



Introduction du vaccin contre le VPH au Niger

Mars 2016
Exhibit A-6

INTRODUCTION DU VACCIN CONTRE LE VPH AU NIGER

Mars 2016

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

Soumis à l'Alliance Gavi
31 mai 2016

TABLE DES MATIERES

Table des Matières	4
Index des Tableaux.....	5
Remerciements	6
Acronymes	7
Introduction	8
Planification et prÉparation - Phase I	8
Élaboration de la liste de contrôle et du calendrier	9
PrÉparation et intervention de la chaÎne du froid	9
IEC/communications and mobilisation sociale	10
Élaboration des outils de formation et de supervision	11
Identification des populations cibles.....	12
Renforcement des capacitÉs	13
Surveillance de la couverture.....	14
Évaluation de la Phase I	16
Enquête sur la couverture vaccinale.....	16
Évaluation post introduction (EPI).....	17
Analyse des coÔts	18
Phase II de l'introduction - Planification et prÉparation	19
Recommandations pour les prochaines introductions	26
ANNEXE I : ModÈle de liste de contrÔle pour l'introduction pilote du vaccin contre le VPH, Niger, aoÙt 2014.....	28
ANNEXE II : Calendrier d'introduction du VPH	34
ANNEXE III : Recommandations de l'EPI sur le VPH.....	37

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1: Résultats estimés de couverture pour le VPH 1-3 (données administratives des districts) :	Error! Bookmark not defined.
Tableau 2: Comparaison des données administratives avec les résultats de l'enquête de couverture, par district.....	17
Tableau 3: Enseignements tirés de la Phase I et leur application à la Phase II.....	20
Tableau 4: Améliorations proposées de la stratégie de la Phase – niveau scolaire vs. niveau communautaire.....	22

REMERCIEMENTS

Les expériences, les défis et les réalisations présentés dans le présent rapport sur l'introduction du vaccin contre le VPH au Niger doivent servir de référence pour que le pays renforce le déploiement 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 Publique et la Direction des Immunisations ont affiché tout au long de la préparation et de la mise en œuvre des activités d'introduction du VPH

En outre, le rôle des partenaires a été inestimable pour soutenir les activités d'introduction, notamment le rôle du ministère de l'Éducation, 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 l'Alliance Gavi pour les vaccins, pour son soutien financier au gouvernement du Niger 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 au Niger.

ACRONYMES

BCH	Building Capacities for Better Health in Africa Cameroon
CCI	Comité de coordination inter agences
CSI	Centre de santé intégré
DI	Direction des immunisations
DS	District sanitaire
EPI	Évaluation post introduction
FDF	Formation des formateurs
UNFPA	Fonds des Nations unies pour la population
Gavi	Global Alliance for Vaccine and Immunization [Alliance des vaccins]
GEV	Gestion efficace des vaccins
IEC	Information, éducation, et communication
JSI	John Snow, Inc.
LCF	Logistique de la chaîne du froid
MAPI	Manifestations post-vaccinales indésirables
MEN	Ministère de l'Education
MS	Ministère de la Santé
MSA	Ministère de la Santé des adolescents
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OSC	Organisation de la société civile
PEV	Programme élargi de vaccination
PPAC	Plan pluriannuel complet
SV	Service de vaccination
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'Enfance
VPC13	Vaccin pneumococcique conjugué 13 valent
VPH	Virus du papillome humain

INTRODUCTION

Au début de l'année 2013 et avec l'aide de Gavi, l'Alliance des vaccins, le gouvernement du Niger a effectué une introduction pilote du vaccin contre le VPH. L'objectif était de démontrer dans au moins deux districts (un district rural et un district urbain) la capacité de vacciner au moins 50% des jeunes filles âgées de 9-13 ans avec les trois doses du vaccin avant de poursuivre la Phase II et d'envisager la mise à l'échelle nationale du vaccin. En décembre 2014, le Niger a complété la Phase I de l'introduction pilote du VPH dans trois districts - deux districts urbains (Niamey 3, Niamey 4), et un district rural (Madarounfa). Les évaluations post-introduction (EPI, l'enquête de couverture, l'analyse du budget et des coûts) pour cette phase ont été retardées et ne se sont terminées qu'au mois de septembre 2015.

Parce que le vaccin contre le VPH cible une population différente de celle du calendrier de vaccination de routine (VR) (c'est-à-dire que le vaccin contre le VPH cible les filles âgées entre 9-13 ans plutôt que des enfants de moins de 1 an), il a été nécessaire d'élaborer une stratégie assurant que les messages clés atteignent les parents, les filles et les dirigeants communautaires et que les filles étaient effectivement mobilisées en faveur de la vaccination. La stratégie originale utilisée au Niger était la combinaison d'une approche fondée sur les écoles et d'une approche communautaire (sensibilisation - pour les filles non scolarisées). En raison de ces particularités, il était nécessaire d'avoir de nouveaux partenaires afin d'optimiser les chances d'atteindre ces filles, notamment le ministère de l'Éducation (ME), le Ministère de la Santé Publique (MSP), et l'UNFPA, ainsi que les ONG / OSC qui travaillent dans les domaines de la santé des adolescents, l'autonomisation des filles, et d'autres domaines connexes.

Après l'achèvement de la Phase I de l'introduction, la stratégie scolaire et communautaire initiale s'est révélée être fortement consommatrice de ressources et peu propice à la mise à l'échelle. Ce rapport présente la synthèse des enseignements tirés de la Phase I de l'introduction de la vaccination, ainsi que des informations sur la planification de la Phase II et des considérations pour la mise à l'échelle de la vaccination contre le VPH.

PLANIFICATION ET PRÉPARATION - PHASE I

Le Niger avait prévu d'introduire le vaccin contre le VPH au début de l'année 2013. Malheureusement, en raison de l'absence de soutien technique dans le pays, et des retards dans la mise à disposition des fonds pour financer les activités préparatoires, la planification de la démonstration de la vaccination anti-VPH a été repoussée à la fin de l'année 2013. En outre, des problèmes continus sont survenus concernant le déblocage des fonds provenant du Fonds commun et les priorités concurrentes au ministère de la Santé Publique, à savoir les évaluations de fin d'année et les activités déjà programmées.

Reconnaissant la nécessité d'améliorer la communication entre le MSP et le Fonds commun pour accélérer le déblocage des fonds nécessaires pour mener les activités d'introduction, les activités initiales de JSI (qui a commencé son assistance technique au mois d'octobre

2013) portaient sur la contribution aux communications entre tous les acteurs clés dans le pays pour plaider en faveur du déblocage des fonds. À la fin de l'année 2013, les partenaires ont négocié avec succès le déblocage des fonds avec le Fonds commun pour financer la préparation des manifestations, y compris les formations et le lancement du vaccin. Le lancement officiel du projet pilote de vaccination contre le VPH a eu lieu à Madarounfa au mois d'avril 2014, avec la participation des représentants de haut niveau du ministère de la Santé Publique (y compris le ministre), de l'OMS, de l'UNICEF et de l'UNFPA, ainsi que le Gouverneur de Maradi, le maire de Djarataoua ainsi que le maire et le préfet de Madarounfa.

Élaboration de la liste de contrôle et du calendrier

JSI et l'équipe de la DI ont collaboré à l'élaboration d'une liste de contrôle qui a été utilisée pour évaluer le niveau de préparation de la DI pour l'introduction du nouveau vaccin (voir l'Annexe I). La liste de contrôle était organisée en fonction des thèmes suivants : les besoins techniques, la chaîne du froid et la logistique, la communication et la mobilisation sociale. Elle était associée au calendrier intégré des activités de vaccination contre le VPH (voir l'Annexe II), qui devait être revu et mis à jour une fois par semaine par l'équipe du PEV et les partenaires techniques de la mise en œuvre en fonction de leurs responsabilités respectives.

Malheureusement, la mise en œuvre des activités prévues dans le calendrier ont souvent été retardées en raison de priorités concurrentes avec les autres activités importantes du PEV, telles que l'évaluation du programme annuel, les activités d'éradication de la poliomyélite, et les campagnes de vaccination pour prévenir la rougeole et le tétanos néonatal. Toutes ces raisons, ainsi que le manque de personnel, expliquent que la disponibilité des partenaires pour participer à la planification de l'introduction a été souvent limitée, nécessitant souvent l'extension et la révision du chronogramme.

Préparation et intervention de la chaîne du froid

Au début de l'année 2014, JSI a contribué à une évaluation rapide de la capacité et de l'état de préparation de la chaîne du froid à recevoir les nouveaux vaccins (VPH, rotavirus et PCV-13). JSI a constaté qu'au niveau central, les chambres froides avaient les capacités de stocker les vaccins contre le VPH pour les districts pilotes ; cependant, les capacités de stockage (y compris le stockage à sec pour les seringues et aiguilles) se révéleraient être un défi avec l'ajout des vaccins contre le rotavirus et le PCV-13. Afin de résoudre ce problème au niveau central, JSI et l'équipe pays de l'OMS ont collaboré pour mettre au point une proposition de financement de la chaîne d'approvisionnement à l'Alliance Gavi. Par la suite, l'UNICEF a aidé le Niger à acheter et à installer une nouvelle chambre froide. JSI et l'UNICEF ont collaboré avec la DI et d'autres partenaires pour assurer la construction d'un nouveau dépôt de stockage à sec. Dans les districts et les aires de santé de démonstration du VPH, le matériel de la chaîne du froid a été fourni et installé à temps pour l'introduction. Une activité de suivi a été menée pour assurer l'entretien quotidien et la gestion des stocks. JSI a également fourni une assistance technique logistique sur le terrain au logisticien de la DI afin d'améliorer le suivi des stocks de vaccins contre le VPH, souligner les priorités de leur distribution et de leur utilisation avant leur date de péremption.

