## Description: Description: GAVIAlliance

Formulaire de demande

pour les propositions des pays

*en vue d'obtenir un soutien d’environ deux ans pour un*

*programme de démonstration du vaccin anti-VPH*

**Date limite de présentation : 15 septembre 2013**

Présenté par

le Gouvernement de **[Cote d’Ivoire]**

Date de présentation : 14/09/2013]

Veuillez utiliser le formulaire fourni pour soumettre la demande.

Pour toute demande de renseignements, prière de s'adresser à : [proposals@gavialliance.org](mailto:proposals@gavialliance.org?subject=Applications%20for%20New%20Vaccines%20Support) ou aux représentants d'une agence partenaire de GAVI. Les documents pourront être portés à la connaissance des partenaires de GAVI, de ses collaborateurs et du public. Les propositions et les pièces jointes doivent être soumises en anglais, français, espagnol ou russe.

Remarque : veuillez vous assurer que la demande a bien été reçue par le secrétariat de GAVI avant la date limite.

Le Secrétariat de GAVI n'est pas en mesure de renvoyer aux différents pays les documents et pièces transmis. Sauf indication contraire, les documents seront communiqués aux partenaires de GAVI Alliance et au public.

**GAVI ALLIANCE**

**CONDITIONS GÉNÉRALES RELATIVES AUX ALLOCATIONS**

Les pays signeront et accepteront les clauses et conditions suivantes de GAVI Alliance dans les formulaires de demande de soutien. Ces clauses et conditions pourront aussi être incluses dans un accord d’allocation conclu entre GAVI et le pays.

***FINANCEMENT UTILISÉ UNIQUEMENT POUR DES PROGRAMMES APPROUVÉS***

Le pays candidat (« Pays ») confirme que tous les financements apportés par GAVI Alliance pour cette demande seront utilisés et appliqués dans le seul but d'accomplir le ou les programmes décrits dans cette demande. Toute modification substantielle du ou des programmes approuvés devra être révisée et approuvée au préalable par GAVI Alliance. Toutes les décisions de financement pour cette demande sont du ressort du Conseil d'administration de GAVI Alliance et sont subordonnées aux procédures du CEI et à la disponibilité des fonds.

***AMENDEMENT DE LA PRÉSENTE PROPOSITION***

Le pays avertira GAVI Alliance par le biais de son rapport annuel de situation s'il souhaite proposer des changements à la description du ou des programmes dans sa demande de soutien. GAVI Alliance instrumentera toute modification qu'elle aura approuvée et la proposition du pays sera amendée.

***REMBOURSEMENT DES FONDS***

Le pays accepte de rembourser à GAVI Alliance tous les fonds qui ne sont pas utilisés pour le ou les programmes décrits dans la présente demande. Le remboursement par le pays s'effectuera en dollars américains, à moins que GAVI Alliance n'en décide autrement, dans les soixante (60) jours après réception par le pays de la demande de remboursement de GAVI Alliance. Les fonds remboursés seront versés sur le ou les comptes désignés par GAVI Alliance.

***SUSPENSION/RÉSILIATION***

GAVI Alliance peut suspendre tout ou partie de ses financements au pays si elle a des raisons de soupçonner que les fonds ont été utilisés dans un autre but que pour les programmes décrits dans la présente demande ou toute modification de la présente demande approuvée par GAVI. GAVI Alliance se réserve le droit de mettre fin à son soutien au pays pour les programmes décrits dans la présente demande si des malversations des fonds de GAVI Alliance sont confirmées.

***LUTTE CONTRE LA CORRUPTION***

Le pays confirme que les fonds apportés par GAVI Alliance ne seront en aucun cas offerts par lui à des tiers, et qu'il ne cherchera pas non plus à tirer des présents, des paiements ou des avantages directement ou indirectement en rapport avec la présente demande qui pourraient être considérés comme une pratique illégale ou une prévarication.

***AUDITS ET ARCHIVES***

Le pays réalisera des vérifications annuelles des comptes et les transmettra à GAVI Alliance, conformément aux conditions précisées. GAVI Alliance se réserve le droit de se livrer par elle-même ou au travers d'un agent à des contrôles des comptes ou des évaluations de la gestion financière afin d'assurer l'obligation de rendre compte des fonds décaissés au pays.

Le pays tiendra des livres comptables précis justifiant l'utilisation des fonds de GAVI Alliance. Le pays conservera ses archives comptables conformément aux normes comptables approuvées par son gouvernement pendant au moins trois ans après la date du dernier décaissement de fonds de GAVI Alliance. En cas de litige sur une éventuelle malversation des fonds, le pays conservera ces dossiers jusqu'à ce que les résultats de l'audit soient définitifs. Le pays accepte de ne pas faire valoir ses privilèges documentaires à l'encontre de GAVI Alliance en rapport avec tout contrôle des comptes.

***CONFIRMATION DE LA VALIDITÉ LÉGALE***

Le pays et les signataires au nom du Gouvernement confirment que la présente demande de soutien est exacte et correcte et représente un engagement juridiquement contraignant pour le pays, en vertu de ses lois, à réaliser les programmes décrits dans la présente demande.

***CONFIRMATION DU RESPECT DE LA POLITIQUE DE GAVI ALLIANCE SUR LA TRANSPARENCE ET LA RESPONSABILITÉ***

Le pays confirme qu'il a pris connaissance de la politique de GAVI Alliance sur la transparence et la responsabilité et qu'il en respectera les obligations.

***ARBITRAGE***

Tout litige entre le pays et GAVI Alliance occasionné par la présente demande ou en rapport avec elle qui n'aura pas été réglé à l'amiable dans un délai raisonnable sera soumis à un arbitrage à la demande de GAVI Alliance ou du pays. L'arbitrage sera conduit conformément au Règlement d'arbitrage de la CNUDCI alors en vigueur. Les parties acceptent d'être liées par la sanction arbitrale, comme règlement final de ce différend. Le lieu de l'arbitrage sera Genève, Suisse. La langue de l'arbitrage sera l'anglais.

Pour tout litige portant sur montant égal ou inférieur à 100 000 dollars américains, un arbitre sera désigné par GAVI Alliance. Pour tout litige portant sur un montant supérieur à 100 000 dollars américains, trois arbitres seront nommés comme suit : GAVI Alliance et le pays désigneront chacun un arbitre et les deux arbitres ainsi nommés désigneront conjointement un troisième arbitre qui présidera.

GAVI Alliance ne pourra être tenue pour responsable auprès du pays de toute réclamation ou perte en rapport avec les programmes décrits dans la présente demande, y compris et sans limitation toute perte financière, conflit de responsabilités, tout dommage matériel, corporel ou décès. Le pays est seul responsable de tous les aspects de la gestion et de la mise en œuvre des programmes décrits dans la présente demande.

***UTILISATION DE COMPTES BANCAIRES COMMERCIAUX***

Il incombe au Gouvernement du pays éligible de vérifier avec toute la diligence requise l’adéquation des banques commerciales utilisées pour gérer le soutien en espèce de GAVI, notamment le RSS, le SSV, l’appui aux OSC et les allocations pour l’introduction des vaccins. Le représentant soussigné du Gouvernement confirme que le Gouvernement assumera l’entière responsabilité du remplacement du soutien en espèce de GAVI qui serait perdu en raison d’une faillite de la banque, de fraude ou tout autre événement imprévu.

1. Spécifications de la demande

**Q1.** Veuillez préciser le type de soutien de GAVI pour lequel vous présentez la demande.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vaccin préféré**  **(bivalent [GSK] ou quadrivalent [Merck])**  **Voir ci-dessous pour un complément d’information** | **Mois et année de la première vaccination** | **Deuxième présentation préférée1** |
| **Quadrivalent (Merck)** | Novembre 2014 | **Bivalent [GSK]** |

Merci de résumer la justification de votre choix de vaccin préféré. Merci aussi de spécifier si le vaccin a ou non une licence d’utilisation dans votre pays.

Le vaccin quadrivalent en plus de la lutte contre le cancer du col de l’utérus à travers le serotype 16 et 18, il permet aussi de lutter contre les verrues anales à travers les serotypes 6 et 11 et offre un taux de perte de 5%.

Par ailleurs le vaccin quadrivalent a été enregistré en Côte d’Ivoire et obtenu une autorisation de mise sur le marché par la DPM (Direction de la Pharmacie et du Médicament).

Pour en savoir plus sur les vaccins : <http://www.who.int/immunization_standards/vaccine_quality/PQ_vaccine_list_en/en/index.html>

1 Cette « **deuxième présentation préférée** » sera utilisée en cas d’indisponibilité de la présentation préférée du vaccin sélectionné (colonne « **Vaccin »**). Si cet élément n’est pas renseigné, il sera supposé que le pays préfère attendre que le vaccin sélectionné devienne disponible.

1. Résumé principal

**Q2.** Veuillez faire un résumé des justifications du programme de démonstration du vaccin anti-VPH, ainsi que les résultats escomptés.

1. ***Contexte***

*Située en Afrique occidentale, dans la zone subéquatoriale, entre le 10ème degré de latitude Nord, le 4ème et le 8ème degré de longitude Ouest, la Côte d’Ivoire couvre une superficie de 322 462 Km². Elle est limitée au Nord par le Burkina Faso et le Mali, à l’Ouest par le Libéria et la Guinée, à l’Est par le Ghana et au Sud par le Golfe de Guinée.*

*La population de la Côte d’Ivoire était estimée, en 2013, à 23 875 466 habitants selon les projections de l’Institut National de la Statistique (INS) établies sur la base des données du Recensement Général de la Population et de l’Habitat (RGPH) de 1998.*

*Selon l’Enquête sur le Niveau de Vie (ENV) de 2008, le niveau d’alphabétisation est relativement faible (55,8 % chez les 15 à 24 ans). Le taux de scolarisation dans le primaire, est passé de 56,5% en 2002 à 56,1% en 2008 avec 58,8% chez les garçons contre 53,1% chez les filles. Il est de 49,8% en milieu rural et 68,2% en milieu urbain.*

*Selon le rapport d’activités de la DMOSS/MENET, le taux de scolarisation des fillettes de 10 ans dans le district de Korhogo en 2013 est de 47%, celui d’Abengourou est de 66%. Le taux net de scolarisation des filles en 2013 est de 81% au niveau national.*

*Le pays a traversé une série de crises politiques et militaires depuis 1999 dont la dernière remonte a novembre 2010. Depuis la mise en place du nouveau Gouvernement en mai 2011, il y a un climat politique apaisé permettant la mise en œuvre des activités sanitaires.*

*L’amélioration du cadre macroéconomique et l’apaisement du climat social ont conduit à la conclusion d’un programme triennal appuyé par la Facilité Elargie de Crédit couvrant la période 2009-2011. La reprise effective de la coopération financière et l’atteinte du point de décision de l’Initiative PPTE ont permis d’enregistrer un taux de croissance du PIB réel de 3,8% en 2009 et environ 6% en 2012. Parallèlement, le PIB par tête a connu une croissance très faible de 0,24% en moyenne par an sur la période 2004 - 2010.*

*L’Enquête de Niveau de Vie des Ménages de 2008 a révélé un taux de pauvreté de 48,9%. Ce taux était de 29,5% en milieu urbain et 62,5% en milieu rural.*

*La Côte d'Ivoire demeure un poids économique important dans la Sous-région Ouest africaine, avec 39% de la masse monétaire et contribue pour près de 40% au PIB de l'Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine (UEMOA).*

*Le système de santé ivoirien comprend l’offre publique de soins, l’offre privée de soins et l’administration sanitaire. Il est de type pyramidal avec trois (3) échelons et deux versants : l’un gestionnaire et l’autre prestataire.*

*Le système de santé est dominé par un secteur public prépondérant et un secteur privé en plein essor, à côté desquels existe la médecine traditionnelle qui occupe une place relativement importante.*

*Le versant prestataire ou offre de soins comprend (i) le niveau primaire représenté par 1910 Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) (1237 centres de santé ruraux, 514 centres de santé urbains dont 25 à base communautaires, 127 centres de santé urbains spécialisés, 32 formations sanitaires urbaines dont 15 à base communautaire), (ii) le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence (66 Hôpitaux Généraux, 17 Centres Hospitaliers Régionaux, 02 Centres Hospitaliers Spécialisés) et (iii) le niveau tertiaire composé des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence (04 Centres Hospitaliers Universitaires, 05 Instituts Nationaux Spécialisés (Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d’Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie d’Abidjan (ICA)), 04 autres Etablissements Publics Nationaux (EPN) d’appui (Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), Pharmacie de la Santé Publique (PSP), Service d’Aide Médicale d’Urgence (SAMU)).*

*Le versant gestionnaire ou administratif comprend (i) le niveau central composé du Cabinet du Ministre, des directions et services centraux, qui ont une mission de définition, d’appui et de coordination globale de la santé, (ii) le niveau intermédiaire composé des Directions Régionales (20) qui ont une mission d’appui aux Districts sanitaires pour la mise en œuvre de la Politique Sanitaire et (iii) le niveau périphérique composé des Directions Départementales de la Santé (79) ou Districts sanitaires qui elles sont chargées à leur niveau de rendre opérationnelle la Politique Sanitaire.*

*Le district sanitaire est l’unité opérationnelle du système de santé, permettant la mise en œuvre des soins de santé. Il regroupe l’ensemble des structures sanitaires publiques et privées sur son aire de desserte qui offrent aux populations des soins essentiels. Il est également l’unité qui planifie et organise les activités nécessaires à la prise en charge optimale des problèmes de santé des populations, avec leur pleine participation.*

*Au niveau du public, l’ESPC constitue la porte d’entrée du système de santé et l’hôpital prend en charge les problèmes de santé nécessitant des techniques ou des soins ne pouvant être assurés au premier échelon dans une complémentarité et sans chevauchement des paquets d’activités des deux échelons. L’existence d’un système de référence et de contre-référence permet d’assurer la continuité des soins entre le premier et le deuxième échelon.*

*D’autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires notamment les ministères de la Défense, de l’Economie et des Finances, de l’Intérieur et du ministère en charge des Affaires Sociales.*

*Les ressources humaines de santé (RHS) sont de diverses compétences. En 2010, leur effectif s’élevait à 21 254 agents dont 85% de prestataires de soins avec 3220 médecins, 7361 infirmiers et 2553 sages femmes.*

*Le secteur sanitaire privé s’est développé ces dernières années avec l’émergence d’établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines de pharmacie et infirmeries privées). Il est essentiellement présent dans les grandes agglomérations ou les pôles économiques. En 2011, le pays comptait pour ce secteur, 2036 établissements de santé privés dont 1482 (soit 73%) non autorisés par le MSLS. Sous l’impulsion du MSLS, à la suite des mises en demeure, des autorisations de conformité sont en cours d’établissement pour 1458 d’entre eux. De même, 24 établissements non autorisés ont été fermés.*

*Avec 49 établissements sanitaires, le secteur confessionnel, les associations et les organisations à Base communautaire (ABC/OBC) participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire.*

*En 2007, les effectifs en ressources humaines étaient de 790 médecins, 1173 infirmiers et 184 sages-femmes.*

*La médecine traditionnelle occupe une place importante avec plus de 8500 tradipraticiens de Santé (TPS) recensés par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT). En 2010, 1204 TPS ont été formés ; certains en anatomie et en hygiène conventionnelle, et d’autres en droits de propriété intellectuelle.*

