des déchets et de l'élimination</i>				
A	Disponibilité des vaccins et des seringues, des aiguilles, des boîtes de sécurité, etc., au niveau national	OMS évaluation a permis l'UNICEF pour commander le matériel de vaccination et d'injection	Vérifiez régulièrement des informations avec le chef SV et ses partenaires	Le partage de coûts entre SV et de l'UNICEF, l'UNICEF assure la seule région ou d'un district.
B	Distribution des vaccins et des seringues, des aiguilles, des boîtes de sécurité, etc., aux districts et installations	Les vaccins contre le VPH et livrés et distribués pour la deuxième phase. Cela a été vérifié par le personnel SV lors de la supervision formative.	Vérifiez les informations avec les encadreurs régionaux, le responsable logistique du PEV et mener à bien la supervision formative	Responsable Régional de la santé et de district
B	Disponibilité des incinérateurs fonctionnels dans les centres de santé	équipe de SV les a vérifiée lors de la supervision formative	Supervision formative ou revue sur table	Responsable d'installation de la santé
C	Formation pour l'utilisation correcte des incinérateurs	Cf. équipe de SV A contrôler pendant la supervision formative	Suivi requis par SV	Min SanP
D	Suivi des recommandations d'une réunion en dehors de Madagascar sur la sécurité des injections			
7 <i>Système de surveillance mis à jour pour les MEV et MAPI liée à de nouveaux vaccins</i>				
A	Surveillance des MAPI	Reportez-vous à l'équipe de surveillance de SV	Discutez avec les préparations SV et ses partenaires	OMS surveillance SV MAPI
B	La formation du personnel	Tous les points focaux		OMS

N°	Problèmes	Situation	Action à entreprendre	Responsable agence/point focal
	pour la surveillance de MAPI	régionaux et districts, ainsi que des SDSP, agents de santé de surveillance MAPI ont été formés	Mettre à jour le matériel de formation et de mise à jour des agents de santé des CSB	surveillance SV MAPI
C	Introduire des éléments de surveillance sur le cancer de côlon et de l'utérus	Seuls deux districts de Fianarantsoa I et II ont bénéficié de la surveillance du cancer	Stratégies et outils Ré - lancement qui sont déjà en place.	OMS surveillance SV MAPI
8	Lancement officiel			
A	Date de lancement	Réalisé le 18 novembre 2013		SLMV OMS
B	Site pour le lancement déterminé	Toamasina I	Lancement effectué le 18 novembre 2013	MoHFW
C	Renouvellement et mise à jour les documents d'IEC et les médias, des sites et des écoles. dialogue communautaire Conduire pour résoudre le problème de la résistance	réalisé	Renforcez l'IEC sur les terrains et suivre la disponibilité et la multiplication des matériels IEC et les médias	SLMV SV/VPH-GAVI fonds
D	Situation des filles non scolarisées	Plaidoyer réalisé avec Min local. Population, communication et liaison communautaire stratégies en cours	Suivi des agents de santé communautaires et chef Fokontany pour identifier les filles non - vaccinés. Le suivi et la supervision formative menée au cours des activités de VPH et de ratissage. Réviser les arrangements concernant les filles non scolarisées pour la deuxième phase	Fonds de VPH - GAVI SV Chef de la SV et le VPH / SV responsable Dr Voahangy et le Dr Tiana
9	Documentation			
A	Système de contrôle en place pour le suivi de l'introduction et de la mise en œuvre	Suivi et système de suivi des abandons	Utilisez le registre des élèves en classe de CM2 et la liste des filles non	Fonds de VPH- GAVI SV Chef de la SV et le VPH