Une évaluation plus détaillée réalisée par le Conseiller logistique de vaccination au siège de JSI au mois d'avril 2014 a contribué à identifier les capacités existantes à tous les niveaux, la planification de la distribution, les données nécessaires et les capacités en ressources humaines pour la gestion logistique (qui portait également sur l'arrivée prévue des vaccins contre le rotavirus et le PCV-13). En outre, une Évaluation de la gestion efficace des vaccins (GEV) a été effectuée au Niger aux mois de juin-juillet 2014, coordonnée par l'OMS et l'UNICEF. Les recommandations de cette GEV serviront à orienter les décisions futures pour répondre aux préoccupations systémiques qui affectent tous les vaccins proposés au sein du système de vaccination de routine au Niger, y compris le VPH. Ces implications de la chaîne d'approvisionnement doivent être prises en compte dans la planification de l'ensemble du système par le MSP, y compris pour l'introduction du VPH au-delà des deux districts de démonstration.

IEC/communications and mobilisation sociale

Il a été reconnu que le fait de répondre aux besoins de communication était un élément essentiel pour préparer et introduire la vaccination contre le VPH. Un expert en communication de BCH-Africa, une OSC régionale agréée par JSI, a aidé l'équipe du Niger dans la coordination de la communication et dans l'élaborer des messages clés en faveur de l'introduction du VPH. Il a travaillé avec Mme Ibrahim, Chef de la division Mobilisation Sociale et Plaidoyer à la DI afin de mener une étude qualitative en novembre 2013, y compris l'identification des connaissances des préoccupations des parents, des enseignants et des adolescentes liées au vaccin contre le VPH. Sur cette base, il a travaillé avec des partenaires pour rédiger des messages génériques qui ont ensuite été pré-tests et finalisés avant l'introduction du vaccin dans les deux districts de démonstration. Il a également contribué à l'organisation du Sous-comité de la communication (MSP, UNICEF et d'autres partenaires) et aux discussions liées à la rédaction du plan de communication pour l'introduction du vaccin contre le VPH.

En termes de suivi (en tenant compte des informations de la recherche qualitative), un atelier de sept jours avec 40 participants du ministère de la Santé Publique et des partenaires s'est déroulé en février 2014 pour développer et finaliser le plan de communication sur l'introduction du vaccin contre le VPH et les messages éducatifs pour la mobilisation sociale. Pendant l'atelier, des documents de communication clés ont été rédigés et examinés, tels que le plan de communication, les messages pour la radio et la télévision, les affiches, les brochures et les dépliants.

Les composantes supplémentaires de la stratégie visant à promouvoir le vaccin contre le VPH et les activités d'introduction étaient les suivantes : réunions avec les organisations communautaires visant à les sensibiliser au vaccin, diffusion de messages clés dans les médias, visites à domicile par les travailleurs communautaires pour initier le dialogue avec la population, et participation des responsables du secteur de l'éducation et des autres leaders d'opinion pour qu'ils contribuent à la mobilisation et à la vaccination de la population cible. Ces activités ont rencontré plus de succès dans le district rural de Madarounfa que dans les deux districts urbains de Niamey, pour deux raisons principales observées par le groupe de travail sur le VPH et indiquées dans l'enquête de couverture et l'EPI : Premièrement, les chefs traditionnels dans les zones rurales sont considérés par les experts de la communication au Niger comme des personnes influentes et puissantes que dans les zones urbaines. Par conséquent, une fois que ces dirigeants avaient été convaincus de l'importance du vaccin contre le VPH, un soutien fort au sein de la communauté a été observé pour

assurer la réussite de l'introduction. Deuxièmement, le fait que la cérémonie officielle de lancement (avec la participation du MSP et de responsables de haut niveau) ait eu lieu à Madarounfa a entraîné une sensibilisation et un soutien accrus dans ce district. En comparaison, il est possible que les relations sociales plus diffuses dans les zones urbaines de Niamey, combinées à une attention moins concertée à la mobilisation sociale et une implication insuffisante des OSC ou de toute autre partie prenante pour atteindre les communautés et la population cible, aient contribué aux problèmes de couverture / abandons de la vaccination contre le VPH et de refus de la vaccination dans ces sites urbains.

Élaboration des outils de formation et de supervision

Pendant la préparation de la Formation des formateurs (FdF) et des formations en cascade des travailleurs de la santé et des districts, le Sous-comité technique du Comité de coordination inter agences (CCIA) a examiné et mis au point différents outils de suivi de l'administration du vaccin contre le VPH (par exemple, des feuilles de pointage, des registres de vaccination, des fiches de synthèse et une liste de contrôle pour la supervision).

Les problèmes rencontrés pendant l'introduction du vaccin comprenaient :

- La définition des zones de couverture vaccinale pour les centres de santé et les écoles ;
- L'identification et la comptabilisation des populations cibles, à savoir les adolescentes, aux niveaux de la communauté et des districts dans chaque district concerné, l'utilisation des données scolaires pour chaque classe de filles scolarisées correspondant à la fourchette d'âge ciblée ;
- La conduite de visites d'information et de planification dans chaque district pilote afin d'orienter et de partager les informations sur les avantages du vaccin avec le personnel des écoles et des centres de santé ;
- Les visites de sensibilisation avec les représentants des écoles, de la communauté, des OSC, des fonctionnaires du niveau central et des organisations des Nations unies ;
- L'organisation d'une étude qualitative dans les districts concernés pour évaluer les connaissances et identifier les préoccupations de parents et des chefs communautaires sur le vaccin ; et l'utilisation de ces informations pour élaborer des messages clés et un plan de communication répondant à ces inquiétudes ;
- L'adaptation et la personnalisation des modules génériques de formation au nouveau vaccin pour les professionnels de santé, les enseignants et les bénévoles communautaires. L'organisation de formations sur le vaccin contre le VPH, les seringues et les outils de déclaration connexes ;
- L'élaboration d'outils de gestion spécifiques au VPH et leur distribution préalable.

Identification des populations cibles

Dans le cadre des visites de terrain effectuées par un Conseiller technique de JSI sur la vaccination en fin 2013, une étude rapide a été réalisée pour calculer la population cible. Dans le cadre de l'étape initiale, l'équipe d'étude a rendu visite aux inspecteurs de l'éducation dans chaque district pour obtenir leur autorisation et leur appui afin de mener les processus et les activités d'introduction du vaccin contre le VPH. L'équipe a également rendu visite au Directeur régional de la santé Publique de Maradi pour présenter les objectifs de la mission. Dans chaque district, les outils de micro-planification ont été présentés, la DI, les conseillers de JSI et les partenaires ont travaillé avec les parties prenantes dans chaque district pour élargir et ajuster le plan de travail et le calendrier des activités.

L'identification et la comptabilisation exacte de la population cible se sont avérés être un défi important tout au long de la préparation et de la mise en œuvre de la Phase I de la démonstration. Les équipes de gestion du district, avec le soutien des bénévoles et des enseignants communautaires, ont effectué un recensement local rapide des groupes cibles dans la communauté et dans les écoles. La population ciblée par la vaccination contre le VPH a été identifiée comme étant les adolescentes âgées de 11 ans. Concernant les filles non scolarisées, l'objectif était de ne cibler que les filles âgées de 11 ans. Pour simplifier l'administration du vaccin grâce à la stratégie en milieu scolaire, toutes les filles âgées de 9 à 13, ont été vaccinées dans les écoles (et cela dans les classes où le nombre de filles âgées de 11 ans était le plus élevé).

Dans les deux districts urbains de Niamey, les classes de CMI ont été ciblées sachant qu'elles avaient le plus grand nombre de filles âgées de 11 ans contrairement à Madarounfa où la classe de CM2 était celle qui avait été identifiée. Pourtant, au moment de l'administration du vaccin à Madarounfa, les équipes de vaccination ont constaté que le nombre le plus élevé de filles âgées de 11 ans étaient scolarisées en classe de CMI et non pas en classe de CM2, ce qui a entraîné des répercussions sur la couverture des filles de 11 ans qui auraient dû être vaccinées. En outre, non seulement le recensement scolaire n'avait pas extrapolé le nombre de filles âgées de 11 ans par rapport au nombre total des filles âgées entre 9 et 13 ans, mais toutes les écoles n'avaient été incluses dans le recensement. Cette situation a entraîné une confusion dans le calcul du taux de couverture par âge, sachant que le dénominateur exact et la proportion des filles de 11 ans vaccinées n'étaient pas connus. De même, certains problèmes ont également été rencontrés concernant la fiabilité du recensement des filles non scolarisées dans la communauté.

Enseignements tirés de la planification et de la préparation

1. Un comité de planification technique sur le VPH, dirigé par le MSP et le MEN, doit être mis en place et être pleinement engagé dès que la décision sera prise d'introduire et de déployer le vaccin, afin d'assurer un soutien à large assise, rapide et cohérent et d'accepter les calendriers et la planification.
2. Afin d'assurer le succès de la vaccination, la qualité de la préparation et du suivi des composantes opérationnelles de la démonstration (micro-planification, identification de la population cible, surveillance et communication) doit être assurée par le groupe de travail technique sur l'introduction du vaccin contre le VPH du ministère de la Santé Publique, en particulier au niveau des districts.