*Un document de politique de Médecine et de Pharmacopée Traditionnelles est disponible.*

1. ***Nature de la demande***

*Le Gouvernement de Cote d’Ivoire à travers le Ministère de la Santé et de la lutte contre le SIDA (MSLS) sollicite l’appui de GAVI Alliance en vue d'obtenir un soutien d’environ deux ans pour un programme de démonstration du vaccin anti-VPH. Le MSLS a planifié le démarrage de la démonstration á partir de l’année 2014, sur une durée de 2 ans.*

1. ***Raison du choix des 2 districts pour le projet de démonstration***

*Deux districts sanitaires ont été choisis pour le programme de démonstration : Abengourou et Korhogo. Ce choix se justifie par les raisons suivantes :*

* *Le district sanitaire d’Abengourou a une bonne expérience sur les programmes de lutte et de dépistage précoce du cancer du col de l’utérus. Il abrite un comité régional de lutte contre le cancer depuis 2010 pour exécuter en phase pilote, le dépistage du cancer du col de l’utérus chez les femmes séropositives, une population hautement vulnérable, facteurs favorisants la survenue du cancer du col en partenariat avec Jhpiego. Sa population féminine est en croissance permanente, on y observe un phénomène de précocité des rapports sexuels. : 100% des grossesses précoces sont constatées chez des adolescentes de 15 à 16 ans ; 70% des filles ont déjà eu leur premier rapport sexuel dans l’intervalle de 13 à 15 ans (données 2012, source SSSU).*
* *Le district sanitaire de Korhogo a un comité local de lutte contre le cancer et un site de dépistage du cancer du col de l'utérus sera ouvert avant fin 2013. Une forte prévalence du VIH de 3,6% en 2 012 est également notée dans ce district. 80% des jeunes filles ont déjà leur premier rapport sexuel à 14 ans. Par ailleurs, le nombre de grossesses en milieu scolaire est de 118 pour l’année scolaire 2012-2013. Parmi elles 75 cas sont issus des classes de 6ème et 5ème et 43 cas proviennent des classes de 2nd et 1ère (Rapport d’activités 2012 du district sanitaire de Korhogo).*
* *Ces deux districts comportent aussi bien un milieu rural qu’un milieu urbain : Korhogo 63% en milieu urbain et 37% en milieu rural ; Abengourou : 60% en milieu rural et 40% en milieu urbain.*

*Ces deux districts présentent des conditions favorables à la mise en œuvre du projet de démonstration : comité de lutte contre le cancer du col de l’utérus déjà existant. De plus, l’ampleur des facteurs de risques du cancer du col de l’utérus dans ces deux districts constitue un élément important nous confortant dans le choix de ces deux districts. Les caractéristiques géographiques et socio-culturelles de ces deux districts réunis sont suffisamment représentatives de l’ensemble du pays : les leçons apprises du projet de démonstration de la vaccination anti-HPV pourront aider pour le passage à l’échelle nationale si la démonstration est concluante.*

1. ***Justification de la demande***

*La Côte d’Ivoire a une incidence du cancer du col de l’utérus de 26,9 pour 100 000 avec une mortalité de 19,1 pour 100 000 selon le GLOBOCAN 2008. Ce cancer représente le 2ème cancer de la femme. Face à cette situation le pays s’est engagé à renforcer la lutte contre le cancer à travers la création en 2008 ; du Programme National de lutte contre le cancer (PNLCa). Les principales activités menées depuis 2008 sont résumées ci-après :*

* *de novembre 2008 à Février 2009 : mise en place de 5 comités locaux de lutte contre le cancer (du col de l’utérus) dans les chefs-lieux de régions de Yamoussoukro, Abengourou, Gagnoa, San Pedro et Korhogo.*
* *du 14 au 20 juin 2009 : mission de renforcement des capacités de deux (2) personnes ressources du Programme National de Lutte contre le Cancer et une (1) de l’Association Ivoirienne pour le Bien-être familial (AIBEF). Elle s’est effectuée au Mali pour le partage d’expérience dans le cadre de la prévention et de la prise en charge du cancer du col de l'utérus.*
* *Du 19 au 21 août 2009: Atelier de rédaction du document projet de lutte contre le cancer du col de l’utérus à Agboville avec la participation de tous les intervenants dans le projet (PNLCa, PNSR/PF, AIBEF, Jhpiego, ONG de lutte contre le cancer, les Laboratoires Sanofi et l’UNFPA)*
* *La mise en œuvre de la phase pilote de l’approche de consultation unique (SVA) en 2009 par Jhpiego sur 20 sites a permis de dépister 6 328 femmes VVIH et de réaliser 295 cryothérapies*
* *Du 11 au 13 juillet 2012 : organisation à l’AIBEF d’un atelier de réflexion stratégique pour le passage à échelle de la prévention du cancer du col de l’utérus. Cet atelier a permis de mettre en place un groupe pour la rédaction d’un plan stratégique pour le cancer du col de l’utérus, des documents et des normes.*
* *Du 31 juillet au 10 août 2012 : mission d’évaluation sur 14 nouveaux sites pour le démarrage de l’activité de dépistage du cancer du col de l’utérus avec l’appui technique de Jhpiego et le soutien financier de l’UNFPA*
* *Du 27 août au 08 septembre 2012 : atelier de formation de 56 superviseurs et prestataires de soins au diagnostic visuel et traitement par cryothérapie des lésions précancéreuses du col de l’utérus chez la femme en Côte d’Ivoire avec l’appui financier de l’UNFPA*
* *Un document de stratégie et de norme pour la prévention du cancer du col de l’utérus a été finalisé avec l’implication de tous les acteurs. La validation du plan stratégique pour la lutte contre le cancer du col de l’utérus et des directives et normes est prévue avant la fin de l’année 2013.*

*La demande la Cote d’Ivoire relative au programme de démonstration du vaccin anti-VPH vise à préparer le pays pour une introduction nationale dans le cadre de la prévention primaire.*

*Cette vaccination concernera pour la première phase (2014-2015) 13 340 filles âgées de 10 ans qui seront recrutées en milieu scolaire et dans la communauté au niveau de deux districts sanitaires ; Korhogo et Abengourou. La stratégie retenue pour l’administration du vaccin est identique aux stratégies classiques de vaccination mise en œuvre lors des campagnes avec les antigènes injectables. Les postes de vaccination seront installés dans les écoles pour les filles scolarisées ; dans les centres de santé et les lieux publics pour les filles non scolarisées. Chaque passage de vaccination durera 05 jours aussi bien pour les filles scolarisées que pour les filles non scolarisées.*

1. ***Formulations choisies***

*Le pays a choisi le vaccin quadrivalent en une dose par flacon liquide avec le calendrier d’administration qui est :*

* *Premier contact : 1ère dose, au mois de novembre 2014*
* *Deuxième contact 2 mois après le 1er contact : 2ème dose au mois de janvier 2015*
* *Troisième contact 4 mois après le deuxième contact : 3ème dose au mois de mai 2015*

1. ***Chaine de froid***

*Le niveau central dispose de quatre chambres froides positives d'une capacité totale de 140 m3 et trois chambres froides négatives de 60 m3.*

*Il existe quatre camions frigorifiques de 9 m3 chacun, deux camions frigorifiques de 17 m3 chacun et deux camions utilitaires de 25 m3 pour la distribution des vaccins et consommables.*

*Au niveau régional, dans les deux antennes de l'INHP (Korhogo et Abengourou) concernées par l’activité, la capacité de stockage est de 16 m3 en froid positif et 40 m3 en froid négatif. La capacité totale de ces deux antennes s'établit comme suit :*

* *Abengourou : Chambres froides positive de 8 m3 et négative de 20 m3*
* *Korhogo : Chambres froides positive de 8 m3 et négative de 20 m3.*

*Au niveau de ces deux districts sanitaires, en plus des chambres froides régionales, ils disposent de dépôt de district (réfrigérateurs, congélateurs) de capacités suffisantes pour le stockage des vaccins.*

*En conclusion, les capacités de stockage sont suffisantes pour a tous les niveaux pour permettre la réalisation du projet de démonstration.*

1. ***Plan d'introduction des nouveaux vaccins***

*Les activités de soutien liées à l’introduction du nouveau vaccin seront :*

* *Elaborer les outils et supports de gestion du projet*
* *Dénombrement des populations cibles du projet dans les 2 districts*
* *Elaborer les microplans des districts et centres de santé*
* *Coordonner les activités*
* *Former les acteurs*
* *Superviser les acteurs impliqués dans le projet*
* *Sensibiliser et mobiliser de la communauté*
* *Organiser les prestations de vaccination*
* *Gérer les déchets issus de la campagne de démonstration*
* *Organiser la surveillance des MAPI*
* *Faire le suivi et l’évaluation des activités*
* *Documenter les différentes phases du projet*

1. ***Résultats attendus***

*Le principal résultat attendu du programme de démonstration du vaccin anti-VPH est de permettre à la Côte d’Ivoire d'apprendre par la pratique à travers la mise en œuvre des différentes stratégies possibles d’administration du vaccins anti-VPH en termes de couverture, de faisabilité, d’acceptabilité et coûts afin de recueillir des informations permettant la prise de décisions quant à l'introduction à l'échelon du pays avec le soutien de GAVI. Plus spécifiquement il s’agira de :*

* *Atteindre des couvertures vaccinales d’au moins 70 % pour les deux phases du projet de démonstration*
* *Comprendre les liens possibles avec des interventions de santé à l’intention des adolescents*
* *Renforcer les efforts de prévention et de contrôle du cancer du col de l’utérus*
* *Adapter les outils à utiliser lors de l’éventuelle introduction à l’échelon national*

1. ***Les Partenaires***

*Le projet de démonstration sera conduit en collaboration avec les partenaires ci-après :*

*Au niveau central, un comité de pilotage composé du Ministre de la santé et de la lutte contre le SIDA, du Ministre de l'éducation nationale et de l'enseignement technique et du Ministre de l'économie et des finances.*

*Une équipe de coordination technique composée de la DCPEV (Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination), le PNLCa (Programme National de Lutte contre le Cancer), l'INHP (Institut National d’Hygiène Publique), la DMOSS/MENET (Direction de la Mutualité des Œuvre Sociale et Scolaire/ Direction Régionale de l’Education Nationale et de l’Enseignement Technique), le PNSSU (Programme National de Santé Scolaire et Universitaire), le PNSR/PF (Programme National de Santé de la Reproduction et Planning Familial), Jhpiego, l'UNICEF et l'OMS organisera des réunions avant, pendant et après la campagne de démonstration pour le suivi et l'évaluation des activités. L'information sera partagée entre les différentes institutions sus indiquées.*

*Au niveau périphérique, une coordination assurée par les équipes de districts sanitaires, le personnel de l'éducation nationale, les autorités administratives, les ONG et les leaders communautaires. Cette équipe tiendra des réunions de suivi de façon hebdomadaire lors des préparatifs et journalières pendant la campagne. Les rapports de ces réunions et les résultats de la campagne seront partages avec l'éducation nationale et les partenaires.*

1. ***Financement***

*Le montant de l’appui sollicité auprès de GAVI par la Côte d’Ivoire est de 693 159 USD dont 485 864* *USD pour les vaccins et consommables de vaccination et 207 295 USD pour les coûts opérationnels*

*Le cofinancement d’un montant de 287 811 USD sera mobilisé sur le budget du Gouvernement.*

1. Données relatives au programme de vaccination

**Q3.** Veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous des estimations de la couverture nationale du DTC3 des deux années les plus récentes comme indiqué dans le formulaire conjoint de déclaration OMS/UNICEF. Si d’autres enquêtes nationales de couverture DTC3 ont été réalisées, leurs résultats peuvent aussi être inscrits dans le tableau ci-dessous.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Évolution de la couverture nationale du DTC3 (pourcentage)** | | | | |
| **Vaccin** | **Notifié** | | **Enquête** | |
|  | *2011* | *2012* | *2011* | *2012* |
| *DTC3* | |  |  | | --- | --- | |  | *62%* | | *99 %* | *Non disponible* | *Non disponible* |

Voir rapport conjoint OMS-UNICEF 2011 et 2012 (JRF)

**Q4.** Si des données d'enquêtes sont fournies dans le tableau ci-dessus, veuillez indiquer l'année où ces enquêtes ont été réalisées, leur titre complet et, le cas échéant, les tranches d'âge concernées.

*Sans objet*

**Remarque** : Le CEI peut examiner les demandes antérieures faites à GAVI afin de comprendre les capacités et le contexte du pays.

1. Plan du programme de démonstration du vaccin anti-VPH

4.1 Profil du ou des districts

**Q5.** Veuillez indiquer quels districts ont été sélectionnés pour le programme de démonstration du vaccin anti-VPH, en précisant toutes les composantes figurant dans le tableau ci-dessous. Merci aussi de fournir une carte nationale à l’échelle des districts.