N°	Problèmes	Situation	Action à entreprendre	Responsable agence/point focal
			scolarisées. Nouvelle liste pour 2014/2015	/ SV responsable Dr Voahangy et le Dr Tiana
B	Plan de documentation - pour chaque tour	Réalisées	Finaliser la documentation de la première année avec des résultats et des observations détaillées	fonds de VPH - GAVI SV chef de la SV et le VPH / SV responsable Dr Voahangy et le Dr Tiana
C	La supervision formative	Liste de suivi à une section pour le vaccin contre le VPH	La supervision formative menée ; Renforcer la supervision formative avec des partenaires	SV Suivi et évaluation Dr Haja et le Dr Monique
D	Plan de 6 mois mis à jour, mais le manque de suivi et de recommandations	examen et réunions d'analyse mensuelle du PEV ont repris et le suivi des recommandations est en cours	Adapter les outils à l'évaluation d' VPH et l'EPI et, avec des résultats compris dans la documentation.	OMS, UNICEF SLMV / fonds de VPH - GAVI SV chef de la SV et le VPH / SV responsable Dr Voahangy et le Dr Tiana
E	Les plans pour l'intégration des VPH leçons pilote avec d'autres diagnostics et la prévention du cancer	En développement	Discussions nécessaires avec les comités de VPH, ainsi qu'avec les unités et les collègues à utiliser les constatations des VPH santé des adolescents et de femmes	OMS, UNICEF SLMV/ fonds de VPH - GAVI SV chef de la SV et le VPH / SV responsable Dr Voahangy et le Dr Tiana

ANNEX IV : COMITE DE PILOTAGE VPH MADAGASCAR – VPH PHASE 2 PLAN D'ACTIVITE/CHRONOLOGIE MAI 20144

CHRONOGRAMME DES ACTIVITES			Sept				Oct.				Nov.				Déc				Janv.				Fév.				Mars				Avril				Mai				Juin			Responsable
activités	Période		S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3																																	
Stratégie 1: Adresser une lettre signée par SG MINSAN ET MEN sur la tenue de la deuxième année de la vaccination anti-VPH intégrée avec SAJ																																										
Act 1,1	Redynamiser les divers comités de pilotage à tous les niveaux (GCT, CPDSDSP, CP Commune)	Avant																																								SV, SLMV, SRA DRSP SDSP, CSB, MEN
Act 1,2	Atelier de mise à jour des micro plans	Avant																																							MEN, SV, SLMV, DRSP, SDSP, SRA	
Act 1,3	Réunir 4 fois les comités (GCT central pour l'INV, au niveau des districts)	Avant Pendant, Après																																							SV, SLMV, SRA DRSP SDSP, CSB, MEN	
Act 1,4	Mettre à jour et reproduire un guide de vaccination pour la deuxième année de l'introduction du vaccin anti-VPH	Avant																																							SV, SLMV, SRA DRSP SDSP, MEN	
Act 1,5	Actualiser et reproduire les outils de gestion, plan de session et outils de formateurs	Avant																																							SV, SLMV, SRA DRSP SDSP, MEN	
Act 1,6	Former les responsables centraux, régionaux, districts (FDF) sur l'intégration des activités SAJ/ EVA /vaccin anti-VPH, Niv 1 (cisco, santé, jeunesse, population sur l'introduction VPH à Antananarivo	Avant																																							SV, SLMV, SRA DRSP SDSP, MEN	