3. La clarté sur les rôles, la gestion, les calendriers et la coordination au sein du ministère de la Santé Publique avec le système du Fonds commun peut être renforcée. Cela sera utile pendant les procédures de demande, d'accès et de distribution des fonds dans des délais appropriés afin de soutenir le déploiement du programme et pourra contribuer ainsi à une meilleure conformité et à une exécution plus rapide des activités essentielles du programme ;
4. La prise de conscience et la perception de l'importance du vaccin, la prévention du cancer du col de l'utérus par la population et l'organisation du système de santé sont les deux éléments clés du succès qui doivent être mis en œuvre dans le processus dès les premières étapes de planification ;
5. La coordination entre le secteur de la santé et le secteur de l'éducation nécessite de fixer des priorités et une co-planification précoce et cohérente pour améliorer davantage le succès des activités de vaccination ;
6. L'implication des dirigeants communautaires au début et tout au long de la période de démonstration est cruciale, non seulement pour les filles non scolarisées, mais également pour contribuer à sensibiliser la communauté et à mobiliser les populations cibles ;
7. L'intégration des points focaux / des programmes de la santé des adolescents dans les écoles peut contribuer à motiver et à encourager l'acceptation des filles à se faire vacciner ;
8. La cérémonie de lancement officiel à Madarounfa, avec le MSP et d'autres hauts fonctionnaires, a contribué, selon les exécutants, au déploiement relativement mieux réussi du vaccin à Madarounfa (par rapport aux districts de Niamey). Par conséquent, la mobilisation sociale et les efforts de plaidoyer impliquant les dirigeants et les médias nationaux et locaux dans tous les districts concernés doivent être soulignés avant, pendant et après le lancement.
9. La gestion de la chaîne du froid, et des vaccins, les systèmes de surveillance pour l'introduction d'un nouveau vaccin doivent être en place et vérifiés par la DI, le CCIA et l'Alliance Gavi préalablement à l'expédition de ces vaccins vers le dépôt central.

RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

Les professionnels de la santé, les enseignants et les bénévoles ont participé à la démonstration, à l'orientation et à la formation nécessaires en fonction de leurs rôles et responsabilités. Afin que les formations soient les plus efficaces possibles, des sessions distinctes doivent être organisées et adaptées à chacun de ces différents groupes. Toutefois, en raison des retards de financement et de mise en œuvre pendant la première phase de la démonstration, les formations de ces intervenants clés ont été intégrées et n'ont pas diffusé les messages ciblés prévus sur les rôles spécifiques de ces groupes.

En outre, il a été noté que la durée des formations n'était pas suffisante pour transmettre toutes les informations techniques et opérationnelles nécessaires. Remarque : Dans l'éventualité où le contenu des formations aurait été révisé et fondé sur les compétences nécessaires pour que chacun de ces groupes clés jouent avec succès leur rôle dans la vaccination contre le VPH comme l'élaboration d'un outil de travail basé sur les compétences que les stagiaires peuvent consulter après la formation - la question de la durée de la formation ne se posera probablement pas.

Enseignements tirés sur le renforcement des capacités :

1. Des formations distinctes ou ciblées consacrées aux travailleurs de la santé, aux enseignants et aux bénévoles communautaires, en fonction de leurs rôles et de les compétences respectifs, sont recommandées ;
2. La complémentarité et la collaboration entre les membres des secteurs de la santé et de l'éducation, pendant la formation et le suivi tout au long de la période de démonstration, sont importantes pour la réussite du projet ;
3. Il est indispensable que les travailleurs de la santé et les enseignants possèdent un document de référence pendant leur formation, comme par exemple un aide-mémoire sur les messages clés et un document du type « foire aux questions », qu'ils peuvent consulter après la formation.

SURVEILLANCE DE LA COUVERTURE

Comme indiqué précédemment, les données du recensement ont été utilisées pour estimer le dénominateur des filles à vacciner avec la première dose de vaccin. Les filles qui ont reçu la première dose de vaccin ont ensuite été utilisées comme dénominateur de filles à vacciner avec la deuxième dose. Le tableau suivant présente la synthèse des résultats préliminaires estimés de couverture à partir des données administratives sur les trois doses du vaccin au cours de la première phase de démonstration.

Tableau I: Résultats estimés de couverture pour le VPH 1-3 (données administratives des districts) :

	Total de la population cible	VPH 1			VPH 2			VPH 3		
		Filles vaccinées à l'école	Filles vaccinées dans la communauté	Couverture	Filles vaccinées à l'école	Filles vaccinées dans la communauté	Couverture	Filles vaccinées à l'école	Filles vaccinées dans la communauté	Couverture
Madarounfa	11 798	4217	6477	91%	3918	6211	86%	3909	5930	83%
Niamey III	4 308	1917	810	63%	1669	581	52%	1436	511	45%
Niamey IV	6 529	4272	1851	94%	3492	1511	77%	2879	1064	60%
Total	22 635	10406	9138	86%	9079	8303	77%	8224	7505	69%

Au total, les deux districts ont atteint leur objectif de vacciner plus de 50% des filles admissibles à la première dose pendant la période de démonstration, avec une couverture moyenne de 84% des filles âgées entre 9 et 13 ans [66%-96%]. Pourtant, un nombre important de filles qui avaient été vaccinées au cours du premier cycle n'ont pas reçu la deuxième dose - seulement près de 51% des filles vaccinées pendant le premier cycle ont reçu la deuxième dose, entraînant un taux d'abandon de près de 49% entre le VPH-1 et le VPH-2. Ce taux d'abandon élevé était principalement dû au fait que les personnes refusaient la vaccination, au suivi inapproprié des abandons et de la mobilisation entre les cycles de vaccination. Cela était particulièrement vrai dans les écoles religieuses pour lesquelles certains chefs religieux n'avaient été suffisamment impliqués dans la planification et le déploiement. Ce problème était plus fréquent dans les districts urbains de Niamey 3 et 4, où les taux d'abandon étaient de 75% et 73%, respectivement. À Niamey 3, par exemple, les directeurs des écoles religieuses (Musulmanes et Chrétiennes) ont refusé d'autoriser l'administration du vaccin dans leurs écoles, en particulier la deuxième dose. L'équipe en charge de l'introduction a indiqué que ces responsables auraient dû s'impliquer davantage dans toutes les étapes de la planification et de la mise en œuvre du vaccin. Cela leur aurait permis de mieux comprendre l'objectif de la vaccination, la nécessité d'administrer plusieurs doses afin de les convaincre de son efficacité et de son importance. Par conséquent, suite à l'administration de la deuxième dose, des efforts supplémentaires ont été déployés pour diffuser des messages clés et sensibiliser la population sur l'importance et la sécurité du vaccin contre le VPH, en particulier à Niamey 3.

Enseignements tirés du suivi de la couverture :

1. La méthode d'identification de la population cible (la participation des personnes et des dirigeants locaux influents), ainsi que la stratégie de vaccination utilisées, peuvent avoir un impact positif ou négatif sur la couverture vaccinale et la qualité des données de couverture. Les perceptions de la communauté doivent être prises en compte et les différentes parties prenantes doivent s'engager en permanence dans le suivi et l'évaluation ;
2. La participation accrue des chefs religieux et des directeurs d'école dans la planification et la mise à l'échelle a le potentiel de réduire le taux d'abandons, notamment dans les districts de Niamey ;
3. Assurer que le personnel soit bien formé sur les critères de déclaration et que les données sur la couverture vaccinale soient stratifiées selon l'âge dans le cadre du processus de déclaration afin d'avoir des dénominateurs précis pour le calcul des taux de couverture.

ÉVALUATION DE LA PHASE I

Si la vaccination avait commencé selon le calendrier prévu, elle aurait eu lieu en même temps que la rentrée scolaire, ainsi que le recommandait la stratégie d'introduction. Pourtant, en raison des problèmes cités précédemment, le lancement du vaccin n'a pas pu avoir lieu avant le mois d'avril 2014. Ce retard signifiait que le calendrier des trois doses devait se faire à cheval sur deux années scolaires, sachant que la troisième dose ne serait administrée qu'au mois de décembre 2014. Des retards sont également survenus pendant l'évaluation post-introduction et l'enquête de couverture, qui devaient être terminées avant le mois d'octobre 2014 (soit six mois après le début de l'introduction), mais qui n'ont été complétées qu'au mois de septembre 2015.

Plusieurs défis importants (soulignés ci-dessus) ont eu des conséquences sur l'achèvement de la première phase de l'introduction pilote. Des retards dans la transmission des informations au personnel de district leur indiquant quel était le statut du processus de planification de l'introduction du vaccin, ainsi que des retards dans le déblocage des fonds du Fonds commun consacrés aux démarrage des activités de la phase d'introduction ont été observés. En outre, une mauvaise coordination entre les centres de santé et les écoles, ainsi que les résultats insuffisants des recensements de la population cible ont entraîné des données de couverture de très mauvaise qualité dans certains districts faute de dénominateur non représentatif. Des insuffisances ont également été observées au niveau de la sensibilisation par les médias des dirigeants communautaires, ce qui a incité certaines écoles à s'opposer à la vaccination, en particulier dans les écoles privées.