| **Composante** | **District 1** [Korhogo] | **District 2** [Abengourou] |
| --- | --- | --- |
| Topographie (% urbaine, % semi-urbaine, % rurale, % reculée, etc.) | 12 252 km², 63% urbaine, 37% rurale  Source de données : INS | |  |  | | --- | --- | | [4000 km², 40% urbain, 60% rural], | | | Source de données : INS | |
| Nombre et types de sous-unités administratives, par exemple, départements, villes, quartiers, villages | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Department :4  Sous prefectures : 18  Villages 1031, | | source de | | | Source de données | (INS) | | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Département 1  Sous préfectures 07  Villages 61, | | source de | | | Source de données | (INS) | | |
| Population totale | 702 098Source de données : INS | 446 706 Source de données : INS |
| Population féminine totale (%) | 360 958 (51%) Source de données : INS[[1]](#footnote-2) | 212 428 (48%) Source de données : INS |
| Population féminine totale âgée de 9 à 13 ans (% de la population féminine totale) | 36 631 (10%) Source de données : DRENET[[2]](#footnote-3) Korhogo | 22 922 (10%) Source de données : DRENET Abengourou |
| Nombre et types de formations sanitaires publiques | 1 Centre Hospitalier Régional  13 Centres de Santé Urbain  38 Centres de Santé Ruraux  16 Dispensaires Ruraux  Source de données : Direction Départementale de la Sante (DDS) | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 1 Centre Hospitalier Régional  17 Centres de Santé Urbain  13 Centres de Santé Ruraux | | 1 Centre Hospitalier Régional  13 Centres de Santé Urbain  38 Centres de Santé Ruraux  16 Dispensaires Ruraux | | | Source de données : Direction Départementale de la Sante (DDS) |  | |  | |
| Nombre et types d’agents de santé travaillant dans l'ensemble des formations sanitaires publiques | [Médecins spécialistes : 04  Médecins généralistes : 06  Infirmiers- Spécialiste 17  Sages-femmes Spécialistes 00  Sages –femmes diplômé d’Etat : 53  Infirmier diplômée d’Etat : 144  Assistants sociaux : 02  Agents journaliers : 34  source de données (DDS) | [Médecins spécialistes 6  Médecins généralistes 22  Infirmiers- Spécialiste 23  Sages-femmes Spécialistes 03  Sages –femmes diplômé d’Etat 39  Infirmier diplômée d’Etat 39  Assistants sociaux 04  Agents journaliers 18,  source de donnée (DDS) |
| Nombre et types de formations sanitaires privées | Cliniques médicales 06  Cabinet des soins 0  Infirmerie 17  source de données (DDS) | Cliniques médicales 02  Cabinet des soins 01  Infirmerie 11,  source de données (DDS) |
| Nombre et types d’agents de santé travaillant dans les formations sanitaires privées du district | ND | ND |
| Nombre et types d’écoles primaires et secondaires publiques et privées | - Ecoles primaires publiques : 365  - Ecoles primaires privées : 38  - Ecoles secondaires publiques : 11  - Ecoles secondaires privées : 17  source de données : DRENET Korhogo | - Ecoles primaires publiques 52  - Ecoles primaires privées 06  - Ecoles secondaires publiques 10  - Ecoles secondaires privées 08, source de donnée : DRENET Abengourou |
| Nombre d’enseignants dans les écoles primaires et secondaires publiques et privées | - Primaires publiques : 1 333  - Primaires privés : 1 814  - Secondaires publiques : 339  - Secondaires privés : 316  source de donnée (DRENET Korhogo) | - Primaires publiques 339  - Primaires privés 30  - Secondaires publiques 427  - Secondaires privés :  source de donnée (DRENET Abengourou) |
| Estimations du nombre et du pourcentage de jeunes filles scolarisées des âges suivants :  jeunes filles de 9 ans  jeunes filles de 10 ans  jeunes filles de 11 ans  jeunes filles de 12 ans  jeunes filles de 13 ans | Fillettes de 9 ans 4 004 (46 ,93%)  Fillettes de 10 ans 3 782 (47,29%)  Fillettes de 11 ans 3 478 (46,03%)  Fillettes de 12 ans 3 010 (47,13%)  Fillettes de 13 ans 2 473 (40,15%)  Source de donnée (DRENET Korhogo, 2013) | Fillettes de 9 ans 2 904 (64%)  Fillettes de 10 ans 2 994 (66%)  Fillettes de 11 ans 2 890 (65%)  Fillettes de 12 ans 2 766 (64%)  Fillettes de 13 ans 1 782 (43%)  Source de donnée (DRENET Abengourou en 2013) |
| Estimations du nombre et du pourcentage de jeunes filles non scolarisées des âges suivants :  jeunes filles de 9 ans  jeunes filles de 10 ans  jeunes filles de 11 ans  jeunes filles de 12 ans  jeunes filles de 13 ans | Fillettes de 9 ans 4 528 (53,07%)  Fillettes de 10 ans 4 215 (52,71%)  Fillettes de 11 ans 4 078 (53 ,97%)  Fillettes de 12 ans 3 377 (52,87%)  Fillettes de 13 ans 3 686 (59 ,85%) Source de donnée (DRENET Korhogo, 2013) | Fillettes de 9 ans 1661 (36%)  Fillettes de 10 ans 1509 (34%)  Fillettes de 11 ans 1537 (35%)  Fillettes de 12 ans 1540 (36%)  Fillettes de 13 ans 2339 (57%)  Source de donnée (DRENET Abengourou en 2013) |

**Q6.** Veuillez expliquer brièvement pourquoi ce ou ces districts ont été sélectionnés pour participer au programme de démonstration du vaccin anti-VPH.

*Le pays a choisi deux districts sanitaires dont l’un au Nord et l’autre au Sud Est afin que l’expérience de la démonstration au niveau de ces deux districts puisse servir pour l’introduction au niveau national. En effet le district de Korhogo situé au nord a quasiment les mêmes caractéristiques au plan socio culturel que les autres districts situés dans la même zone et la zone centre du pays. Il en est de même que pour le district d’Abengourou situé à l’Est présentant les mêmes caractéristiques que la partie sud du pays. Le programme de démonstration dans ces deux districts permettra donc au pays d’avoir une expérience assez représentative de la vaccination anti-HPV au niveau national. Les leçons tirées de cette expérience seront capitalisées pour un éventuel passage à échelle.*

De façon spécifique les districts choisis ont les caractéristiques suivantes

* *Le district sanitaire d’Abengourou :*
* *Ce district a une expérience pour le programme de lutte et de dépistage précoce du cancer du col de l’utérus. En effet il abrite un comité de lutte contre le cancer et depuis 2010 en partenariat avec Jhpiego le site pour l’exécution de la phase pilote du projet de dépistage du cancer du col de l’utérus chez les femmes séropositives. Ce comité constitue un atout notamment pour les aspects de sensibilisation et de mobilisation des populations dans le cadre du programme de démonstration.*
* *La population féminine du département d’Abengourou est en permanente croissance avec une précocité des rapports sexuels. 100% des grossesses précoces sont constatées chez des adolescentes de 15 à 16 ans ; 70% des filles ont déjà eu leur premier rapport sexuel dans l’intervalle de 13 à 15 ans. (Données 2012 Source (Service de Santé Scolaire et Universitaire SSSU).*
* *Le district sanitaire de Korhogo :* 
  + *Ce district disposera d’un comité local de lutte contre le cancer, et d’un site de dépistage du cancer du col de l'utérus qui sera ouvert avant fin 2013.*
  + *On note dans ce district, une forte prévalence du VIH de 3,6% en 2012 (DPES, ministère de l’éducation nationale et de l’enseignement technique) est également notée dans cette région. 80% des jeunes filles ont déjà leur premier rapport sexuel à 14 ans. Par ailleurs, le nombre de grossesses en milieu scolaire est de 118 pour l’année scolaire 2012-2013. Parmi elles 75 cas sont issus des classes de 6ème et 5ème et 43 cas proviennent des classes de 2nde et 1ère (Rapport d’activités 2012 du district sanitaire de Korhogo).*

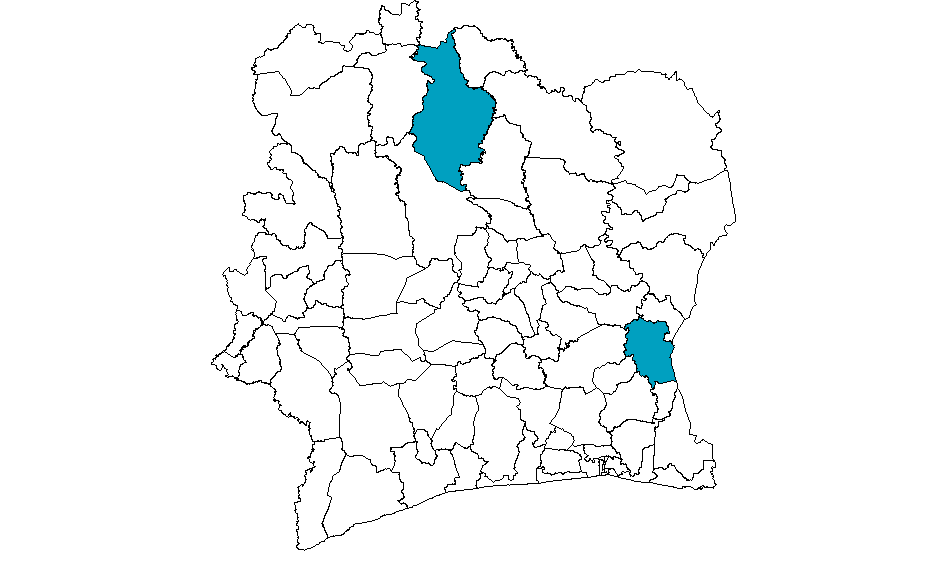
*Ces deux districts comportent aussi bien un milieu rural qu’un milieu urbain : Korhogo 63% en milieu urbain et 37% en milieu rural ; Abengourou : 60% en milieu rural et 40% en milieu urbain.*

*Ces deux districts présentent des conditions favorables à la mise en œuvre du projet de démonstration : comité de lutte contre le cancer du col de l’utérus déjà existant. De plus, l’ampleur des facteurs de risques du cancer du col de l’utérus dans ces deux districts constitue un élément important nous confortant dans le choix de ces deux districts. Les caractéristiques géographiques et socio-culturelles de ces deux districts réunis sont suffisamment représentatives de l’ensemble du pays : les leçons apprises du projet de démonstration de la vaccination anti-HPV pourront aider pour le passage à l’échelle nationale si la démonstration est concluante.*

**Q7.** Veuillez décrire les opérations du programme du PEV dans le ou les districts sélectionnés pour le programme de démonstration du vaccin anti-VPH.

| **Composante** | **District 1** [Korhogo] | **District 2** [Abengourou] |
| --- | --- | --- |
| Nombre et types de sous-unités administratives (par ex. formations sanitaires) prévues pour la livraison des vaccins de routine | ***-*** *66 sites de vaccination :*  *-04 centres confessionnels*  *- 00 centres sociaux*  *- 62 structures sanitaires* | *30 sites de vaccination :*  *-3 centres confessionnels*  *-1 centre social*  *-26 structures sanitaires* |
| Nombre et types de sessions de sensibilisation prévues pour la livraison des vaccins de routine lors d’un mois ordinaire | *- Sensibilisation de masse (medias, crieurs publics, leaders religieux et communautaires, groupes associatifs),*  *- Sensibilisation de proximité par les agents de santé et les enseignants du primaire et du secondaire,*  *Ces sensibilisations se dérouleront en deux sessions : avant et pendant la période de vaccination* | *- Sensibilisation de masse (medias, crieurs publics, leaders religieux et communautaires, groupes associatifs),*  *- Sensibilisation de proximité par les agents de santé et les enseignants du primaire et du secondaire,*  *Ces sensibilisations se dérouleront en deux sessions : avant et pendant la période de vaccination* |
| Couverture DTC3 | *97 %, année [2012]* | *105 %, année [2012]* |
| Couverture Polio3 | *94 %, année [2012]* | *107 %, année [2012]* |
| Couverture rougeole (première dose) | *109 %, année [2012]* | *102 %, année [2012]* |
| Couverture Pentavalent 3 | *97 %, année [2012]* | *105 %, année [2012]* |
| TT2+ (femmes enceintes) | *112 %, année [2012]* | *80 %, année [2012]* |

*Les couvertures vaccinales excédant 100% pourrait être expliquées par les mouvements de population inter-urbains. En outre ces deux districts sont frontaliers avec des pays voisins. Pour la campagne HPV, un recensement sera fait pour obtenir un listing des cibles qui seront suivis.*



Abengourou

Korhogo

Figure *1: Localisation des deux districts du programme de démonstration de la vaccination anti-HPV en Côte d’Ivoire*

**Q8.** Veuillez faire un résumé de la performance du programme PEV telle que notifiée dans une quelconque évaluation récente, par exemple par la description des ressources disponibles, de la gestion, des réussites et des obstacles rencontrés

***Figure 2***: ***évolution des couvertures vaccinales en DTCHepB3 et en VAR de 2009 à 2011 dans les deux districts choisis en Côte d’Ivoire pour le programme de démonstration de la vaccination anti-HPv***

*Entre 2009 et 2012 les couvertures vaccinales pour la troisième dose du DTCHepBHib3 et la 1ere dose du ; VAR dans les deux districts ont connu une évolution en dent de scie. En effet la croissance amorcée à partir de 2009 pour les deux antigènes a été interrompue en 2011 du fait de la crise qu’a connu le pays. En 2012 on note une amélioration de ces couvertures vaccinales grâce aux actions ci-dessous*

* *Rééquipement des districts en matériels roulants et chaines de froid*
* *Organisation de semaines d’intensification de la vaccination de routine au cours de l’année 2012*
* *Approvisionnement régulier des districts en vaccins et consommables*
* *Accroissement des ressources financières mise à la disposition de l’ensemble des districts pour les activités de vaccination à la faveur de la préparation du pays pour son éligibilité au Millénium Chalenge corporation (MCC)*

*Les principaux obstacles observés pendant la mise en œuvre du programme de routine sont l’impraticabilité des routes en saison de pluie et la mise en place tardive des fonds de l’Etat pour les activités. Les mois choisis pour les vaccinations durant la démonstration tiennent compte des saisons pluvieuses. Un plaidoyer a été fait auprès du Ministère de l’économie et des finances depuis 2012 pour obtenir un programme de décaissement à temps des fonds. Ceci a permis la mise en place à temps du financement de l’Etat pour les activités en 2013.*

**Q9a.** Veuillez décrire tout lien présent ou passé entre le programme PEV du district et les écoles primaires et/ou secondaires du district, par exemple visite aux écoles dans un but d’éducation pour la santé, de livraison de vaccins, de sensibilisation, etc.

*L’éducation pour la santé des écoles primaires et secondaires est à la charge du médico-scolaire (SSSU). Pendant les visites médicales organisées dans les écoles primaires, des séances de vaccination sont couplées.*

*Au cours des activités de vaccination supplémentaire (polio, rougeole) un partenariat est établi entre les districts sanitaires de tout le pays y compris Abengourou et Korhogo et le système éducatif (DREN, DDEN, IEP, Directeurs d’établissements scolaires) en vue de la vaccination des enfants (sensibilisation, prestation de vaccination…). Ce partenariat a permis d’atteindre plus de 95% de la cible en 2 jours au lieu de 4 comme prévus.*

**Q9b.** Veuillez indiquer si le programme de démonstration tient compte des aspects relatifs au genre liés à l’introduction du vaccin anti-VPH.

*Notre programme de démonstration tiendra compte des aspects liés au genre à travers la mise en œuvre concomitante des activités de sensibilisation des jeunes garçons sur les IST et le VIH-SIDA.*

**Q9c.** Veuillez décrire les éventuelles indications de barrières socio-économiques et/ou relatives au genre s’opposant au programme de vaccination relevées par des études ou des enquêtes.

*Selon l’EDS III 2011-2012 les principales barrières à la vaccination sont essentiellement le niveau d’instruction et le milieu de vie (urbain ou rural) de la mère. En effet, les résultats de cette enquête révèlent que la couverture vaccinale des enfants augmente avec l'instruction des mères : il est de 44 % pour les enfants de mère n'ayant aucune instruction, 58 % pour les enfants de mères ayant le niveau primaire et 75 % pour les enfants de mères ayant le niveau secondaire et plus. La proportion d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins est plus élevé en milieu urbain (63%) qu'en milieu rural (42%). Par ailleurs, ces résultats révèlent que les enfants de sexe masculin (63 %) sont légèrement mieux vaccinés que les enfants de sexe féminin (37%).*

* 1. Objectif 1 : Stratégie de livraison des vaccins anti-VPH

**Q10.** Veuillez décrire les stratégies principale et secondaire sélectionnées pour la livraison des vaccins anti-VPH (dans les écoles, dans les formations sanitaires, séances mobiles, mixtes, autres, etc.) et la justification de ce choix.

**Remarque** : si la demande propose une livraison des vaccins anti-VPH dans les écoles, le pourcentage de filles dans la cohorte de vaccination ou le niveau scolaire ciblés et inscrites dans l’école doit être de 75 % dans l’ensemble du pays (et pas seulement dans le district sélectionné).