ANNEXE V : INDICATEURS D'ILLUSTRATION DE SURVEILLANCE D'UN INTRODUCTION DE NOUVEAU VACCIN

<i>Indicateur illustrative</i>	<i>Définition / clarification</i>	<i>Source de données / méthode de collecte</i>	<i>Fréquence de collecte des données</i>
plans pré- introduction de vaccins finalisés et mis en œuvre	# Et % des plans préparés et mis en œuvre ; sous-comités ICC établis et se réunissent régulièrement	examine des dossiers	Trimestriel
Enregistrement, rapports et suivi des outils sont mis à jour, imprimés distribués	# Et % des outils de gestion du PEV révisés pour tenir compte de nouvelles informations de vaccins	examine des dossiers	Une fois, avant l'introduction du vaccin
Les agents de santé capables d'utiliser un nouveau vaccin correctement	Minimum d'un agent de santé qualifié par établissement de santé fournissant des vaccins (publics et privés) ; Minimum d'un enseignant formé par école offrant la vaccination contre le VPH (public et privé)	examen des dossiers	Au moins une fois avant l'introduction du vaccin
Un nouveau vaccin entièrement intégré dans le système de vaccination de routine	Directives techniques révisées pour tenir compte de nouveaux vaccins ; des outils de reporting révisés ; nouveaux vaccins disponibles et utilisés régulièrement dans la plupart des formations sanitaires ; Surveillance	examen des dossiers et des visites de supervision	Une fois pour l'examen des dossiers ; la surveillance continue grâce à la supervision
processus de co-financement du pays et de la communication avec GAVI amélioré	réunions de sensibilisation clés menées ; discussions entre pays et GAVI téléconférence / réunion ; cofinancement discuté sur l'ordre du jour de la CPI	Rapport d'activité annuel à GAVI	Trimestriel

Indicateurs de produits spécifiques à Madagascar :

Composants:	Indicateurs de processus	Source de données / méthode de collecte	Fréquence de collecte des données
Plaidoyer et participation communautaire	Nombre d'ONG / OSC / Associations impliquées avec les introductions dans les districts VPH pilotes Rapport sur le # d'écoles primaires privées qui ont accepté le VPH dans les 2 districts pilotes / nombre d'écoles privées totales dans les districts	examen des dossiers	Une fois, avant l'introduction du vaccin
Logistique : livraison de vaccins et la chaîne du froid	La disponibilité des vaccins dans les districts cibles sur le jour de la vaccination (VPH) système de distribution de l'offre de vaccins à examiner et les améliorations apportées	examen des dossiers et des visites de supervision	Une fois, avant l'introduction du vaccin ; le suivi continue grâce à la supervision
Service de livraison	Nombre et % des agents de santé formés Formation réalisée avant l'expédition du vaccin, Disponibilité de la population totale et absolue, # de la population cible au centre de santé et le niveau de l'école pour les districts de VPH, Nombre de visites de supervision formative mené	examen des dossiers	Au moins une fois avant l'introduction du vaccin ; trimestriel pour les visites de supervision
Gestion et rapports	Disponibilité sociale des rapports des enfants vaccinés La disponibilité d'un système de suivi manqué les filles et les abandons (système en place pour les filles d'identification qui ne sont pas inscrits dans les écoles) la mobilisation	examen des dossiers	Une fois, avant l'introduction du vaccin
la communication	matériels d'IEC disponibles dans les districts avant le lancement Les dirigeants communautaires et des membres clés (par exemple le chef Fokontany, OSC) au courant de l'introduction de nouveaux vaccins à l'avance et soutiennent à la mobilisation	examen des dossiers	Une fois, avant l'introduction du vaccin
La mobilisation sociale	Nombre d'enseignants formés, Rapport sur la # de la communauté mobilisateurs aider à identifier les populations cibles / # de mobilisateurs dans les zones d'intervention	examen des dossiers	Une fois, avant l'introduction du vaccin ; le suivi continue grâce à la supervision

ANNEX VI : EXEMPLE OUTILS D'ENREGISTREMENT

Fiche de pointage journalière de la vaccination HPV						
SDSP : _____						
ville / village : _____						
CSB : _____						
école :						
date : __/__/____						
Age	Nbre de doses de HPV1 administrés		Nbre de doses de HPV2 administrés		Nbre de doses de HPV3 administrés	
≤ 9 ans	00000 00000	Total	00000 00000	Total	00000 00000	Total
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
10 ans	00000 00000	Total	00000 00000	Total	00000 00000	Total
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
11 ans	00000 00000	Total	00000 00000	Total	00000 00000	Total
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
12 ans	00000 00000	Total	00000 00000	Total	00000 00000	Total
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
13 ans	00000 00000	Total	00000 00000	Total	00000 00000	Total
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
14 ans	00000 00000	Total	00000 00000	Total	00000 00000	Total
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
> 15 ans	00000 00000	Total	00000 00000	Total	00000 00000	Total
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
<i>inconnu</i>	00000 00000	Total	00000 00000	Total	00000 00000	Total
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	00000 00000		00000 00000		00000 00000	
	000000000		000000000		000000000	
Total :		Total :		Total :		