En vertu des exigences de l'Alliance Gavi relatives à l'introduction de la vaccination pilote anti-VPH, une analyse des coûts et une enquête de couverture ont été effectuées par PATH en collaboration avec les partenaires. Une évaluation post-introduction (EPI) a également été réalisée. Ces évaluations ont documenté les résultats de l'introduction et les enseignements tirés. Elles sont utilisées actuellement pour documenter la deuxième phase de l'introduction.

Enquête sur la couverture vaccinale

Plusieurs problèmes ont été rencontrés pendant la planification et la mise en œuvre de l'enquête de couverture. Premièrement, il a été difficile de convenir d'une date pour réunir l'ensemble des intervenants, en particulier pour assurer des délais suffisants pour disposer des résultats avant de décider que la Phase II de l'introduction commencerait au mois d'octobre 2015. Par ailleurs, l'enquête a été réalisée pendant les vacances scolaires, période pendant laquelle les carnets de vaccination des filles scolarisées étaient en possession des enseignants et donc inaccessibles. Cela a compliqué le contrôle des données de rappel fournies par les filles pendant les entretiens. Pourtant, le problème le plus important était l'obtention des fonds nécessaires pour l'enquête - l'approbation du Fonds commun de débloquent les fonds a pris énormément de temps, retardant ainsi la mise en place de l'enquête avant les vacances scolaires. L'enquête a été effectuée au mois de juillet 2015 et le rapport intégral est disponible auprès de la DI et de PATH.

Le tableau suivant présente la qualité des données administratives par rapport aux données préliminaires de l'enquête de couverture (carnets de vaccination et rappel) :

Tableau I: Comparaison des données administratives avec les résultats de l'enquête de couverture, par district

	Résultats administratifs du VPH 1	Résultats de l'enquête de couverture du VPH 1	Résultats administratifs du VPH 2	Résultats de l'enquête de couverture du VPH 2	Résultats administratifs du VPH 3	Résultats de l'enquête de couverture du VPH 3
Niamey III	63%	66,7 %	52%	53,6 %	45%	42,9 %
Niamey IV	94%	54,5 %	77%	39,2 %	60%	23,6 %
Madarounfa	91%	91,3 %	86%	88,2 %	83%	80,4 %
Total	86%	72,8 %	77%	62,9 %	69%	51,9 %

ÉVALUATION POST INTRODUCTION (EPI)

Malgré le retard dû au déblocage des fonds pour l'évaluation post-introduction, celle-ci a pu être réalisée du 19 novembre au 2 décembre 2014. Les principaux résultats de l'EPI étaient les suivants :

- Bien que des micro-plans aient été réalisés au niveau national, la micro-planification était insuffisante dans les districts de Niamey.
- Différents problèmes ont été rencontrés pour identifier la population cible. Bien qu'une formule claire permettant de calculer la couverture vaccinale ait été utilisée, l'identification d'un dénominateur exact était une faiblesse. Le recensement des filles ciblées à Madarounfa était satisfaisant, mais laissait à désirer à Niamey 3 et 4.
- En raison de la diffusion tardive des informations au niveau des districts, il restait peu de temps pour planifier les activités d'introduction dans les districts.
- Comme indiqué précédemment, la date de la première dose du vaccin ne correspondait pas au début de l'année scolaire, comme cela avait été prévu à l'origine. En conséquence, la troisième dose devait être administrée pendant l'année scolaire suivante, compliquant davantage le suivi des filles qui avaient reçu les deux premières doses.
- La participation du ministère de l'Éducation et des autres partenaires au processus de planification était bonne.
- La formation des enseignants n'était pas optimale, sachant que le manuel de formation et certains documents d'accompagnement n'étaient pas disponibles à tous

les niveaux et que les délais étaient trop courts pour permettre aux enseignants d'être munis des recommandations et des informations nécessaires.

- Les rôles et les tâches n'étaient pas clairs pour les différents acteurs impliqués dans les formations (travailleurs de la santé, enseignants, agents de santé communautaire)

Voir l'Annexe III pour la liste complète de forces et des faiblesses identifiées dans l'EPI

Analyse des coûts

L'analyse des coûts a également été retardée en raison de la lenteur du déblocage des fonds pour commencer les activités. Ce retard a également eu des conséquences sur l'arrivée du consultant local chargé de diriger l'analyse, qui a été contraint d'accepter un autre contrat pendant la résolution des questions de financement de l'étude. L'analyse des coûts s'est finalement terminée en août 2015. Le rapport a révélé qu'en dépit de l'insuffisance des efforts de communication et de sensibilisation en faveur des responsables, une partie importante du budget d'introduction avait été consacrée à ces activités particulières (soit 34% du budget total). Une des principales conclusions a été le problème d'allocation des fonds aux différents niveaux - le niveau central a utilisé à lui-seul 52% du budget qui était destiné à la communication et à la formation, alors qu'au niveau opérationnel (qui était le niveau où les besoins de financement étaient les plus importants,) seulement 39% du budget a été utilisé. En outre, l'analyse ne comptabilisait pas les coûts supplémentaires associés à l'assistance technique (par exemple, l'assistance technique fournie par JSI par le biais du financement de l'Alliance Gavi était distincte du financement du projet pilote de vaccination contre le VPH et distincte des contributions des autres partenaires financées par des moyens extérieurs à ceux du projet pilote.) Au total, l'analyse des coûts a révélé que la première phase d'introduction a coûté 118 818,525 FCFA en une année – soit près de 57% du budget total d'introduction disponible (207 852,694 FCFA). En comparant l'analyse des coûts avec l'EPI et les autres observations, il est difficile de savoir si les fonds restants après l'administration des deux premières doses et les fonds estimés du projet pilote initial anti-VPH ont été alloués de manière appropriée pour couvrir l'administration des trois doses ainsi que la deuxième année de la démonstration. Pour planifier les cycles ultérieurs de la vaccination anti-VPH, des fonds supplémentaires étaient nécessaire pour achever la première phase et la deuxième année. Cela a eu pour effet de dépenser les fonds restants de l'introduction des autres vaccins (à savoir les fonds consacrés à l'introduction des vaccins contre le VPC et le rotavirus) pour couvrir les coûts opérationnels restants de l'introduction pilote du VPH.

PHASE II DE L'INTRODUCTION - PLANIFICATION ET PRÉPARATION

La deuxième année de l'introduction du vaccin devait commencer au mois d'octobre 2015 et il était prévu d'utiliser la même stratégie que pour la première phase - c'est-à-dire une méthode basée sur une campagne impliquant sept journées d'administration du vaccin dans les écoles et dans la communauté tout au long de l'année scolaire sur la base d'un calendrier à trois doses. Pourtant, les questions de durabilité et de financement de cette approche avaient été discutées entre la DI et l'Alliance Gavi, plus particulièrement la question du coût élevé de la mise en œuvre de la stratégie d'introduction utilisée. Le seul coût de l'introduction de la première phase dans les trois districts d'origine s'élevait à plus de 120 millions de francs CFA ; et il a été estimé que plus de deux milliards de francs CFA supplémentaires seraient nécessaires pour la mise à l'échelle du vaccin dans les 72 districts d'ici à 2017. En outre, compte tenu des directives révisées de l'OMS / SAGE selon lesquelles le vaccin contre le VPH peut être administré en deux doses à six mois d'intervalle (plutôt que le calendrier 1-2-4 doses utilisé au Niger pendant la première phase), le pays a décidé de passer à un calendrier à deux doses.

En plus du passage de trois à deux doses, il a également été décidé que le vaccin serait administré par le biais du système de routine du PEV (plutôt que dans les écoles), avec deux phases pour documenter l'expérience d'introduction à l'aide de cette nouvelle stratégie et appliquer ces enseignements pendant la mise à l'échelle nationale finale. La nouvelle approche a été approuvée par l'Alliance Gavi et le document de stratégie révisée a été partagé avec l'ensemble du personnel du PEV et les partenaires impliqués dans l'introduction, ainsi qu'avec les équipes en charge de l'introduction aux niveaux régional et des districts.

La Phase II a ensuite été programmée pour le mois de novembre 2015. Malheureusement, en raison de priorités concurrentes, telles que les JNV contre la poliomyélite et une campagne nationale contre la rougeole, le personnel de la DI n'a pas pu travailler avec les régions et les districts sanitaires suffisamment à l'avance pour élaborer et soumettre la deuxième phase de l'introduction au Fonds commun et permettre le déblocage des fonds avant le mois de novembre 2015.

Par la suite, un comité technique pour la Communication et le plaidoyer a été créé, composé de points focaux en charge de la communication auprès de l'OMS, de l'UNFPA, de la DI et du responsable de la Division de vaccination de la DI dans l'objectif d'élaborer un plan de communication et un plan d'action avec un budget connexe pour la mise en œuvre de la deuxième phase de l'introduction du vaccin contre le VPH. Une nouvelle date de lancement a été fixée au 6 février 2016 et le ministre de la Santé Publique a publié une annonce officielle. En raison de l'expiration imminente de 14 522 doses de vaccins contre le VPH au Niger (restants de la première phase), une mini-campagne de vaccination a été organisée et le vaccin a été administré aux filles scolarisées à Niamey 3 et Niamey 4 les 8 et 9 février afin d'utiliser les vaccins avant leur date d'expiration. Au moment de la rédaction de ce rapport, la stratégie de la prochaine phase d'introduction (introduction par le biais du système de VR) et celle visant à atteindre les filles vaccinées pendant la campagne de vaccination du mois de février était en cours d'ajustement, sachant que la demande de

budget et de financement avait été soumise au Fonds commun, et que le déblocage des fonds était en instance.