*Le taux de scolarisation des fillettes de 10 ans dans le district de Korhogo en 2013 est de 47%, celui d’Abengourou est de 66%. Le taux net de scolarisation des filles en 2013 est de 81% au niveau national.*

*Au cours du programme de démonstration, la vaccination va se faire à la fois pour les filles scolarisées et non scolarisées. La cible à vacciner est constituée par les jeunes filles de 10 ans scolarisées et non scolarisées. Les vaccinations seront administrées dans des postes installés dans les écoles, les centres de santé et les lieux publics connus des populations et identifiés avec leur collaboration. Chaque passage de vaccination durera cinq jours Dans les écoles, la vaccination des filles de 10 ans scolarisées se fera en collaboration avec les enseignants.*

*Les stratégies fixes, avancées et mobiles seront utilisées en fonction de l’éloignement des populations par rapport aux centres de santé ou aux écoles :*

* *La stratégie fixe concernera les jeunes filles vivant dans les localités situées dans un rayon de 5 Km d’un poste de vaccination (écoles, centres de santé). Cette stratégie sera utilisée en zone urbaine comme en zone rurale, dans les centres de vaccination, les écoles et d’autres lieux publics déterminés avec les autorités sanitaires, éducatives, politiques, religieuses, coutumières, les associations et ONG locales*
* *La stratégie avancée concernera les jeunes filles vivant dans les localités situées dans un rayon de 5 à 15 Km autour d’un poste de vaccination. Les équipes de vaccination se déplaceront à moto.*
* *La stratégie mobile concernera les localités situées au delà d’un rayon de 15 km autour d’un poste de vaccination et les localités d’accès difficile. Les vaccinations en stratégie mobile seront organisées selon un circuit planifié par le district sanitaire. Pour ce faire, le district sanitaire établira, au cours de la micro planification, une liste des villages concernés par aire de santé ainsi que les circuits de vaccination. Une cartographie sera élaborée par localité pour faciliter les interventions.*

*A chaque poste fixe (écoles, centres de santé ou lieux publics) toutes les jeunes filles (scolarisées et non scolarisées) seront reçues et vaccinées par l’équipe de vaccination quelle que soit la stratégie (fixe, avancée et mobile).*

*Le district de Korhogo ayant un grand nombre d’écoles et une grande étendue de son territoire, on une équipe pourrait couvrir plusieurs écoles par jour, de même qu’il pourrait être envisagé de regrouper des les élèves des écoles très proches les unes des autres. Les mêmes stratégies pourraient également être envisagées à Abengourou.*

***Une microplanification*** *sera organisée au moins deux mois avant le début du 1er passage afin de déterminer, entre autres, les circuits de progression de chaque équipe afin de couvrir l’ensemble des localités de chaque district. Les données de la microplanification seront mises à jour avant chaque passage en tenant compte des leçons apprises du passage précédent.*

*Au cours de la microplanification les populations d’accès difficiles (géographique ou culturel, ex. filles marginalisées), les jeunes filles dans des familles qui migrent en fonction des saisons seront identifiées avec l’appui des leaders communautaires, les responsables des groupements et associations afin de planifier des stratégies spécifiques pour atteindre ces cibles.*

*Un recensement préalable des jeunes filles de 10 scolarisées et non scolarisées sera fait avant la microplanification. Le résultat du recensement des filles de 10 ans servira de document de base pour vérifier la présence de celles-ci. En cas d’absence pour une raison quelconque au cours de la période de vaccination la liste des absentes sera transmise aux ASC qui se chargeront de les rechercher et les orienter au centre de santé pour leur vaccination. Pour les jeunes filles scolarisées absentes, les enseignants seront mis à contributions pour les orienter au centre de santé pour leur vaccination.*

*Il est à noter que les postes de vaccination seront identifiés avec la contribution des leaders communautaires, les responsables des groupements et associations.*

*Les registres et les cartes de vaccination seront utilisés pour l'enregistrement des fillettes lors des séances de vaccination. Les cartes de vaccination seront confectionnées en double, l’une sera remise à la fillette vaccinée et l’autre archivée soit au centre de santé, soit au médico-scolaire. Les outils de collecte des données ainsi que le masque de saisie tiendront compte de la spécificité scolarisée et non scolarisée.*

**Q11.** Si les écoles sont choisies comme point de livraison des vaccins anti-VPH, veuillez indiquer le pourcentage de filles de la tranche d’âge ciblée scolarisées à l’échelle du pays et du/des districts.

*Selon le rapport d’activités de la DMOSS/MENET, le taux de scolarisation des fillettes de 10 ans dans le district de Korhogo en 2013 est de 47%, celui d’Abengourou est de 66%. Le taux net de scolarisation des filles en 2013 est de 81% au niveau national.*

**Q12.** Veuillez indiquer un seul âge (ou niveau scolaire) pour la cohorte de vaccination ciblée au sein de la population cible des jeunes filles de 9 à 13 ans et fournir les informations dans le tableau ci-dessous. Merci d’indiquer la justification pour le choix de population cible.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Age cible ou classe** | ***N. de filles ciblées année 2015 : Korhogo*** | | ***N. de filles ciblées année 2015 : Abengourou*** | | **Source des données** |
| *10 ans* | *4 036* | *À l’école* | *3 195* | *À l’école* | *DRENET Abengourou et Korhogo* |
| *10 ans* | *4 498* | *En dehors de l’école* | *1 611* | *En dehors de l’école* | *DRENET Abengourou et Korhogo* |
|  | *8534* | *Total* | *4 806* | *Total* |  |

*Les filles de 10 ans ont été choisies pour le projet de démonstration quel que soit leur statut de scolarisé ou non. Cet âge a été ciblé compte tenu de leur proportion élevée dans la tranche d’âge de 9 à 13 ans en milieu scolaire (47,29% à Korhogo et 66% à Abengourou).*

*Par ailleurs le regroupement de ces filles en milieu scolaire constitue un facteur favorisant pour l’atteinte de la cible.*

**Q13.** Si la population cible est un niveau scolaire unique, décrivez le pourcentage de filles du niveau cible âgées de 9 à 13 ans ainsi que la source des données.

**Sans objet**

|  |  |
| --- | --- |
| Âge | Proportion de filles de la classe |
| Moins de 9 ans |  |
| 9 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |
| 13 |  |
| Plus de 13 ans |  |
| Total | 100% |

**Remarque** : si la stratégie choisit les filles admissibles en fonction de leur niveau scolaire, il faut que 80 % au moins des jeunes filles de la classe soient âgées de 9 à 13 ans (tranche d'âge recommandée par l'OMS pour le vaccin anti-VPH).

*Sans objet*

**Q14.** Veuillez décrire de quelle manière seront identifiées les jeunes filles non scolarisées admissibles et le mécanisme selon lequel elles pourront recevoir le vaccin anti-VPH.

*Pour identifier les fillettes non scolarisées admissibles à la vaccination anti-HPV, un recensement sera organisé au niveau des ménages en vue d'identifier cette population cible. La détermination de l’âge des jeunes filles non scolarisées se basera sur les éléments suivants : l’extrait d’acte de naissance ou jugement supplétif, l’interrogatoire des parents et tuteurs, la collaboration avec les groupes de génération, les calendriers événementiels inspirés de l'expérience locale des associations de femmes, les ONG, les ASC et les associations de jeunes filles; les carnets de santé mères-enfants, la détermination de l’âge physiologique par un médecin au cas échéant.*

*Une micro-planification sera organiser au niveau de chaque aire sanitaire et une synthèse sera faite au niveau du district avec la participation des agents de santé communautaire, des leaders communautaires et des ONGs. Les listings des filles à vacciner seront établis par aire sanitaire et par localité seront disponibles à tous les postes.*

*La vaccination des filles de 10 ans non scolarisées se fera selon les trois stratégies de vaccination décrites plus haut (Q10). Une sensibilisation de proximité sera organisée avec l'appui des leaders communautaires (administratifs, religieux, traditionnels...). La stratégie "SMS de rappel pour la vaccination" (projet déjà en cours dans le district sanitaire de Korhogo) pourra être utilisée à partir des contacts téléphoniques collectés lors du recensement; pour garantir l'administration des différentes doses.*

**Q15.** Veuillez décrire le mécanisme qui permettra d’administrer les trois doses à toutes les jeunes filles cibles qui étaient absentes lors des principales journées de vaccination, en précisant les plans prévus pour toucher les jeunes filles difficiles à atteindre ou marginalisées.

*Pour minimiser les absences, les éducateurs, les assistants sociaux et les agents de santé communautaires seront mis à contribution pour informer les fillettes et leurs parents sur les dates de vaccination. La stratégie consistera à renforcer la communication trois jours avant la vaccination et pendant toute la durée de la vaccination. En outre le mobilisateur muni de la liste des jeunes filles éligibles se rendra dans les ménages pour la sensibilisation.*

*Après la vaccination, Une recherche active des absentes sera instituée en utilisant les informations contenues dans les listes établies à l’avance comportant des informations permettant de localiser les filles à vacciner.*

*Il sera demandé aux parents/enseignant des jeunes filles d’envoyer les enfants aux postes de vaccination les plus proches (période de ratissage).*

*La stratégie "SMS de rappel pour la vaccination" (projet déjà en cours dans le district de Korhogo) sera utilisée pour le rattrapage des filles absentes.*

*Au cours de la microplanification les populations d’accès difficiles (géographique ou culturel, ex. filles marginalisées), les jeunes filles dans des familles qui migrent en fonction des saisons seront identifiées avec l’appui des leaders communautaires, les responsables des groupements et associations afin de planifier des stratégies spécifiques pour atteindre ces cibles.*

**Q16.** Veuillez faire un résumé de la capacité à gérer tous les éléments techniques spécifiques à toute nouvelle introduction de vaccins, à savoir équipement et logistique de la chaîne de froid, gestion des déchets, véhicules et transport, manifestations post vaccinales indésirables, surveillance, suivi, expérience passée dans l’introduction de nouveaux vaccins (par exemple, antirotavirus, antipneumococciques ou autres).

*Le pays a une expérience dans l’introduction de nouveaux vaccins. Les premiers vaccins introduits sont le vaccin contre l’hépatite virale B (2000) et le vaccin contre les affections à Haemophilus infuenzae type b (2009). Le dispositif ayant permis l’introduction de ces deux vaccins sera utilisé pour le programme de démonstration avec le vaccin HPV et se présente comme suit :*

***Ressources humaines***

*Pour l’application du projet de démonstration, les ressources humaines qualifiées pour l’administration des antigènes injectables en routine ou lors des activités de vaccination supplémentaire d’envergure nationale sont disponibles dans le pays. L’expérience acquise par ces personnes sera mise à contribution pour l’administration du vaccin anti-VPH lors de la mise en œuvre du programme de démonstration dans les districts sélectionnés. Dans chaque district sanitaire les activités du PEV sont gérées par un coordonateur PEV (CPEV) et un chargé de la surveillance épidémiologique (CSE) sous la supervision du médecin-chef du district. Cette équipe est appuyée par l’équipe cadre de district. Cette équipe sera formée et mobilisée pour la gestion du projet de démonstration dans les deux districts.*

*De même, les infirmiers et sages-femmes responsables ou non des centres de santé seront mobilisés à cet effet. Une mobilisation complémentaire des agents de santé des hôpitaux régionaux, de district ainsi que des agents de santé à la retraite résidents dans les deux districts pourrait être faite si la microplanification montre un déficit en personnel.*

*Par ailleurs, le district de Korhogo dispose d’un institut de formation des agents de santé (infirmiers, sages-femmes, technicien de biologie médical, préparateurs et gestionnaire en pharmacie…). Les élèves en fin de cycle de ces instituts constituent une ressource mobilisable pour ce projet de démonstration. Cette expérience a été utilisée lors des campagnes de vaccination à injection telles que la rougeole et la fièvre jaune. Ceci permettrait de maintenir la continuité des services dans les structures de santé pendant les cinq jours de campagne.*

*Le personnel médical des districts voisins de la même région que ces deux districts de démonstration pourrait également être mobilisés dans les structures où il y plus d’un agent pour appuyer les vaccinations pendant la mise œuvre du projet de démonstration.*

***Estimation des besoins***

*Les besoins en vaccins sont estimés sur la base de la taille de la population cible, du nombre de doses à administrer par cible ; de l’objectif de couverture vaccinal, et du facteur de perte. Un stock de réserve de 25% est appliqué aux besoins annuels afin de constituer un stock régulateur. Au niveau de chaque district et centre de santé ces besoins estimés de façon mensuelle par les infirmiers et le CSE qui ont été formés à cet effet.*

*Les équipes du niveau central, régional et de district ont acquis une bonne expérience dans l’estimation en vaccin et consommables avec les différentes campagnes organisées.*

*Pour mieux approcher la réalité des besoins et éviter les ruptures et les surstocks, au cours de la microplanification, les besoins réels de chaque district, aire de santé école, localité seront estimés sur la base du recensement effectué préalablement.*

***Transport et stockage des vaccins et matériels***

*Il existe quatre camions frigorifiques de 9 m3 chacun, deux camions frigorifiques de 17 m3 chacun et deux camions utilitaires de 25 m3 pour la distribution des vaccins et consommables.*

*Le stockage des vaccins et matériels du PEV au niveau central est assuré par l’Institut National d’Hygiène Publique (INHP), qui dispose de quatre (04) chambres froides positives d'une capacité brute totale de 130 m3, et de trois (03) chambres froides négatives d’une capacité brute totale de 60 m3. Cette capacité est suffisante et sera utilisée pour l’introduction du vaccin anti-VPH.*

*Au niveau régional, le pays dispose de dix (10) chambres froides positives et de sept (07) chambres froides négatives d’une capacité totale brute respective de 120 m3 et de 140 m3. Tous les dépôts de districts disposent d’équipements de chaîne du froid et de capacité de stockage suffisante pour les activités de routine. Ils sont également équipés de groupes électrogènes pour assurer le relais en cas d’interruption de l’électricité du réseau national. Les maintenances préventives et curatives des équipements de la CDF sont assurées par une entreprise privée.*

*Selon l’évaluation de la Gestion Efficace des Vaccins (GEV), la fiabilité de la chaîne du froid est satisfaisante. Les relevés biquotidiens montrent des températures de stockage des vaccins en chambres froides positives entre +2°C et +8°C et celles des chambres froides négatives en dessous de -15°C.*

*Concernant les deux districts sélectionnés pour le projet de démonstration, les capacités de stockage sont suffisantes (voir détails au Q17).*

***Sécurité des injections et gestion des déchets***

*Les seringues autobloquantes (SAB) sont utilisées dans tous les centres vaccinateurs et la collette des seringues utilisées se fait à l'aide des boites de sécurité. La collecte de ces boîtes se fait par l'intermédiaire des superviseurs techniques et logistiques pendant le déroulement des campagnes des centres de santé vers les districts sanitaires. Au district, un point focal gestion des déchets réceptionne les boîtes de sécurité et les stocke dans un endroit sec et protégé (conteneur). A la fin de chaque campagne, des camions de ramassage avec à leurs bords des chauffeurs et manutentionnaires formés procèdent à l'enlèvement des boîtes de sécurité des districts vers les sites d'incinération.*

*Les incinérateurs homologués disponibles au niveau des structures sanitaires pour la destruction des déchets vaccinaux sont insuffisants. L'élimination se fait par incinération dans 67 % des hôpitaux de référence (CHR et HG), et par brûlage dans des fosses à ciel ouvert non protégées dans 42 % des centres vaccinateur (résultats Evaluation Post Introduction du Hib (PIE) 2012).*

*Lors des séances de vaccination de masse avec les antigènes injectables, les unités industrielles disposant de fours à haute température (plus de 800°C) sont sollicitées pour la destruction des déchets. Un plan national a été élaboré en 2009 par la Direction de l'hygiène publique pour la construction d'incinérateur au niveau régional.*