Fiche d'enregistrement mensuel de la vaccination HPV

mois et année de rapport :	SDSP : _____																			
	CSB : _____																			
Age/année	Nbre de doses de HPV1 administrés						Nbre de doses de HPV2 administrés						Nbre de doses de HPV3 administrés							
	HPV1 9 ans						HPV2 9 ans						HPV3 9 ans							
≤ 9	S1	S2	S3	S4	S5	Total	S1	S2	S3	S4	S5	Total	S1	S2	S3	S4	S5	Total		
10	HPV1 10 ans						HPV2 10 ans						HPV3 10 ans							
	S1	S2	S3	S4	S5	Total	S1	S2	S3	S4	S5	Total	S1	S2	S3	S4	S5	Total		
11	HPV1 11 ans						HPV2 11 ans						HPV3 11 ans							
	S1	S2	S3	S4	S5	Total	S1	S2	S3	S4	S5	Total	S1	S2	S3	S4	S5	Total		
12	HPV1 12 ans						HPV2 12 ans						HPV3 12 ans							
	S1	S2	S3	S4	S5	Total	S1	S2	S3	S4	S5	Total	S1	S2	S3	S4	S5	Total		
13	HPV1 13 ans						HPV2 13 ans						HPV3 13 ans							
	S1	S2	S3	S4	S5	Total	S1	S2	S3	S4	S5	Total	S1	S2	S3	S4	S5	Total		
14	HPV1 14 ans						HPV2 14 ans						HPV3 14 ans							
	S1	S2	S3	S4	S5	Total	S1	S2	S3	S4	S5	Total	S1	S2	S3	S4	S5	Total		
≥ 15	HPV1 > 15 ans						HPV2 > 15 ans						HPV3 > 15 ans							
	S1	S2	S3	S4	S5	Total	S1	S2	S3	S4	S5	Total	S1	S2	S3	S4	S5	Total		
inconnu	HPV1 inconnu ans						HPV2 inconnu ans						HPV3 inconnu ans							
	S1	S2	S3	S4	S5	Total	S1	S2	S3	S4	S5	Total	S1	S2	S3	S4	S5	Total		

Age en années	A	B	C	D	Taux de couverture (%)		
	Total annuel de doses de HPV1 administrés	Total annuel de doses de HPV2 administrés	Total annuel de doses de HPV3 administrés	total cible	(A/D)x100	(B/D)x100	(C/D)x100
					HPV1	HPV2	HPV3
≤ 9							
10							
11							
12							
13							
14							
≥ 15							
inconnu							
Total mensuel de dose administrées à toutes les filles							

TABLEAU DE RECAPITULATION MENSUELLE

SDSP : _____

CSB : _____

Nbre de doses de VPH1 administrées													
Age en années	jan	fev	mar	avr	mai	jun	jul	aout	sep	oct	nov	dec	Total annuel de doses de VPH1 administrées
≤ 9													
10													
11													
12													
13													
14													
≥ 15													
inconnu													
Total mensuel de dose de VPH1 administrées													
Nbre de doses de VPH2 administrées													
Age en années	jan	fev	mar	avr	mai	jun	jul	aout	sep	oct	nov	dec	Total annuel de doses de VPH2 administrées
≤ 9													
10													
11													
12													
13													
14													
≥ 15													
inconnu													
Total mensuel de dose de VPH2 administrées													
Nbre de doses de VPH3 administrées													
Age en années	jan	fev	mar	avr	mai	jun	jul	aout	sep	oct	nov	dec	Total annuel de doses de VPH3 administrées
≤ 9													
10													
11													
12													
13													
14													
≥ 15													
inconnu													
Total mensuel de dose de VPH3 administrées													