Les tableaux suivants résument quelques observations générales sur la Phase I de l'introduction pilote du VPH, des domaines nécessitant des améliorations et les nouvelles stratégies mises au point sur la base des besoins identifiés :

Tableau 2: Enseignements tirés de la Phase I et leur application à la Phase II

Aspects de la planification et de la préparation	Domaines à améliorer	Approches proposées pour relever les défis après l'achèvement de la Phase I	Situation actuelle / résultat des révisions de la stratégie de la Phase II
Perception de l'importance du vaccin dans la population	Faible à Niamey – la diffusion et la compréhension des messages clés étaient insuffisantes	Intensifier les messages et la sensibilisation à l'aide des médias locaux, ainsi que la participation des dirigeants communautaires et des OSC locales.	Les messages et la sensibilisation ont été révisés et les dirigeants communautaires ont été identifiés.
Niveau de l'organisation du système de santé pour intégrer ce vaccin, compte tenu de la population cible différente du PEV en routine	Pas très évident. La démonstration de la vaccination contre le VPH a été réalisée à l'aide d'une approche basée sur une campagne auprès des adolescentes et n'était pas associée au PEV de routine	Souligner les âges cibles et la justification de la vaccination contre le VPH (par exemple, au cours des activités de formation et de communication, insister sur le fait que le cancer du col utérin peut être évité chez les filles grâce à une vaccination précoce lorsque la majorité de ces filles sont accessibles - par exemple pendant l'année scolaire), et déterminer comment et si la mise à l'échelle au-delà de la période de démonstration sera associée au PEV de routine	Pendant la deuxième phase, le vaccin sera intégré dans le système de routine du PEV dans les trois districts pilotes et l'expérience sera documentée pour déterminer les approches et le déploiement futurs.
Intérêt du secteur de l'éducation dans l'administration du vaccin aux élèves	Il n'y a actuellement aucune action de promotion de la santé des adolescentes dans les écoles.	Renforcer la promotion de la santé des adolescentes en milieu scolaire et accroître la participation des partenaires (par exemple, les OSC, les écoles, les groupes parents / d'enseignants, etc.) pour se concentrer sur ce qui a été décrit dans la proposition. Renforcer la coordination de l'assistance et du soutien avec	Pendant la Phase II, il a été prévu que les services scolaires de santé soient intégrés dans la vaccination contre le VPH. En outre, l'UNFPA et les associations de femmes seront ciblées dans le cadre du partenariat sur la santé

		le secteur de l'éducation.	des adolescents.
Décision de vacciner les filles et pas les garçons	Idée fausse selon laquelle le vaccin rend les filles stériles	Bien expliquer que la maladie évitable (à savoir, le cancer du col de l'utérus) ne concerne que les femmes	Des affiches et des dépliants seront distribués et expliqueront clairement pourquoi les filles sont les principales bénéficiaires du vaccin qui les protège contre le cancer du col de l'utérus.
Coordination entre le secteur de la santé et le secteur de l'éducation	Coordination faible	Promouvoir la coordination en organisant une formation / une conférence sur la santé et l'hygiène dans les écoles	Des activités collaboratives entre le secteur de la santé et le secteur de l'éducation sont prévues par le biais de points focaux sanitaires (à savoir, une formation et une supervision commune)
Intérêt des dirigeants communautaires influents pour le vaccin	Intérêt limité de la part des dirigeants communautaires influents	Assurer une formation / une sensibilisation ciblée destinée aux dirigeants communautaires	Les dirigeants communautaires et religieux influents ont été identifiés pour mener les actions de sensibilisation
Assurer le suivi des abandons et leur vaccination	Manque d'organisation / de formation / de motivation au niveau communautaire pour assurer un suivi actif des abandons et une vaccination ultérieure	Réaliser un inventaire des organisations communautaires existantes, examiner leur mandat, puis les former et les inciter à travailler avec les établissements de santé pour identifier les filles qui ont abandonné la vaccination et les encourager à recevoir la dose supplémentaire	Les districts de santé ont effectué un inventaire des OSC qui fonctionnent dans leurs domaines afin de les impliquer dans la vaccination des filles.

Tableau 3: Améliorations proposées de la stratégie de la Phase – niveau scolaire vs. niveau communautaire

Activité	Niveau scolaire	Niveau communautaire
Micro-planification des activités	<i>Problème identifié :</i> La micro-planification n'est pas suffisamment détaillée	<i>Problème identifié :</i> La micro-planification a été réalisée à Madarounfa mais était insuffisamment détaillée ; pas de micro-planification à Niamey
	<i>Stratégie de la Phase II :</i> Micro-planification détaillée dans chaque école au sein zones de couverture sanitaire en collaboration avec les CSI	<i>Stratégie de la Phase II :</i> Améliorer la micro-planification à Niamey avec le soutien des bénévoles communautaires
Recensement de la population cible à vacciner	<i>Problème identifié :</i> Manque de stratification de la population cible (en particulier pour séparer les filles âgées de 11 ans) ; certaines écoles ne disposaient pas de la comptabilisation des cibles	<i>Problème identifié :</i> La comptabilisation des cibles était souvent insuffisante
	<i>Stratégie de la Phase II :</i> Utiliser les registres des élèves pour identifier les cibles (CMI) et stratifier la population cible dans chaque classe de CMI : filles âgées de 11 ans et de 9-13 ans	<i>Stratégie de la Phase II :</i> Travailler avec les bénévoles et les dirigeants communautaires pour comptabiliser toutes les filles âgées de 11 ans (afin d'identifier la population cible totale des filles scolarisées et non scolarisées).
Identification des cibles par zone	<i>Problème identifié :</i> Confusion sur la classe la plus appropriée enregistrant le nombre le plus élevé de filles ciblées par la vaccination, en particulier à Niamey 3 & 4	<i>Problème identifié :</i> La vérification de l'âge était parfois difficile en l'absence de documents d'identité
	<i>Stratégie de la Phase II :</i> Sur la base de l'expérience de la Phase I, il a été convenu que les filles scolarisées en classe de CMI représentaient le nombre le plus	<i>Stratégie de la Phase II :</i> Collaborer avec les parents pour documenter l'âge des filles non scolarisées pendant l'évaluation

Activité	Niveau scolaire	Niveau communautaire
	élevé de membres de la population ciblée	
Lancement officiel	<p><i>Problème identifié :</i></p> <p>Aucun problème pendant le lancement – qui a été bien géré et qui a eu un impact positif sur la sensibilisation au programme</p>	<p><i>Problème identifié :</i></p> <p>Les communautés sont engagées même si une participation accrue reste nécessaire après le lancement</p>
	<p><i>Stratégie de la Phase II :</i></p> <p>Poursuivre la cérémonie de lancement et assurer le suivi du plaidoyer en faveur de déploiement dans chaque district nouvellement sélectionné</p>	<p><i>Stratégie de la Phase II :</i></p> <p>Améliorer la participation des communautés pour soutenir la mise en œuvre après la cérémonie de lancement</p>
Suivi des abandons	<p><i>Problème identifié :</i></p> <p>Le suivi était insuffisant à Niamey 3 & 4</p>	<p><i>Problème identifié :</i></p> <p>Manque de mesures incitatives et de suivi des bénévoles</p>
	<p><i>Stratégie de la Phase II :</i></p> <p>Renforcer le système de VR afin d'améliorer le suivi et de réduire le taux d'abandon</p>	<p><i>Stratégie de la Phase II :</i></p> <p>Si possible, proposer des incitations aux bénévoles et surveiller leur implication en obtenant leur soutien pour identifier les abandons et assurer que les doses prévues soient administrées.</p>
Acceptation du vaccin	<p><i>Problème identifié :</i></p> <p>Refus de la vaccination à Niamey 3 par les directeurs des écoles religieuses (Chrétiens et Musulmans) et les chefs religieux.</p>	<p><i>Problème identifié :</i></p> <p>Participation insuffisante de la communauté dans les zones urbaines, entraînant une baisse de la couverture.</p>
	<p><i>Stratégie de la Phase II :</i></p> <p>Identifier les écoles religieuses où le vaccin a été refusé et diffuser des messages spécifiques aux responsables préalablement à chaque cycle de vaccination.</p>	<p><i>Stratégie de la Phase II :</i></p> <p>Impliquer les médias et poursuivre la sensibilisation de la communauté pour augmenter l'utilisation du vaccin.</p>

Activité	Niveau scolaire	Niveau communautaire
Proportion de filles vaccinées	<i>Problème identifié :</i> Dénominateurs incohérents	<i>Problème identifié :</i> Dénominateurs incohérents
	<i>Stratégie de la Phase II :</i> Harmoniser les données sur la population cible et les données obtenues auprès des autorités éducatives régionales, ainsi que les données de population obtenues auprès des écoles.	<i>Stratégie de la Phase II :</i> Harmoniser les données du micro-recensement avec les données statistiques régionales.