*Dans les deux districts sélectionnés pour le programme de démonstration, il existe un incinérateur au CHR d’Abengourou et un autre au CHR de Korhogo. Ces incinérateurs seront utilisés pendant la mise en œuvre de la vaccination anti-HPV.*

***Surveillance des maladies cibles et des MAPI***

*Un système de surveillance intégré des maladies est fonctionnel depuis1997. Cette activité est conduite au niveau district par des points focaux sous la supervision des médecins chef de district.*

*Dans le cadre de l’introduction des nouveaux vaccins, des sites sentinelles des surveillances des méningites bactériennes pédiatriques et des diarrhées à rotavirus ont été créés et sont fonctionnels.*

*La surveillance intégrée des maladies ne prend pas encore en compte le HPV. La surveillance du HPV pourrait être envisagée dans le cadre de l’introduction éventuelle, à l’échelle nationale, du vaccin contre le HPV si le programme démonstration de la vaccination est concluant.*

*La surveillance des cancers se fait au travers du Registre de Cancer d’Abidjan (RCA) qui est un registre de population qui existe depuis 1994. Le registre a fonctionné normalement jusqu’en 2000, où les premiers résultats ont été publiés dans la revue internationale " Cancer incidence in five continents ", de l’Association Internationale des Registres du Cancer (IACR/AIRC). L’intégration des données sur les cancers prévalent dont fait partie le cancer du col dans le Système Intégré de Gestion (SIG) est en cours. Dans le cadre du dépistage du cancer du col de l’utérus des registres prenant en compte les cas des cancers suspectés cliniquement sont disponibles sur tous les 35 sites existants.*

*La surveillance des MAPI est conduite en routine et elle est renforcée durant les campagnes de masse avec un accent particulier sur la notification et la prise en charge des cas. Cette surveillance au cours des campagnes se fait à 3 niveaux :*

*- Le niveau périphérique avec un comité de gestion comprenant un point focal MAPI formé, en charge de la notification, de la prise en charge des cas non graves et de la référence des cas graves vers les hôpitaux de référence ;.*

*- Le niveau intermédiaire avec un comité régional chargé de coordonner les activités des districts, d’investiguer et de prendre en charge les cas graves. Ce comité comprend un point focal hôpital, un point focal laboratoire et un clinicien de référence ;*

*- Le niveau central avec deux comités :*

*• Le comité national MAPI chargé de coordonner la surveillance au niveau national et faire évaluer les cas de MAPI graves par le comité des experts. Il comprend un épidémiologiste, un clinicien et un point focal laboratoire.*

*• Le comité des experts MAPI chargé d’évaluer les différents cas de MAPI. Il comprend dix (10) experts issus de différentes spécialités.*

*Un protocole standard de prise en charge des cas est élaboré et mis à la disposition de tous les points focaux des hôpitaux. La prise en charge se fait gratuitement. Cette prise en charge est à la fois médicale et psychosociale à travers l’information et la sensibilisation des parents afin de minimiser l’impact de la survenue des cas de MAPI sur la poursuite de la vaccination. De même, des mesures seront prises par rapport à la gestion de l’information sur les MAPI vis-à-vis du grand public et des médias afin de limiter au maximum les risques de rumeurs défavorables à la poursuite de l’activité.*

*Le système de surveillance en place sera utilisé pour la surveillance des MAPI dans le cadre du programme de démonstration. Une surveillance immédiate se fera au poste de vaccination pour chaque jeune fille vaccinée pendant 15 min avant de quitter le poste de vaccination. Les enseignants seront formés et mis à contribution pour la notification immédiate des cas de MAPI qui surviendrait à l’école.*

***Suivi et évaluation des activités de vaccination***

*Dans le cadre des activités de routine, un cadre formel de suivi des activités de vaccination existe à travers des réunions organisées à différents niveau : trimestrielles entre le niveau central et les acteurs du district, mensuelles entre le niveau district et les responsables des structures sanitaires. En dehors de ce cadre, des outils de monitorage (courbe de suivi des vaccinations, outils DVDMT) sont disponibles au niveau des structures sanitaires et des gestionnaires de données au niveau district, région et central. Ces outils sont utilisés pour le suivi régulier de la couverture vaccinale pour action.*

*Dans le cadre des campagnes de vaccination, un système de suivi quotidien est mis en place avec équipe de coordination et des superviseurs à tous les niveaux :*

*Chaque vaccination est cochée sur une fiche de pointage par l’équipe de vaccination. A la fin de chaque journée, le superviseur d’équipe fait la synthèse de vaccination de toutes ses équipes sur une fiche de synthèse qui est transmise au responsable de l’aire de santé. Toutes les données journalières de chaque aire de santé sont transmises au district sanitaire qui en fait la compilation. Chaque district transmet la compilation des données de ses aires de santé au niveau national. Au niveau central, le point quotidien est fait les données sont partagées avec tous les partenaires impliqués avec une retroinformation aux régions et districts sanitaires.*

*A chaque niveau, une équipe de coordination se réunit tous les jours pour le suivi et l’analyse des données pour action en cas de besoin. Ce suivi porte aussi bien sur les données de vaccination (couverture vaccinale) que de surveillance des MAPI, de la qualité de la supervision, de la gestion des cas de refus… Une rétro information est faite de façon quotidienne. A la fin de la campagne une réunion de synthèse est organisée au niveau district, régional et central pour faire point et dégager les perspectives. Ce système de suivi sera mis en œuvre pendant le programme de démonstration de la vaccination anti-HPV avec des outils spécifiques pour cette activité.*

*Concernant l’évaluation, le PEV en Côte d’Ivoire d’une expérience dans l’évaluation post-introduction des nouveaux vaccins. La dernière évaluation conduite a concerné l’introduction du vaccin pentavalent DTC-HepB-Hib en 2012. Cette expérience pourrait être capitalisée pour l’évaluation du programme de démonstration.*

*Concernant ce programme de démonstration, un plan spécifique pour l’évaluation sera élaboré et mis en œuvre. Deux types d’évaluation seront conduits : une évaluation des prestations (livraison) des vaccinations anti-HPV et une évaluation des interventions de santé des adolescents.*

*L’évaluation des interventions de santé des adolescents comportera essentiellement deux étapes :*

* *La 1ère étape se déroulera à la fin de la 1ère phase du projet et aura pour objectif d’évaluer la faisabilité de l’intégration de la vaccination anti-HPV à d’autres interventions sanitaires ciblant les adolescents*
* *La 2ème étape se déroulera à la 2ème phase du projet et permettra de sélectionner l’intervention de santé la plus adaptée qui sera intégrée à la vaccination anti-HPV et de définir les modalités pratiques de cette intégration.*

**Q17.** Veuillez décrire l’état de la chaîne de froid pour le district sélectionné et la ou les sources de données pour ces informations. Informations telles que nombre de chambres froides, fonctionnement et état de marche de ces chambres froides, capacité de stockage (éventuelle capacité en excès), mécanisme de distribution pour la livraison habituelle des vaccins, statut des porte-vaccins et des blocs réfrigérants (par ex. pénurie ou excès), et plan pour le stockage et la distribution des vaccins anti-VPH pendant le programme de démonstration du vaccin anti-VPH.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Composante** | |  |  | | --- | --- | | **District 1 :** Korhogo | Abengourou | | |  |  | | --- | --- | | **District 2 :** Abengourou | Abengourou | |
| Nombre et types de chambres froides | *01 chambre froide positive*  *01 chambre froide négative* | *01 chambre froide positive*  *01 chambre froide négative* |
| Fonctionnement et état de marche des chambres froides | *Les 2 chambres froides sont fonctionnelles* | *Les 2 chambres froides sont fonctionnelles* |
| Capacité de stockage (avec excès éventuel) | *Chambre froide positive : 8 m3*  *Chambre froide négative : 20 m3* | *Chambre froide positive : 8 m3*  *Chambre froide négative : 20 m3* |
| Mécanisme de distribution | *Les centres de santé viennent s’approvisionner mensuellement à la direction du district sanitaire à l’aide de porte-vaccins* | *Les centres de santé viennent s’approvisionner mensuellement à la direction du district sanitaire à l’aide de porte-vaccins* |
| Nombre et statut des porte-vaccins | *145 Tous en bon Etat* | *798 Tous en bon Etat* |
| Nombre et statut des blocs réfrigérants (pénurie ou excès éventuels) | *40 réfrigérateurs médicaux,*  *07 congélateurs médicaux,*  *04 réfrigérateurs/Congélateurs,*  *815 accumulateurs de froid de 715 de 0,3 L,*  *100 accumulateurs de froid de 0,6 L chacun* | *24 réfrigérateurs médicaux,*  *4 congélateurs médicaux,*  *3 réfrigérateurs/Congélateurs, 1874 accumulateurs de froid de 0,3 L chacun,*  *40 accumulateurs de froid de 0,6 L chacun* |

*Les capacités de stockage sont suffisantes pour permettre la réalisation du projet de démonstration dans ces deux districts sanitaires.*

**Q18.** Autres informations relatives à la chaîne de froid de distribution, au besoin :

*Le plan pour le stockage et la distribution des vaccins anti-VPH pendant le programme de démonstration du vaccin anti-VPH se présente comme suit :*

*Au niveau central, les vaccins seront stockés dans les chambres froides positives dès l’arrivée au pays. Puis les vaccins et consommables seront livrés aux antennes régionales par le biais des camions frigorifiques.*

*Au niveau du district sanitaire, les vaccins seront réceptionnés des antennes régionales, puis stockés dans les réfrigérateurs médicaux une semaine avant la mise en œuvre des activités. L'approvisionnement des centres de sante sera fait sur la base de l'estimation des besoins par le biais des véhicules 4X4 équipes de glacières médicales.*

*Au niveau du centre de santé, les vaccins seront stockés dans les réfrigérateurs médicaux. L'approvisionnement des postes de vaccination sera fait par le biais des motos et des porte-vaccins.*

*Au niveau des postes de vaccination, les vaccins seront stockés dans des porte-vaccins munis de coussinets.*

*Le monitorage de la température se fera à travers le relevé biquotidien de la température à l'aide des enregistreurs continus au niveau central, district et centre de santé. Au niveau du poste de vaccination la température sera monitorée par l'Etat de la PCV.*

*Les vaccins anti-VPH seront stockés au niveau des antennes régionales de l’INHP. Aux périodes indiquées pour les vaccinations, les districts sanitaires s’approvisionneront au niveau des antennes.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***CAPACITE DE STOCKAGE*** | ***DISTRICT D’ABENGOUROU*** | ***DISTRICT DE KORHOGO*** |
| *Routine mensuelle en litre* | *97,4* | *177,2* |
| *Un passage de démonstration en litre* | *78,2* | *138,8* |
| *Total (routine +AVS) en litre* | *175,6* | *316,1* |
| *Disponible au dépôt du district en litre* | *825* | *1323* |
| *Trois contacts de démonstration* | *234,5* | *416,5* |
| *Antenne régionale de l’INHP* | 8000 | 8000 |

*A l’analyse du tableau ci-dessous, les capacités de stockage au niveau district sont suffisantes, de même qu’au niveau régional.*

* 1. Objectif 1 : Plans pour la formation à la livraison des vaccins anti-VPH et pour la sensibilisation et la mobilisation de la communauté

**Q19.** Veuillez décrire les plans prévus pour la formation des agents de santé et autres personnes qui seront impliqués dans le programme de démonstration du vaccin anti-VPH.

*Dans le processus d’introduction du nouveau vaccin, la formation du personnel de santé et des enseignants sera organisée. Cette formation sera faite en cascade :*

* *La formation des formateurs du niveau central : elle consistera à la formation de l’équipe de coordination dont les membres sont dans les institutions suivantes : DCPEV, PNLCa, INHP, PNSSU, PNSR/PF, DMOSS. Cette équipe sera appuyée par les partenaires : OMS, UNICEF, Jhpiego. Ces formateurs seront répartis en deux équipes de quatre personnes. Chaque équipe aura en charge un district*
* *La formation des formateurs du niveau district : Elle sera faite par l’équipe centrale comme indiquée ci-dessus. Cette formation s’adressera aux Equipes Cadres de district.*
* *La formation des agents vaccinateurs se fera par l’Equipe Cadre du district.*

*Dans le cadre de cette formation, des guides et modules de formation seront élaborés. Les directives et fiches techniques sur les spécificités du vaccin anti-VPH seront mises à la disposition du personnel. La formation prendra également en compte les aspects de planification, de communication, de gestion des vaccins, de suivi évaluation et de surveillance.*

*Cette formation comportera un volet théorique et un volet pratique (exercices, jeux de rôles et mise en situation)*

* *Un briefing des enseignants, des Directeurs d’école et des assistants sociaux sera organisé par l’équipe du district avec l’appui du niveau central*
* *Un briefing des ASC, des responsables des groupes associatifs, des ONG, et sera organisé pour l’identification des cibles et des messages clés à diffuser.*

**Q20.** Veuillez décrire les plans de communication prévus pour la sensibilisation et la mobilisation des communautés en faveur du programme de démonstration du vaccin anti-VPH.

*Les activités clés de ce plan de communication seront principalement :*

*La problématique de la vaccination des jeunes filles contre le HPV est une question assez délicate aussi bien pour le personnel médical que pour les parents et les jeunes filles elles mêmes. En effet, les autres maladies cibles « habituelles » du PEV sont plus ou moins connues des populations et le personnel médical dispose de suffisamment de ressources documentaires pour fournir des explications aux parents et susciter leur adhésion à la vaccination. De plus, les populations sont déjà habituées la cible «traditionnelle» du PEV : enfants de 0 à 11 (de sexe féminin comme masculin) mois et femmes enceintes. La sélection très spécifique des jeunes filles de 10 pour le projet de démonstration pourrait être à l’origine de préoccupations des parents et des jeunes filles elles-mêmes et qui pourrait être source réticences et de rumeurs telles que la stérilisation des jeunes filles avant leur âge de procréation, une politique de contraception du Gouvernement… En effet, lors des campagnes antérieures contre le tétanos qui ont visé femmes en âge de reproduction, des rumeurs de cette nature ont été notifiées. La capacité à prendre en charge rapidement les MAPI et à donner l’information juste aux parents.*

*Un plan spécifique de communication du projet de démonstration de la vaccination contre le HPV va être élaboré en y incluant toutes ces spécificités et les stratégies pour les aborder afin de minimiser leurs effets sur la vaccination des jeunes filles.*

* + ***Information des agents sanitaires***

*Le personnel de santé constitue la principale source d’information des parents et des adolescentes. Il est donc important qu’il appréhende tous les aspects liés aux préoccupations des parents et des jeunes filles afin de leur fournir les informations convaincantes et susciter leur adhésion à la vaccination anti-HPV. Une réunion d'information et de sensibilisation à l'endroit du personnel de santé et des points focaux communication des districts sera organisée avant le démarrage du projet de démonstration.*

* + ***Information des enseignants***

*Les enseignants constituent une importante source d’information des enfants et des parents. S’ils sont correctement informés, ils pourront être utilisés pour l’information de ces cibles. Une réunion d’information et de sensibilisation sera organisée à leur endroit par l’équipe du district notamment le point focal communication avec l’appui du niveau central.*

* + ***La Sensibilisation des communautés et mobilisation sociale***

*Des activités de mobilisation sociales seront organisées en vue d’obtenir l’adhésion et l’implication des leaders communautaires, des ONG et groupes associatifs pour la sensibilisation des populations. Les principaux canaux de mobilisation qui seront utilisés sont les mass-médias (radios de proximité), les mobilisateurs de proximité pour la sensibilisation dans les ménages (porte à porte). Les activités suivantes seront menées :*

* *Organisation d'une réunion d'information et de sensibilisation  présidée par le corps préfectoral à l'endroit des chefs de communauté, chefs de quartiers, chefs religieux, chefs de village et groupes associatifs*
* *Organisation d'une réunion d'information et de sensibilisation  présidée par le district sanitaire à l'endroit des enseignants du primaire et du secondaire, des directions régionale et départementale de l'éducation nationale, des responsables des COGES des établissements scolaires, des responsables d'infirmerie de lycées et collèges*
* *Production et diffusion de supports de communication adaptés à la communauté*
  + *Affiches, affichettes, cartes conseils : elles seront produites au niveau central et transmises aux districts une semaine avant la campagne. Les affiches seront affichées dans les centres de sante, les établissements scolaires, les mairies, les lieux de cultes, les gares, les marches, des préfectures, des sous-préfectures. Les affichettes et les cartes conseils seront utilisées lors de la mobilisation de proximité et des réunions d'information et de sensibilisation.*
  + *Spot radio : Il sera produit au niveau central et transmis aux districts pour la diffusion au niveau des radios de proximité. La diffusion se fera une semaine avant la campagne et pendant toute la durée de la campagne.*
  + *Emissions  radio : elles seront réalisées au niveau district en collaboration avec les radios de proximité 3 jours avant la campagne et pendant toute la durée de la campagne. Les messages diffusés par les différents canaux et supports de communication porteront sur la gravité du cancer du col de l’utérus, les moyens de prévention de cette maladie, notamment les bienfaits de la vaccination contre cette maladie. Ces messages seront adaptés aux communautés.*
* *Sensibilisation des populations cibles et leurs parents par les enseignants, le personnel de santé, les ONG, les groupes associatifs une semaine avant et pendant toute la durée de la campagne*
* *Organisation d'un lancement officiel au niveau de chaque district sanitaire (cérémonies, point de presse)*

**Q21.** Décrivez brièvement toute idée des obstacles ou risques possibles entravant l’acceptation par la communauté et le processus de communication susceptible d’être mis en place pour les éliminer. Brève description des éventuels mécanismes positifs qui pourraient faciliter l’acceptation du programme et sa mise en œuvre.

*La rumeur constitue le principal facteur pouvant influencer l’acceptation du vaccin par les jeunes filles éligibles ou leurs parents ou des personnes en charge de ces filles. Cette rumeur naît souvent d’une insuffisance d’information et de sensibilisation. Pour prévenir cela, l’expérience servira de base pour éliminer ces cas de rumeurs et de refus.*

*En effet, pour des campagnes précédentes en matière de gestion des rumeurs et des cas de refus des comités de gestion des refus et des rumeurs existent dans tous les districts sanitaires du pays. Ces comités réactivés à la faveur du programme de démonstration. Ce comité est présidé par le corps préfectorale et est composé des leaders communautaires et religieux, des autorités sanitaires, du point focal communication du district et sera élargi au corps enseignant spécifiquement pour ce projet.*

*Le comité de gestion des refus et des rumeurs sera préalablement briefé sur le cancer du col de l’utérus et les avantages de la vaccination contre cette maladie. Il apportera un appui à la sensibilisation de la population en diffusant l’information juste et vraie. En cas de refus, ce comité se chargera de rencontrer les personnes concernées et de les emmener à adhérer à la vaccination. En cas de rumeurs, il se chargera de donner l’information juste et vraie en organisant des réunions d’information et de sensibilisation et en diffusant des messages par les mobilisateurs de proximité par voie radiophonique (émissions, communiqués) en vue de dissiper ces rumeurs.*

*Pour les groupes spécifiques qui refusent la vaccination, les personnes ressources de ces communautés seront identifiées et sensibilisées. Pour le cas particulier du groupe « warabia » où l’on ne peut accéder par la femme qu’en passant par le mari qui est le seul à prendre toutes les décisions, une rencontre d’information et de sensibilisation sera organisée avec les hommes de cette communauté en vue d’obtenir leur adhésion à la vaccination contre le VPH afin que les fillettes de cette communauté soient vaccinées.*

*Le plan de communication qui sera élaboré dans le cadre du programme de démonstration tiendra compte des spécificités de la vaccination anti-HPV et de son acceptation par les communautés afin de prévoir des stratégies idoines pour faciliter l’’acceptation de cette vaccination.*

* 1. Objectif 1 : Plan d’évaluation de la livraison des vaccins anti-VPH

**Q22.** Indiquez l’agence/la personne qui réalisera l’évaluation nécessaire de l’objectif « Apprentissage sur le tas ».

*Un comité de sélection composé des agents du Ministère en charge de la santé et des partenaires techniques et financiers (OMS, UNICEF, Jhpiego…) sélectionnera par appel d’offre un cabinet privé constitué d’une équipe de chercheurs ayant une expérience dans le domaine des enquêtes de terrain, l'évaluation des programmes de santé, l'économie de la santé et les sciences sociales.*

* 1. Objectif 2 : Évaluation des interventions de santé à l’intention des adolescents

**Q23.** Veuillez faire un résumé des activités prévues pour l’évaluation des interventions de santé à l’intention des adolescents, notamment les étapes importantes de la planification, les réunions des parties prenantes, la méthodologie d’évaluation, le processus d'identification du meneur pour cette activité et le processus prévu pour impliquer le GCT dans ce travail.

*Les activités d’évaluation des interventions de santé à l’intention des adolescents seront reparties sur les deux phases du programme de démonstration de la manière suivante :*

**Phase 1 (1ère année)**

*Une évaluation de la faisabilité de l'intégration de la vaccination anti HPV à d’autres interventions sanitaires ciblant les adolescentes de 9 à 13 ans sera conduite et portera sur une revue documentaire des données existantes auprès des différentes structures s’occupant de la santé de l’adolescent : du ministère de la Santé (PNSSU, PNSI-SE, PNSR/PF, PNN…) du ministère de l’Education et d'autres (DMOSS, DPES) partenaires dans le pays (OMS, UNICEF, UNFPA, Jhpiego). Cette évaluation portera sur les interventions, services et programmes en matière de santé des adolescentes. Il s’agira de faire la monographie de ces interventions en matière de santé de l’adolescent en Côte d’Ivoire.*

*Sur la base de cette documentation une ou plusieurs interventions ciblant au moins les filles et garçons de 9 à 13 ans pourront être identifiées. Ces informations permettront d'orienter la sélection d'une intervention clé pouvant être réalisées parallèlement à la stratégie de vaccination anti-VPH.*

*Il existe actuellement dans le pays certaines interventions orientées sur la santé des adolescents au niveau des écoles :*

* *Visites médicales systématiques*
* *La promotion du lavage des mains*
* *Education aux droits de l’homme et à la citoyenneté*
* *Les campagnes de sensibilisation sur le VIH dans les écoles...*

*Selon les résultats du programme de démonstration de la vaccination anti-VPH (couverture vaccinale, expérience et leçons apprises…), l'intervention identifiée pourra être réalisée en même temps que cette vaccination lors des activités de communication ou pendant les prestations des vaccinations pour toutes les doses ou l'une d'entre elles.*

*Le processus de cette évaluation sera coordonné par le GTC : identification de l’évaluateur, validation du protocole, des outils, du rapport…*

**Phase 2 (2ème année)**

*Après l'évaluation des interventions de santé à l'intention des adolescents de la première phase, l’intervention susceptible d'être proposée en même temps que le vaccin anti-VPH est identifiée. Une planification préalable se fera avec la structure coordinatrice de cette activité afin de définir les modalités pratiques de cette intégration : identification du meneur, financement, mécanismes de coordination, les obstacles éventuels et les stratégies pour lever ces obstacles, la plus-value de cette intégration pour chacune de ces interventions....*

*Une évaluation conjointe pourrait être conduite selon les implications de cette intégration sur chacune de ces interventions. Cette évaluation pourrait utiliser la même méthodologie que celle utilisée dans la première phase et pourrait comprendre une évaluation de la couverture vaccinale du vaccin anti-VPH et celle de l’intervention intégrée. L’enquête de couverture du vaccin anti-VPH au sein de la communauté sera organisée en recueillant également des données sur les raisons pour lesquelles les parents ou les fillettes n'ont pas accepté la vaccination dans les districts d’Abengourou et de Korhogo. Une analyse des coûts de mise en œuvre dans ces districts pourrait être également associée avec une estimation du coût par dose livrée et le coût par fillette complètement vaccinée (ayant pris les 3 doses).*

* 1. Objectif 3 : Mise en place ou révision de la stratégie de contrôle ou de prévention du cancer du col utérin

**Q24.** Veuillez faire un résumé des activités prévues pour la mise en place ou la révision d’une stratégie nationale de contrôle et de prévention du cancer du col utérin, notamment les étapes importantes de la planification, les réunions des parties prenantes, la méthodologie pour la mise en place de la stratégie, le processus d'identification d’un meneur pour cette activité et le processus prévu pour impliquer le GCT dans ce travail.

*En Côte d’ivoire, la stratégie de lutte contre le cancer (y compris celui du col de l’utérus) est coordonnée par le Programme National de lutte contre le cancer. Dans le cadre de la lutte contre le cancer du col, un document de stratégie et de normes pour la prévention du cancer du col de l’utérus a été élaboré. Ce document, prévoit l’implication de tous les acteurs nationaux et les partenaires de la lutte contre le cancer du col. La validation de ce document est prévue pour la fin de l’année 2013. Ce document prévoit la vaccination comme un moyen de prévention primaire du cancer du col de l’utérus. Les autres moyens de prévention prévus dans ce document sont : l’IEC, le dépistage des lésions précancéreuses et le diagnostic précoce.*

*Au cours de la phase 1, un GTC sera mis en place pour le programme de démonstration et sera mis à contribution pour accélérer le processus de validation du document ainsi que l’opérationnalisation des moyens de lutte prévus par le document stratégique.*

*A la fin de la phase 2 l’expérience acquise et les leçons apprises après l’évaluation pourraient être capitalisées pour conduire une révision du document de stratégie et de normes pour la prévention du cancer du col de l’utérus.*

* 1. Groupe consultatif technique

**Q25.** Veuillez identifier les membres et les termes de référence du groupe consultatif technique pluridisciplinaire qui mettra en place et orientera la mise en œuvre du programme de démonstration du vaccin anti-VPH et fournir la liste des représentants (au minimum leurs postes, et dans l’idéal leurs noms) et de leurs agences.

* Les pays sont encouragés à faire appel à leur CCIA ou à un sous-ensemble de leur CCIA pour former le GCT pluridisciplinaire.
* Le GCT doit comporter au moins des représentants du programme PEV national, de la lutte contre le cancer, de l'éducation et du CCIA (si différent du CCIA) et de la santé des adolescents et/ou de la santé scolaire (s'ils sont représentés au sein du ministère de la Santé).

*Le GTC est en cours de mise en place, les membres ont été ciblés, il reste la décision ministérielle.*

Entrez le nom de famille en lettres majuscules.

| **Agence/Organisation** | **Nom/Titre** | **Domaine de représentation1** |
| --- | --- | --- |
| DCPEV (CCIA) | NOUFE Souhaliou / Chargé d’études suivi-évaluation | Suivi-Evaluation |
| DCPEV (CCIA) | ASSA Clarice Patricia Epse KOUAME-ASSOUAN/ Directeur Coordonnateur adjoint du PEV | Vaccination |
| DCPEV (CCIA) | KANGA Armel Jonas/ Chargé d’études projet et planification | Planification |
| DCPEV (CCIA) | BOSSOH Emma/ Chargé de communication PEV | Communication |
| DCPEV (CCIA) | YAO Kossia/ Médecin PEV | Vaccination |
| DCPEV (CCIA) | KOFFI Guy Donatien/ Chargé d’études logistique PEV | Logistique |
| DCPEV (CCIA) | KONE Fatoumata/ Chargé d'étude prestations PEV | Vaccination |
| PNLCa | KOUASSI Comoé Jean Claude/ Chargé d’étude partenariat multisectoriel | Lutte contre le cancer |
| PNLCa | ADIE Yao Mesmin/ Chargé d’étude suivi évaluation | Lutte contre le cancer |
| PNLCa | Mme NOBOUT Pauline Raymonde / Chargé d’étude Communication | Communication |
| PNLCa | AYEMOU Amalado/ Directeur Coordonateur Adjoint | Lutte contre le cancer |
| PNLCa | GALLA BI Yao Jules/ Charge d’études, prise en charge des cas | Lutte contre le cancer |
| PNSSU | SORO Gotianwa/ Chargée d’étude prévention programmation | Santé Scolaire |
| DCPNSR/PF | KOFFI Akoua Isabelle/ Assistante logistique contraceptive | Santé de la reproduction |
| PNMNT | DZADE Koffi Benjamin/ Charge d’études |  |
| PNPEC | KONE Kane/ Conseiller technique soins et soutien | Lutte contre le SIDA |
| INHP (CCIA) | MAYET Koutouan/ Chef service adjoint surveillance épidémiologique | Surveillance épidémiologique |
| DMOSS/MENET | YEBOUA Koffi Djaban Jacques/ Assistant Directeur | Education nationale |
| DIPE (CCIA) | Malé Mominé/ | Evaluation |
| DGS | KRA Kouadio /Charge d’études |  |
| Ministre de l’économie et des finances (CCIA) | Mme LATTROH/ Conseiller Technique du Ministre de l’économie et des finances | Financement |
| SOGOCI | GUIE Privat/ Gynécologue | Gynécologie |
| ASFI | BINDE Epse KOFFI Adjoua Monique/ Secrétaire affaire sociale | Lutte contre le cancer |
| UNFPA | ABOU Nakan Pauline/ Charge de | Santé de la reproduction |
| Jhipiego | AMOUSSOU Charles/ Conseiller technique Senior | Lutte contre le cancer |
| UNICEF (CCIA) | KOUACOU Epa/ Point focal PEV | Vaccination |
| OMS (CCIA) | N’ZUE Kofi/ Point focal PEV | Vaccination |

1Le domaine de représentation peut être la lutte contre le cancer, les maladies non transmissibles, la vaccination, la santé des adolescents, la santé scolaire, la santé de la reproduction, la santé maternelle ou des femmes, la prévention du cancer du col utérin, les associations d’infirmières, les médecins, les communications de santé, les sages-femmes, les groupes de la société civile, l’éducation, etc.

Cites les membre de ce comite

**Q26.** Veuillez indiquer qui assumera la présidence du groupe consultatif technique (s’il est connu).

Entrez le nom de famille en lettres majuscules.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom/Titre** | **Agence/Organisation** | **Domaine de représentation** |
| Président du Groupe consultatif technique | Dr BROU Aka Noel | DCPEV/ Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida | Vaccination |

* 1. Directeur/coordinateur du projet

**Q27.** Dressez une liste des coordonnées, titres et agences des personnes nommées pour coordonner les activités quotidiennes du programme de démonstration du vaccin anti-VPH de deux ans, en prenant note que l’autorité/le chef/le directeur technique du PEV pourrait être le mieux indiqué étant donné son rôle et ses responsabilités actuelles.