Enseignements tirés – planification de la Phase II

1. Sachant qu'une proportion importante d'adolescentes vivent en milieu urbain (à savoir dans les districts de Niamey), les réunions, les actions de sensibilisation, de coordination et de suivi entre les écoles et les centres de santé doivent être planifiées dans chaque zone sanitaire bien à l'avance des dates de vaccination prévues afin d'assurer l'acceptation et la participation à la vaccination.
2. Dans le cadre d'une stratégie en milieu scolaire, tous les moyens doivent être déployés pour assurer que la première dose du vaccin soit administrée en même temps que le début de l'année scolaire, afin d'avoir le taux d'abandon le moins élevé possible entre les doses. Sachant que le déploiement de la Phase II est en cours, la communication avec les écoles doit être renforcée et les messages sur la stratégie doivent être clairs pour que les directeurs des écoles, les parents et les autres personnes influentes assurent que les filles reçoivent les doses prévues aux dates et sur les lieux prévus.
3. Les rôles et les responsabilités des différentes parties prenantes (les vaccinateurs, les travailleurs de la santé communautaire, les enseignants, les dirigeants communautaires, etc.) doivent être clairement définis et tous les acteurs doivent être orientés pendant les séances de formation afin d'améliorer le processus d'introduction et la couverture vaccinale. Le plus grand nombre de parties prenantes possibles (enseignants, travailleurs de la santé, dirigeants communautaires, etc.) doit être inclus dans les activités d'introduction, de formation et d'orientation.
4. Pour mieux informer le processus de micro-planification, identifier la population cible et estimer la couverture vaccinale, un recensement systématique des jeunes filles âgées de 9-13 ans (scolarisées ou non) doit être effectué à l'avance par les enseignants et les agents de santé communautaires dans chaque zone sanitaire.
5. Les districts de santé doivent être pris en charge dans le processus de micro-planification par les équipes techniques de niveau régional.

6. Les districts de santé doivent avoir toute latitude pour allouer leurs budgets d'introduction en fonction de ce qu'ils jugent être les priorités, afin d'éviter les déficits de financement (comme cela a été le cas pendant la première phase en raison de niveaux de financement fixes prescrits par catégorie).

RECOMMANDATIONS POUR LES PROCHAINES INTRODUCTIONS

Après l'achèvement de la Phase I, les recommandations générales suivantes ont été émises pour la prochaine phase de la démonstration du VPH et le déploiement au Niger :

1. Un groupe de travail technique sur le VPH, dirigé par le MSP (avec la participation du MEN et des partenaires du CCIA) doit être formalisé et doit se réunir régulièrement pour fixer le calendrier de la promotion de la mise en œuvre de la vaccination contre le VPH afin d'assurer que les activités restantes soient effectuées et fassent l'objet d'une stratégie (notamment en liaison avec l'Alliance Gavi) pour faire évoluer les plans de vaccination contre le VPH. Ce GTT sur le VPH assurera ensuite une supervision des recommandations suivantes, sur la base du plan convenu pour le déploiement futur du vaccin contre le VPH ;
2. Assurer que le calendrier, les besoins financiers, et les rôles et les responsabilités du MSP / de la DI et des partenaires sont discutés et décrits avec le CCIA et le Groupe de travail technique sur la vaccination dès que la décision de démarrer l'introduction du nouveau vaccin aura été prise. La totalité des partenaires clés doivent également participer très tôt au processus de planification tel que la budgétisation et le développement des programmes d'activité et des calendriers convenus) et tout au long de la mise en œuvre ; cela contribuera à l'organisation des calendriers, à la hiérarchisation des priorités et à la planification des activités, à assurer la disponibilité des principaux points focaux, et à clarifier le montant des fonds nécessaires et dans quels délais ;
3. Préparer et fournir une assistance technique adaptée à la vaccination / au VPH au début du processus de planification pour faciliter le démarrage initial du processus d'introduction du nouveau vaccin, et soutenir les activités préparatoires clés qui jettent les bases d'une introduction réussie ;
4. Communiquer sur les besoins et assurer le versement des fonds provenant du Fonds commun bien à l'avance de sorte qu'ils soient disponibles dans des délais appropriées pour que les préparatifs et les formations puissent avoir lieu selon le calendrier prévu ;
5. Développer et surveiller en permanence la liste de contrôle des activités préparatoires (dirigées par le MSP et impliquant les partenaires de manière active) afin de renforcer les engagements et de superviser la mise en œuvre rapide de l'introduction du nouveau vaccin ;
6. Élaborer et mettre régulièrement à jour un calendrier et un chronogramme unifiés des activités - qui décrivent en détail les activités de démonstration du VPH et comprennent également les autres campagnes, l'introduction de nouveaux vaccins, les processus de planification annuelle, etc. pour contribuer à la synchronisation et à la disponibilité des ressources humaines et financières ;
7. Partager et coordonner les rôles et les responsabilités entre les responsables des principaux partenaires et les programmes afin d'éviter les priorités concurrentes avec les autres activités pendant l'application et le processus de planification initiale ;

8. Intensifier les efforts de mobilisation sociale et de communication dans les quartiers urbains (y compris la planification et le déploiement de la deuxième phase de la démonstration) et cibler les dirigeants des OSC et de la communauté qui ont le plus d'influence, en particulier les chefs religieux, afin qu'ils soutiennent et encouragent la démonstration de la vaccination contre le VPH et la prévention du cancer du col de l'utérus ;
9. La DI et ses partenaires doivent accélérer le processus et le calendrier de mise en œuvre pour la deuxième phase de la démonstration, notamment en assurant le financement de l'analyse des coûts afin que les activités associées à la santé des adolescents commencent le plus tôt possible en 2016 ;
10. Mettre à la disposition de tous les acteurs impliqués dans la mobilisation et la vaccination des adolescentes des documents de formation et des informations sur la prévention du cancer du col de l'utérus.
11. Assurer la conduite d'une campagne médiatique à grande échelle faisant la promotion de la vaccination des adolescentes.
12. Organiser des ateliers ou des réunions / discussions post-introduction avec les principaux intervenants pour partager leurs observations / rétroaction et réfléchir à l'introduction du vaccin.

ANNEXE I : MODÈLE DE LISTE DE CONTRÔLE POUR L'INTRODUCTION PILOTE DU VACCIN CONTRE LE VPH, NIGER, AOÛT 2014

N°	Question	Statut	Action(s) à mener	Agence principale / Point focal
I	Besoins en matériel pour la chaîne du froid			
A	Évaluation des besoins au niveau national avec l'équipe responsable de la chaîne du froid	Effectuée et le rapport est disponible. L'analyse des données de l'inventaire est terminée et a été partagée avec l'Alliance Gavi et les autres partenaires.	-	UNICEF, JSI/Gavi et OMS sous la coordination du PEV/CFL
B	Évaluation de la gestion efficace des vaccins (GEV)	Complétée	Le rapport est attendu.	Consultant de l'OMS auprès du sous-comité de la logistique
C	Plaidoyer auprès des nouveaux partenaires ciblés pour obtenir du matériel supplémentaire pour la chaîne du froid	En cours. Le rapport d'inventaire analysé et créé par JSI a été largement partagé avec les partenaires de l'Alliance Gavi. Une proposition spéciale a été soumise à l'Alliance Gavi pour le renforcement de la chaîne du froid au niveau central. Nous attendons leurs instructions par l'intermédiaire du Fonds commun / Gavi.	En attente de la décision de l'Alliance Gavi	Sous-comité logistique / PEV Sous-comité des communications sous la coordination du responsable du PEV.
D	Les capacités de stockage sont insuffisantes au niveau régional	Cinq chambres froides ont été installées avant l'introduction des vaccins anti-rotavirus et VPC13 dans toutes les régions à	Installation de la nouvelle chambre froide dans la région de Niamey.	CFL & UNICEF

N°	Question	Statut	Action(s) à mener	Agence principale / Point focal
		l'exception de Niamey.		
E	Plan de distribution des nouveaux équipements dans les districts	À l'exception des chambres froides régionales, le nouvel équipement de la CF est arrivé mais n'a pas été réceptionné officiellement.	Nous attendons l'arrivée d'un nouvel équipement afin de proposer un plan de distribution pour le matériel en stock sur la base des inventaires terminés.	Département de la CFL/PEV coordonné par le sous-comité CFL
F	Distribution et installation des nouveaux équipements dans les centres de santé et dans les quartiers dans les trois districts pilotes	Complétées	-	UNICEF/DI
2	Révision des outils d'enregistrement, de signalement et de suivi du PEV			
A	Examen des documents d'orientation technique et des autres documents stratégiques du PEV	Complété	Ces nouvelles politiques du PEV devraient être simplifiées et diffusées dans tout le pays.	DI et partenaires
B	Révision de l'ensemble des outils de gestion du PEV (feuille de pointage, carnets de vaccination, dossier médical, formulaires de signalement, etc.)	Effectué. Les outils de gestion ont été révisés, imprimés et distribués avant de décider du type de vaccin que le pays allait utiliser. Les outils révisés contiennent certaines erreurs.	Corriger progressivement ces erreurs lors des visites de supervision de soutien.	Sous-comité technique sous la coordination de la DI.
3	Formation des travailleurs de la santé et des logisticiens			
A	Mise à disposition des documents de formation adaptés (Guide des formateurs, modules de formation pour les professionnels de la santé au niveau	Les documents de formation ont été adaptés et traduits en français. Des copies ont été imprimées et distribuées aux formateurs, mais pas	Impression des supports de formation pour le personnel de santé au niveau opérationnel.	Sous-comité technique sous la coordination de la DI ?