Entrez le nom de famille en lettres majuscules.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** |  | BROU AKA Noel |  | **Titre** |  | Directeur Coordonnateur du PEV |  |
|  |  |  |  |
| **N° de tél.** |  | (00225) 05 86 73 96  (00225) 21 24 25 29 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **N° de fax** |  | (00225) 21 24 25 25 |  | **Agence** |  | Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA |  |
|  |  |  |  |  |
| **Mail** | alloukassi.am@gmail.com | | | **Adresse** |  | 18 BP 976 Abidjan 18 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Calendrier

Le programme de démonstration du vaccin anti-VPH inclura la vaccination d’une cohorte de jeunes filles en deux années consécutives (Figure I). Les pays doivent commencer la vaccination dans le district de démonstration dans les deux années qui suivent la demande.

**Figure I. Calendrier du programme de démonstration du vaccin anti-VPH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Première campagne de vaccination | | | Évaluation de la première campagne | | Deuxième campagne de vaccination | | | | | | | | |
|  | | Évaluation de la faisabilité d’une livraison intégrée  Démarrage de la stratégie de lutte contre le cancer | | | | | | Si possible, test de la livraison conjointe de services  Finalisation de la stratégie de lutte contre le cancer | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Planification | | Année 1 : mise en œuvre du projet de démonstration | | | | | | Année 2 | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  | | |  | |  | |  | |  |

**Q28.** Veuillez éventuellement modifier et compléter le chronogramme ci-dessous des principales activités de la vaccination anti-VPH, d’évaluation des interventions de santé à l’intention des adolescents et de mise en place/révision de la stratégie nationale de contrôle et de prévention du cancer du col utérin prévue pour le programme de démonstration du vaccin anti-VPH. Les pays devront prévoir suffisamment de temps pour les activités de planification avant la livraison du vaccin anti-VPH 1. Pour des raisons de suivi de programmes, l’année 1 commence avec la livraison de la première dose du vaccin. Les candidats peuvent compléter ce modèle au format MS Excel.

|  | **Chronogramme du programme de démonstration du vaccin anti-VPH** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Année 1 (2014)** | | | | | | | **Année 2 (2015)** | | | | | | | | | | | | **Année 3 (2016)** | | | | | | | | | | | | **Année 4 (2017)** | | |
|  | Juin | Juil | Aout | Sept | Oct | Nov | Dec | Jan | Fev | Mar | Avr | Mai | Juin | Juil | Aout | Sept | Oct | Nov | Dec | Jan | Fev | Mar | Avr | Mai | Juin | Juil | Aout | Sept | Oct | Nov | Dec | Jan | Fev | Mar |
| Rédaction du plan de mise en œuvre |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mise en place de l’équipe technique de travail pour la coordination de l'activité |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Organisation du recensement des fillettes de 10 ans |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Organisation de réunions de l’équipe technique de travail |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Micro planification à l’échelon du district |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Confirmation de la place disponible dans les chambres froides du district |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dédouanement du stock de vaccins |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Communication des informations aux intervenants clés |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Elaboration du plan de communication et des messages pour les supports de communication |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Elaboration des outils de gestion pour la vaccination |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Elaboration d’un plan de formation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mise en place de l’équipe responsable de l’évaluation des interventions de santé à l’intention des adolescents |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Transport des vaccins vers le district |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Examen des résultats de la première année et description des éventuelles modifications relatives à la vaccination pour la deuxième année, y compris éventualité d’une livraison conjointe du vaccin anti-VPH et d’une intervention de santé à l’intention des adolescents |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Micro planification pour la deuxième année de vaccination |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Révision du plan de mise en œuvre de la première année pour la deuxième année |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mise en œuvre d’une stratégie de communication dans le district |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Révision des outils de gestion pour la vaccination |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Elaboration/Mise en œuvre du plan de formation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| révision / Mise en œuvre du plan de formation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Administration de la première dose |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sessions de ratissage pour la première dose |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Administration de la deuxième dose |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sessions de ratissage pour la deuxième dose |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Administration de la troisième dose |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sessions de ratissage pour la troisième dose |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| En cas de livraison conjointe lors de la deuxième année, révision des formulaires de vaccination, au besoin |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Elaboration des Termes de Référence pour l'évaluation des interventions de santé à l’intention des adolescents |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mise en œuvre de l'évaluation de la vaccination anti HPV |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Réalisation de l’évaluation des interventions de santé à l’intention des adolescents |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Réalisation d'une enquête de couverture |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Analyse des données d’évaluation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rédaction du rapport préliminaire de l’évaluation |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Collecte des données relatives aux coûts |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Organisation d'un audit externe des comptes par un cabinet indépendant |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Organisation d'un audit interne des comptes par le service de contrôle de gestion |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Organisation de réunions de l’équipe de travail sur la stratégie de lutte contre le cancer du col utérin |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Confirmation de la place disponible dans les chambres froides du district |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dédouanement du stock de vaccins |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adaptation des matériels IEC et du plan de communication |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Révision du plan stratégique de lutte contre le cancer du col utérin |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Soumission du rapport de situation à GAVI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Transport vers le district du stock de vaccins pour la deuxième année |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mise en œuvre d’une stratégie de communication dans le district |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Révision des outils de gestion pour la vaccination |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Révisions en vue d’éventuels compléments de formation ou de matériels du programme pour la deuxième année |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Administration de la première dose de la deuxième année |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sessions de ratissage pour la première dose de la deuxième année |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Administration de la deuxième dose de la deuxième année |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sessions de ratissage pour la deuxième dose de la deuxième année |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Administration de la troisième dose de la deuxième année |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sessions de ratissage pour la troisième dose de la deuxième année |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Analyse des données de couverture, de faisabilité et de coûts pour la deuxième année |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rédaction du rapport d’évaluation des vaccinations de la deuxième année |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Soumission du rapport financier à GAVI (15 mois après le décaissement des fonds par GAVI) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Organisation d'un audit externe des comptes par un cabinet indépendant |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Organisation d'un audit interne des comptes par le service de contrôle de gestion |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Organisation de réunions de l’équipe de travail sur la stratégie de lutte contre le cancer du col utérin |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Recommandations finales au CCIA en vue d’un déploiement national des vaccins anti-VPH |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Présentation au CCIA du plan stratégique révisé de lutte contre le cancer du col utérin après la phase pilote d'administration du vaccin anti-HPV |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Soumission du rapport final de situation à GAVI |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Le cas échéant, remplir et soumettre la demande GAVI pour l’introduction nationale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Soumission du rapport financier à GAVI (12 mois après le rapport précédent) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Budget

**Q29.** Veuillez fournir un projet de budget pour la première année et la deuxième année, identifiant les activités à financer avec l’allocation programmatique de GAVI, ainsi que les coûts à couvrir par le pays et/ou les ressources d’autres partenaires.

**Remarque** : en cas de multiples sources de financement pour une catégorie de coûts donnée, chaque source doit être identifiée et sa contribution doit être précisée dans le budget.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Phase 1** | | | | **Phase 2** | | | |  |
|  | **Etat** | | **GAVI** | | **Etat** | | **GAVI** | |  |
|  | **2014** | **2015** | **2014** | **2015** | **2015** | **2016** | **2015** | **2016** | **TOTAL** |
| **Supervision/Coordination/Planification** | 8 200 | 12 620 | 4 546 | 4 939 | 8 704 | 8 000 | 2 782 | 4 939 | **54 730** |
| **Administration des vaccins** | 5 629 | 5 681 | 8 779 | 17 559 | 1 227 | 3 118 | 9 020 | 10 520 | **61 534** |
| **Sensibilisation et mobilisation de la communauté** | - | - | 15 816 | 7 585 | 16 532 | 3 600 | 647 | 1 127 | **45 306** |
| **Formation** | - | - | 369 | - | 816 | - | - | - | **1 185** |
| **Approvisionnement en vaccins** | 1 129 | - | 2 787 | - | - | - | 4 041 | - | **7 956** |
| **Évaluation** | - | - | 25 644 | 51 484 | 18 659 | 12 000 | - | 25 000 | **132 787** |
| **Élimination des déchets** | - | 836 | 856 | 796 | 856 | 1 632 | - | - | **4 976** |
| **Surveillance des MAPI** | 16 008 | 32 016 | - | - | 16 536 | 33 073 | - | - | **97 633** |
| **SOUS-TOTAL Coûts opérationnels** | **32 980** | **53 168** | **60 811** | **84 378** | **65 344** | **63 439** | **18 504** | **43 602** | **422 226** |
| **Coût des vaccins et consommables** | - | - | 238 484 | - | - | - | 247 380 | - | **485 864** |
| **Frais de transit** | 35 773 | - | - | - | 37 107 | - | - | - | **72 880** |
| **SOUS-TOTAL Vaccins et consommables** | 35 773 | - | 238 484 | - | 37 107 | - | 247 380 | - | **558 744** |
| **TOTAL** | **68 752** | **53 168** | **299 295** | **84 378** | **102 451** | **63 439** | **265 884** | **43 602** | **980 970** |

**Les détails de ce budget sont joints en annexe 2**

1. Approvisionnement des vaccins anti-VPH et transfert d’espèces

Les vaccins anti-VPH seront approvisionnés par le biais de l'UNICEF. Des seringues autobloquantes et des boîtes de mise au rebut seront fournies.

Merci de noter, qu’à l’aide du montant total estimé pour la population cible dans le district et en ajoutant 10 % à titre de stock régulateur de contingence, le Secrétariat de GAVI estimera les stocks nécessaires pour la livraison des vaccins anti-VPH chaque année, et le communiquera avec le pays dans son processus d’approbation.

**Q30.** Indiquez comment les fonds pour les coûts opérationnels requis dans la section 6 de votre budget seraient transférés par GAVI Alliance (le cas échéant).

*Les fonds seront transférés à la banque centrale (BCEAO) par GAVI. Une notification sera envoyée à la banque commerciale où est domicilié le compte SSV-GAVI. Les fonds seront par la suite virés dans ce dernier compte.*

1. Fiche de données du dispositif de gestion financière

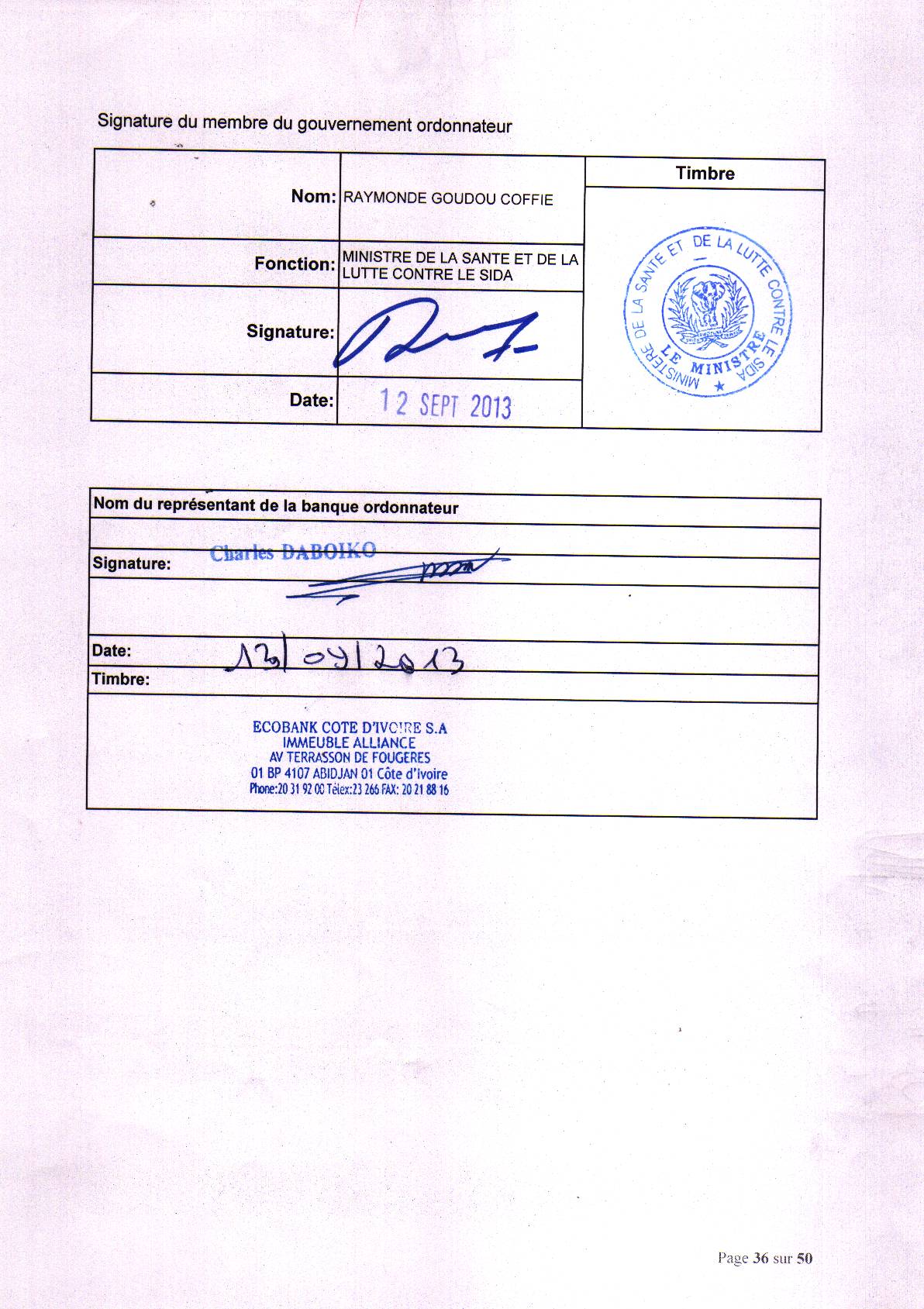
Q31.