N°	Question	Statut	Action(s) à mener	Agence principale / Point focal
	périphérique)	au personnel de santé		
B	Formation des formateurs	Les formations sont terminées dans les districts de démonstration du VPH.	Suivi de la formation par le biais des visites de supervision de soutien aux districts.	Sous-comité technique
C	Formation des professionnels de la santé au niveau opérationnel	La formation des professionnels de santé et des membres de la communauté est complétée.	-	Sous-comité technique
D	Formation des logisticiens (installation et entretien du matériel de la chaîne du froid)	Pas encore	Organiser la formation, planifier les prochaines étapes spécifiques	Sous-comité technique / des communications / logistique et de la chaîne du froid (LCF)
E	Formation des éducateurs en santé communautaire et / ou des responsables de la sécurité	N'est pas terminée	Formation des éducateurs et des responsables de la sécurité dans la communauté.	Sous-comité technique / des communications / logistique et de la chaîne du froid (LCF)
4	Plaidoyer, communication et mobilisation sociale			
A	Former et promouvoir les partenaires, mobiliser les ressources nécessaires pour acheter du matériel CF supplémentaire.	Complété mais il reste des besoins non satisfaits	Poursuite des formations.	Sous-comité des communications
B	Élaborer les messages clés (pour répondre aux inquiétudes en matière de CAP et aux inquiétudes des parents face à ce vaccin)	Complété. Des messages clés ont été développés et testés pour le VPH Des messages ont été diffusés avant le lancement du vaccin.	Continuer à diffuser des messages dans le contexte de la vaccination de routine, en particulier dans les zones où il y a une résistance contre la vaccination.	Sous-comité des communications
C	Identifier et former les médias	Les médias sont identifiés	Démarrer les programmes de sensibilisation avant	Sous-comité des communications

N°	Question	Statut	Action(s) à mener	Agence principale / Point focal
			l'introduction des vaccins.	
D	Communication au sein de la communauté	Effectué mais le travail doit se poursuivre	Poursuite des programmes de sensibilisation.	Sous-comité des communications avec les bénévoles de la communauté
5	Fourniture du vaccin et du matériel d'injection			
A	Enregistrer les vaccins auprès de l'Autorité nationale de réglementation (ANR)	Oui	-	MS
B	<ul style="list-style-type: none"> - Préparer un plan de distribution - Assurer les capacités de stockage au niveau régional - Distribution des vaccins et des produits 	<p>Complété</p> <p>Complété</p> <p>Complété</p>	Approvisionner régulièrement les districts en vaccins et en matériel d'injection, en accordant une attention particulière à la gestion des stocks.	Sous-comité logistique et responsables de la vaccination à tous les niveaux
6	Sécurité des injections, gestion et élimination des déchets			
A	Disponibilité des vaccins et des seringues, des aiguilles, des boîtes de sécurité, etc. au niveau national	<p>Les vaccins et le matériel d'injection sont d'ores et déjà disponibles dans le pays.</p> <p>La distribution a été effectuée dans les provinces et à partir des provinces vers les districts.</p>	Veiller à ce que les vaccins et le matériel d'injection soient toujours distribués conformément à la stratégie groupée.	CFL/ MS
B	Disponibilité des incinérateurs fonctionnels dans les établissements de santé	L'inventaire actuel indique qu'il y a cinq grands incinérateurs modernes (Maradi, Zinder (2), Tillabéri, Niamey). Maradi, Zinder (2), Tillabéri, Niamey) Mais presque tous les CSI	<p>Créer un circuit de collecte et de transport des déchets vers des incinérateurs si nécessaire.</p> <p>Décider la conduite à tenir dans les</p>	CFL/ MS

N°	Question	Statut	Action(s) à mener	Agence principale / Point focal
		sont équipés d'incinérateurs.	centres de santé qui ne disposent pas d'incinérateurs ?	
C	Formation sur l'utilisation correcte des incinérateurs	Pas encore	Planifier et réaliser une formation (proposer une date)	CFL/ MS
D	Autres tâches (à définir)			
7	Système de surveillance mis à jour pour les maladies évitables par la vaccination (MVE) et les manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI) en lien avec les nouveaux vaccins			
A	La surveillance des MAPI ne fonctionne pas - que faut-il faire ?	Intégrer les MAPI dans le système de surveillance en routine.	Proposer des actions spécifiques	
B	Formation du personnel de supervision	Intégration dans la Surveillance intégrée de la maladie et riposte (SIMR) Une surveillance spécifique après l'introduction des vaccins contre le VPH, a été discutée pendant la formation du personnel sur l'INV	?	MS
C	Le système de surveillance et de notification est à jour pour le nouveau vaccin	Complété. Les outils de notification des maladies du PEV ont été mis à jour avec des informations spécifiques aux pneumocoques et au rotavirus.	Sensibiliser et former les cliniciens à la définition des cas et au système de notification des maladies.	MS
8	Préparation de la cérémonie de lancement			
A	Fixer la date d'introduction	Les dates ont été fixées. La première et la seconde dose de vaccin contre le VPH ont été administrées aux mois d'avril et de	Préparer l'administration de la 3 ^e dose du vaccin contre le VPH dans les trois districts pilotes ;	Sous-comité technique (avec le soutien de JSI)

N°	Question	Statut	Action(s) à mener	Agence principale / Point focal
		juin 2014, respectivement.		
B	Identifier le site pour la cérémonie de lancement	Effectué pour tous les vaccins.		Sous-comité technique et partenaires
C	Préparer le site avec les documents et les médias IEC.	Complété		Sous-comités techniques et de mobilisation sociale
9	Documentation			
A	Réunion d'évaluation pour les deux doses de vaccin contre le VPH pour identifier les défis et les enseignements tirés.	Pas encore	Organiser la réunion d'évaluation, identifier les enseignements tirés pendant la Phase I de la démonstration de la vaccination contre le VPH, et améliorer les préparatifs pour la Phase 2 du projet (au niveau national).	Tous les sous-comités du CCI et les partenaires
B	Lien entre l'introduction des nouveaux vaccins et le renforcement de la vaccination de routine dans le PEV.	Pas encore	Amélioration du plan de mise en œuvre ; Renforcement des compétences du personnel ; Amélioration de l'utilisation communautaire des services de vaccination ; Rôle des services de vaccination de pointe pour réduire le nombre d'enfants non vaccinés.	Tous les sous-comités du CCI et les partenaires
C	Plans pour l'EPI	6 à 12 mois après l'introduction.		

ANNEXE II : CALENDRIER D'INTRODUCTION DU VPH

ANNEE																										Responsables				
Chronogramme de mise en œuvre du test de démonstration pour l'introduction du vaccin de lutte contre le cancer du col de l'utérus au Niger																														
Mois	Oct-13	Décembre				Jan-14				Février			Mars				Avril				Mai									
Semaine						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Activité																														
Mise en place du Comité national de pilotage																														
Mise en place du sous-comité (technique, communication et logistique)																														
Actualisation de l'évaluation GEV																														
Élaboration du micro plan dans les 2 districts																														
Élaboration du plan de communication Pneumo en intégrant les résultats de l'enquête CAP																														
Communication des informations aux intervenants clés																														
Mise en place de l'équipe responsable de l'évaluation des interventions de santé à l'intention des adolescents (en collaboration avec la DSME et UNFPA)																														
Mise en place de l'équipe de travail pour la mise à jour de la stratégie de lutte contre le cancer du col utérin																														
Adaptation des matériels IEC et du plan de communication																														
Réexamen et révision des formulaires de vaccination																														

ANNEXE III : RECOMMANDATIONS DE L'EPI SUR LE VPHⁱ

Planification préalable à la mise en œuvre et processus d'introduction du vaccin

Forces de la planification	Faiblesses de la planification
➤ Existence de micro plans au niveau national	• Insuffisance dans la micro planification des districts de Niamey
➤ Recensement des filles au niveau des écoles et au niveau des communautés (Madarounfa)	• Temps limite pour la planification des activités au niveau des districts (retard dans l'information)
➤ Implication du Ministère de l'éducation et des partenaires dans le processus de planification	• Le choix du début de la 1ere dose non adapte au calendrier scolaire
Recommandations pour la planification	
➤ Elaborer les micros plans pour chaque district	
➤ Informer au moins deux mois à l'avance les districts concernes pour leur permettre de réaliser une bonne planification	
➤ Reconsidérer le mois de la 1ere dose lors de la 2eme année du projet de démonstration (Octobre)	

Formation

Forces de la Formation	Faiblesses de la formation
➤ Existence d'un guide de formation	• Manuels de formation non disponible à tous les niveaux et durée de formation insuffisante pour les enseignants
➤ Formation effective à tous les niveaux (central ; régional et district ; CSI)	• Absence de documents de support pour la formation des enseignants (fiche technique, présentations...)
➤ Principaux thèmes sur le vaccin anti-HPV abordés	• Non implication de tous les enseignants des classes ciblées dans les sessions de formation (32%)

- Formation/information des enseignants et leaders effective

Recommandations pour la formation

- Impliquer tous les enseignants des classes ciblées lors de la formation
- Rendre disponible guide/manuel/support de formation a tous les niveaux

Couverture vaccinale

Forces de la couverture	Faiblesses de la couverture
➤ Disponibilité des données sur les cibles scolaires et non scolaire	<ul style="list-style-type: none"> • Exactitude de la cible des filles non scolarisées (11 ans) peu fiable
➤ Existence de support de collecte des données (fiche de pointage, registres, carte de vaccination générique, fiche de synthèse	<ul style="list-style-type: none"> • Non utilisation de tous les supports (exemple fiche de synthèse) Non inscription du vaccin HPV sur la carte générique
➤ L'Age des filles vaccinées est enregistré	<ul style="list-style-type: none"> • Calcul des taux de couverture vaccinale HPV non systématique au niveau CSI
➤ Formule utilisée pour le calcul de la couverture vaccinale anti-VPH correcte	

Recommandations pour la couverture

- Rendre disponible tous les supports de collectes au niveau opérationnel (CSI)
- Systématiser le calcul des taux de couverture par CSI pour apprécier la progression journalière
- Impliquer les leaders communautaires dans la détermination de la cible non scolarisée.
- Poursuivre le calcul des taux de couverture par tranche d'âge et par statut de scolarisation à chaque niveau (CSI, district,

Administration des vaccins

Forces de l'administration	Faiblesses de l'administration
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Obtention du consentement verbal des parents et jeunes filles à la vaccination anti-VPH 	<ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse de la logistique pour faciliter la vaccination au niveau des écoles
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Organisation de la vaccination au niveau des écoles a été facile 	<ul style="list-style-type: none"> • Information tardivement données aux écoles pour leur permettre de mieux s'organiser à recevoir la vaccination
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dispositions prises pour maintenir un bon taux de retour des filles (conservation des cartes au niveau des écoles, adresses téléphoniques...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Application des critères d'éligibilité non homogène • Cible choisi souvent plus âgé que 11 ans
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mise en place de stratégie adaptée pour la vaccination des filles non scolarisées (Madarounfa) 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de rattrapage limitée pour les filles ayant raté la 1ère ou 2ème dose

Recommandations pour l'administration

- Identifier/Utiliser les opportunités d'intégration pour rattraper les filles
- Vaccination en stratégie avancées
- Distribution d'autres intrants (MILLDA, déparasitage...)
- Revoir les critères d'éligibilité ou inclusion des filles
- Communication sur la cible à vacciner (date de naissance/âge révolu!!!)
- Choix de la classe
- Prévenir à temps (1 semaine au moins) les écoles des dates de vaccinations pour dispositions appropriées

Gestion de la chaîne du froid

Forces de la gestion de la chaîne du froid	Faiblesses de la gestion de la chaîne du froid
➤ Existence d'une CDF fonctionnelle jusqu'au niveau des districts et des CSI	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de groupe électrogène dans la plupart des CSI • Faible connaissance de l'utilisation du Bridge Tag dans la plupart sont en low batterie
➤ Capacité de stockage des vaccins et intrants suffisants	<ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse dans le suivi des relevés de température de la CDF dans certains CSI • Absence chambre de Freeze tag (chambre froide) • Absence de fiche de température • Absence mise à jour des fiches de température
	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité de stockage insuffisante au niveau district et central • Vétuste de certains frigo nécessitant d'être remplacés
Recommandations pour la gestion de la chaîne du froid	
➤ Mettre en œuvre le plan d'amélioration de la CDF (EGEV 2014)	
➤ Insister sur la composante CDF dans toutes les formations et supervisions sur le PEV.	

Gestion des vaccins, transport et logistique

Forces de la gestion des vaccins, transport et logistique	Faiblesses de la gestion des vaccins, transport et logistique
➤ Vaccins et matériels d'injection en quantité suffisante : pas de rupture vaccin HPV	<ul style="list-style-type: none"> • Lieu de stockage et logistique de transport des vaccins insuffisants au niveau central
➤ Acheminement à temps des vaccins et intrants	<ul style="list-style-type: none"> • Rupture de stock de vaccins au niveau de certains sites de vaccination (3/12) • BCG • Pneumo
➤ Aucun vaccin périmé trouvé dans la CdF	

- Pas de vaccin trouvé au stade 3 ou 4

Recommandations pour la gestion des vaccins, le transport et la logistique

- Assurer une meilleure conservation des autres intrants par la construction de magasins au niveau central
- Augmenter la capacité de la logistique de distribution des vaccins Camion frigorifique (EGEV 2014)
- Mieux planifier les approvisionnements et la distribution des vaccins pour éviter les ruptures

Gestion des déchets et sécurité des injections

Forces de la gestion des déchets et la sécurité des injections	Faiblesses de la gestion des déchets et sécurité des injections
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Existence d'incinérateurs dans tous les CSI 	<ul style="list-style-type: none"> • Incinérateurs non fonctionnels et non sécurisés dans la plupart des CSI • 64% des incinérateurs des CSI visités non sécurisés
	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de fosses pour l'enfouissement
	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'aiguilles et de déchets tranchants à même le sol (40% des CSI visités)
Recommandations pour la gestion des déchets et la sécurité des injections	

- Mettre en œuvre les directives en rapport avec la gestion des déchets

Perte de vaccins

Forces de la perte de vaccins	Faiblesses de la perte de vaccins
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Présentation du vaccin : 1 dose 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de pertes non calculé par les CSB ; Pas de suivi des taux de perte
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faible taux de perte <1% 	<ul style="list-style-type: none"> • Calcul de taux de perte de vaccin non maîtrisé par quelque

Recommandations pour la perte de vaccins

- Calculer systématiquement le taux de perte des vaccins pour chaque CSB

Suivi et supervision

Forces du suivi et de la supervision	Faiblesses du suivi et de la supervision
<ul style="list-style-type: none">➤ Supervisions menées avant l'administration du vaccin anti-VPH	<ul style="list-style-type: none">• Disponibilité des rapports de supervision
<ul style="list-style-type: none">➤ Existence de supervision intégrée prenant en compte les activités du PEV	<ul style="list-style-type: none">• Absence de retro information aux structures supervisées

Recommandations pour le suivi et supervision

- Documenter les supervisions effectuées et partager les rapports avec les niveaux concernés

Manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI)

Force des MAPI	Faiblesses des MAPI
<ul style="list-style-type: none">➤ Système de notification de cas de MAPI connu à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none">• Procédures nationale de suivi et de notification des MAPI concernant tous les vaccins non disponible à tous les niveaux
<ul style="list-style-type: none">➤ Fiche MAPI disponible à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none">• Kits de prise en charge des MAPI non disponibles avec les équipes
<ul style="list-style-type: none">➤ Aucun cas de MAPI pendant d'administration du vaccin anti-HPV	

Recommandations pour les MAPI

- Mettre à la disposition des équipes des Kits de PEC des MAPI

Sensibilisation, communication et acceptation

Forces de la sensibilisation, communication et acceptation	Faiblesses de la sensibilisation, communication et acceptation
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Une cérémonie officielle de lancement national a été organisée au moment de l'introduction du vaccin anti-VPH 	<ul style="list-style-type: none"> • SENSIBILISATION insuffisante • Communication avec les parents non maîtrisée
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implication des leaders et des enseignants dans la sensibilisation des filles et parents 	<ul style="list-style-type: none"> • Beaucoup de Rumeurs: projet de "démonstration" = interprété par la communauté comme "expérience" Vaccin anti-HPV= contraceptif • Refus observés dans des écoles à Niamey (8 écoles)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Matériel de sensibilisation disponible ➤ Prospectus ➤ Tee-shirt ➤ Affiche ➤ Casquette 	<p>Matériel rendu disponible qu'au 1er passage</p>

Recommandations pour la sensibilisation, communication et acceptation

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Organiser des séances de sensibilisation avec la communauté et toute les personnes/groupes influents sur le nouveau vaccin à temps ;
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Impliquer toutes les personnes influentes dans la sensibilisation (leaders, enseignants...)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Renforcer la compétence des agents de santé sur les techniques de communication avec les parents;
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Saisir toutes les occasions afin de rassurer les populations sur les inquiétudes suscitées par le nouveau vaccin

Pérennité

Forces de la pérennité	Faiblesses de la pérennité
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Existence de ligne budgétaire pour les vaccins traditionnels et le cofinancement 	<ul style="list-style-type: none"> • Procédures de décaissement encore peu flexibles

➤ PPAC disponible en cours d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de fonds spécifiques pour les nouveaux vaccins
	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de financement de coûts opérationnels pour la vaccination PVH en deuxième année

Recommandations pour la pérennité

➤ Mobiliser des fonds pour les coûts opérationnels de la 2ème année du projet de démonstration
➤ Prendre en compte les nouveaux vaccins dans la ligne budgétaire
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Débloquer à temps le cofinancement de l'Etat pour l'achat des nouveaux vaccins.
➤ Rendre flexible la procédure de décaissement des fonds
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réfléchir sur d'autres stratégies de vaccination du HPV plus pérennes pour minimiser les coûts opérationnels de la vaccination

Surveillance

Forces de la surveillance	Faiblesses de la surveillance
➤ Existence d'un registre des cancers au laboratoire d'anatomo-pathologie	<ul style="list-style-type: none"> • Le fonctionnement du registre des cancers au niveau national n'est pas optimal
	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage du cancer du col non systématisé dans toutes les régions

Recommandations pour la surveillance

➤ Rendre plus fonctionnel le registre des cancers dans le cadre du plan de lutte contre les cancers
➤ Systématiser le dépistage du cancer du col au niveau de toutes les régions

Impressions générales

Forces générales	Faiblesses générales
➤ Introduction du vaccin anti-HPV généralement facile	<ul style="list-style-type: none"> • Problème d'organisation : chevauchement des activités

➤ Pas d'incidence sur le PEV et le programme de santé scolaire:	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de temps, changement de stratégie en cours de mise en œuvre, micro planification non respectée
➤ Pas de répercussions financières avec l'introduction du nouveau vaccin	<ul style="list-style-type: none"> •

Recommandations générales

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

i Évaluation Post Introduction du vaccin anti-VPH au Niger - Projet d'introduction/démonstration en 2014. Du 19 novembre au 02 décembre 2014.