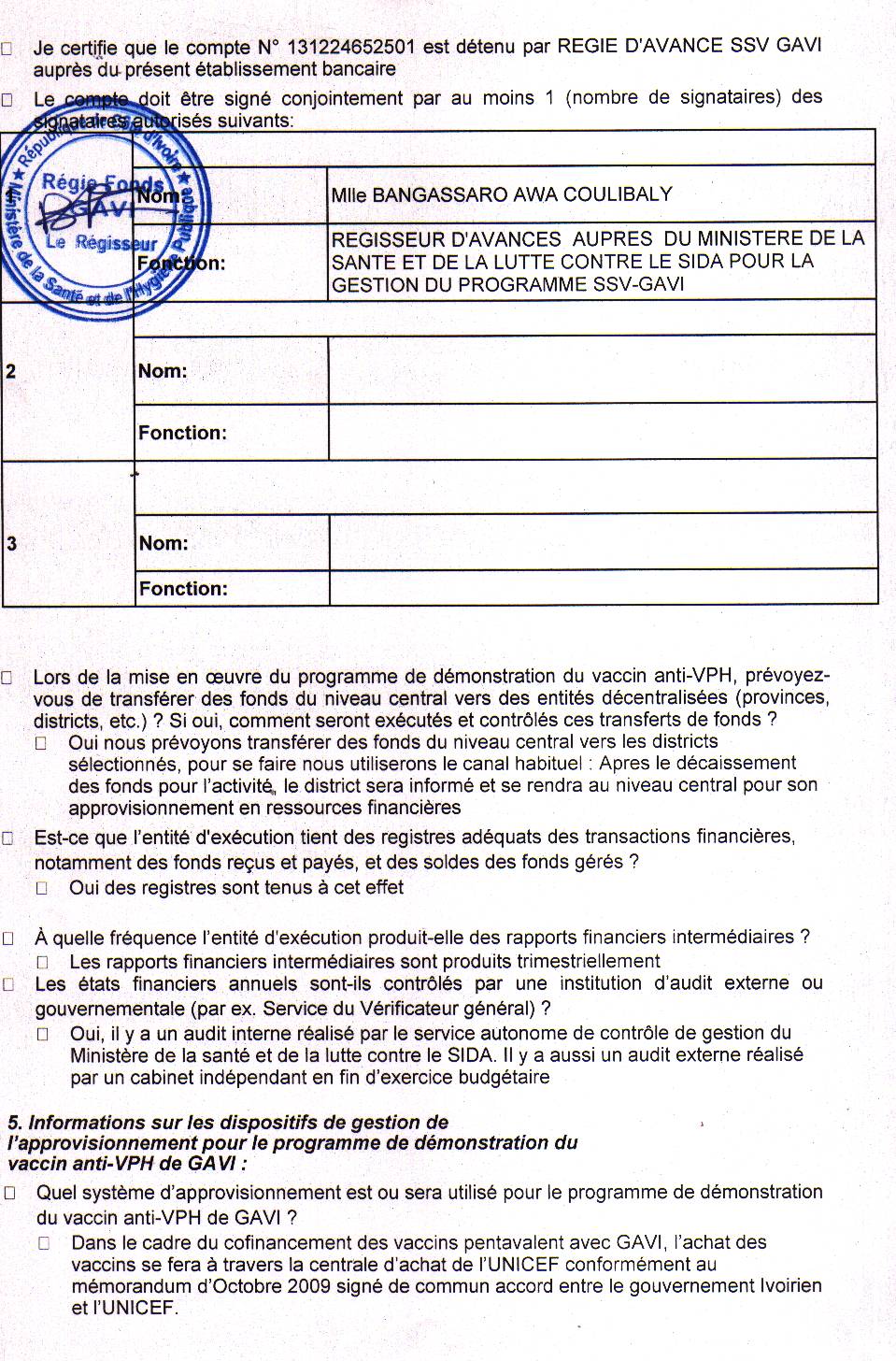
|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informations à fournir par l’organisation/le pays bénéficiaire** | | | | |
| 1. Nom et coordonnées de la ou des organisations bénéficiaires | Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination | | | |
| 2. Expérience de l’organisation bénéficiaire en termes d’opérations financées par GAVI, la Banque mondiale, l’OMS, l’UNICEF, le FMCSTP ou d’autres donateurs (par ex. réception antérieure d’allocations) | **Oui ou Non ?**  ***Oui*** *pour le soutien de GAVI, de l’UNICEF et de l’OMS*  ***Si OUI****,*  veuillez indiquer l'intitulé soutien de GAVI, de l’UNICEF et de l’OMS, les années et le montant de l’allocation :  *Pour l’expérience de GAVI*  *Intitule : Soutien aux Services de Vaccination : de 2000 à 2011*  *Montant de l’allocation : 2 424 000 $US*  et les informations suivantes :  **Pour les allocations échues :**   * Quelles sont les principales conclusions quant à l’utilisation des fonds ? * *Approbation du plan de trésorerie par le CCIA avant son exécution* * *Validation du rapport de situation de GAVI de l’année écoulée incluant le bilan d’exécution du plan de trésorerie par le CCIA* * *Amélioration du taux d’exécution des fonds* * *Bonne implication du contrôle financier dans le processus d’exécution du plan de trésorerie*   **Pour les allocations en cours :**   * Dernière notation de performance de la gestion financière et de l’approvisionnement   + *Septembre 2010* * Problèmes de mise en œuvre de la gestion financière et de l’approvisionnement   + *Pas de difficulté majeure rencontrée* | | | |
| 3. Montant de l’allocation proposée pour la démonstration du vaccin anti-VPH de GAVI (dollars US) | **980 970 $ US (coûts opérationnels + coûts vaccins) Ce montant est mobilisé à la fois par GAVI et l’Etat de Côte d’Ivoire** | | | |
| ***4. Informations sur les dispositifs de gestion financière pour le programme de démonstration du vaccin anti-VPH de GAVI :*** | | |  | |
| * Est-ce que les ressources du programme de démonstration de GAVI seront gérées par le canal habituel du gouvernement pour les procédures de dépenses ? | | *OUI* | | |
| * L'organisation bénéficiaire dispose-t-elle d'un manuel opératoire ou de gestion financière décrivant le système de contrôle interne et les procédures opérationnelles de gestion financière ? | | *OUI : un manuel des procédures de gestion financière existe au niveau de la DCPEV. Il existe également un manuel de directives et un aide-mémoire concernant spécifiquement la gestion des fonds GAVI* | | |
| * Quel est le processus budgétaire ? | | * *Elaboration d’un plan de trésorerie annuelle en début d’année sur la base du bilan de l’année précédente* * *Validation du plan de trésorerie par le CCIA* * *Suivi de l’exécution du plan de trésorerie en cours d’année par le service financier du programme, la Direction des Affaires Financières du Ministère de tutelle, le contrôle financier, la régie financière auprès du Ministère de l’économie et des finances* * *Validation des bilans trimestriels et annuels par le CCIA* | | |
| * Quel système comptable est ou sera utilisé pour le programme de démonstration du vaccin anti-VPH de GAVI ? Ce système est-il informatisé ou manuel ? | | *C’est le système de comptabilité publique habituellement utilisé par notre pays pour la gestion des fonds GAVI. C’est un système informatisé* | | |
| * Quelles sont les dispositions en matière de dotation de personnel pour la comptabilité, l’audit et l’établissement de rapports? Est-ce que l’entité responsable de la mise en œuvre dispose d’un comptable qualifié au sein du personnel affecté au programme de démonstration du vaccin anti-VPH de GAVI ? | | Pour la gestion des fonds GAVI un régisseur du ministère de l’économie et des finances a été nommé.  *A Chaque fin d’exercice budgétaire, un audit interne est réalisé par le service autonome de contrôle de gestion du Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA et un audit externe est conduit par un cabinet indépendant.*  *La DCPEV dispose d’un comptable qualifié*. | | |
| * Quelles sont les dispositions bancaires ? Donnez des informations détaillées sur le compte bancaire de la Banque centrale ou d’une banque commerciale pressentie pour recevoir les fonds anti-VPH de GAVI et la liste des signataires autorisés. Précisez leurs titres. | | *Un compte a été déjà ouvert dans une banque commerciale (ECOBANK) au nom du ministère de la santé pour recevoir tous les transferts de fonds provenant de GAVI. Ce compte recevra donc les fonds pour le programme de démonstration de la vaccination anti-HPV*  ***Pour les détails de ce compte, voir tableau ci-dessous*** | | |
| * Lors de la mise en œuvre du programme de démonstration du vaccin anti-VPH, prévoyez-vous de transférer des fonds du niveau central vers des entités décentralisées (provinces, districts, etc.) ? Si oui, comment seront exécutés et contrôlés ces transferts de fonds ? | | *Oui nous prévoyons transférer des fonds du niveau central vers les districts sélectionnés, pour se faire nous utiliserons le canal habituel : Le régisseur des fonds GAVI émet un chèque sur la base des ordres de paiement présenté par la DCPEV et co-signé par le Directeur coordonateur du PEV, le Directeur des Affaires Financières du ministère de la santé et le contrôleur financier de l’Etat. Ce chèque est encaissé par le comptable du PEV. La dotation du district se fera par paiement direct par le comptable du PEV aux gestionnaires des districts. A la fin de l’activité, les pièces justificatives de l’utilisation de ces fonds sont transmises au comptable du PEV.* | | |
| * Est-ce que l’entité d'exécution tient des registres adéquats des transactions financières, notamment des fonds reçus et payés, et des soldes des fonds gérés ? | | *Oui des registres sont tenus à cet effet* | | |
| * À quelle fréquence l’entité d'exécution produit-elle des rapports financiers intermédiaires ? | | *Les rapports financiers sont produits trimestriellement* | | |
| * Les états financiers annuels sont-ils contrôlés par une institution d’audit externe ou gouvernementale (par ex. Service du Vérificateur général) ? | | *Oui, il y a un audit interne réalisé par le service autonome de contrôle de gestion du Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA. Il y a aussi un audit externe réalisé par un cabinet indépendant en fin d’exercice budgétaire* | | |
| ***5. Informations sur les dispositifs de gestion de l’approvisionnement pour le programme de démonstration du vaccin anti-VPH de GAVI :*** | | | |  |
| * Quel système d’approvisionnement est ou sera utilisé pour le programme de démonstration du vaccin anti-VPH de GAVI ? | | *Dans le cadre du cofinancement des vaccins pentavalent avec GAVI, l’achat des vaccins se fera à travers la centrale d’achat de l’UNICEF conformément au mémorandum d’Octobre 2009 signé de commun accord entre le gouvernement Ivoirien et l’UNICEF* | | |
| * L'organisation bénéficiaire dispose-t-elle d'un plan d'approvisionnement, ou un plan d'approvisionnement sera-t-il préparé pour ce programme de démonstration du vaccin anti-VPH ? | | *La DCPEV dispose d’un plan d’approvisionnement qui est semestrielle pour les vaccins de routine et des approvisionnements ponctuels en cas de campagne selon un plan préétabli en fonction des dates de chaque campagne* | | |
| * Existe-t-il un mécanisme de gestion de doléances ? | | *En cas de doléances vis-à-vis d’un partenaire la voie administrative est utilisée : une requête officielle écrite est alors adressée au partenaire* | | |
| * Quelles sont les dispositions en matière de dotation de personnel pour l’approvisionnement ? L’entité d’exécution dispose-t-elle d’une spécialiste en approvisionnement expérimenté au sein de son personnel ? | | *La DCPEV dispose d’un service de logistique avec une équipe de cinq logisticiens formés et expérimentés avec un personnel d’appui.* | | |
| * Existe-t-il des procédures pour l’inspection physique et le contrôle de la qualité des biens, des travaux ou des services fournis ? | | *Un contrôleur financier du ministère de l’économie et des finances est spécialement affecté pour le contrôle de tous services faits au sein de la DCPEV.*  *Par ailleurs, lors de la réception des vaccins et consommables, un contrôle minutieux portant sur les indicateurs de conservation et la quantité est effectué par l’équipe de logisticiens. Puis un rapport de réception signé est adressé au fournisseur par le biais de l’UNICEF dans un délai de 72 heures. Le contrôleur financier constate effectivement la fourniture de ces vaccins et en fait le rapport.* | | |

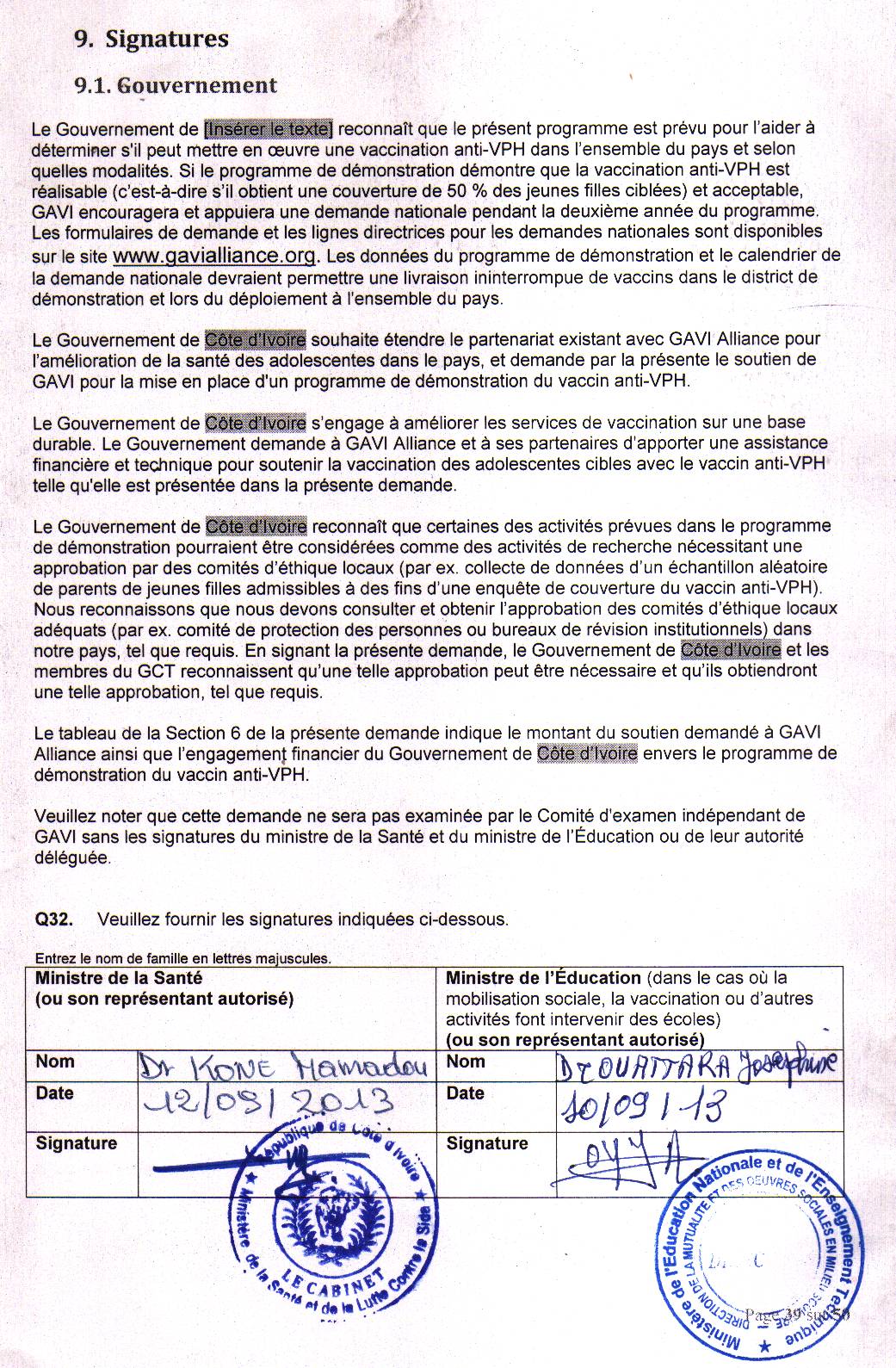
**Quelles sont les dispositions bancaires ? Donnez des informations détaillées sur le compte bancaire de la Banque centrale ou d’une banque commerciale pressentie pour recevoir les fonds anti-VPH de GAVI et la liste des signataires autorisés. Précisez leurs titres.**

***Les informations détaillées sur le compte bancaire de la banque commerciale pour recevoir les fonds anti-VPH de GAVI sont les suivantes :***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Conformément à la décision sur le soutien financier prise par GAVI Alliance, le Gouvernement de Côte d'Ivoire demande par la présente qu'un paiement soit effectué par transfert bancaire électronique de la manière suivante: | | | |  |
|  |  |  |  |  |
| **Nom de l'établissement (titulaire du compte):** | MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA / REGIE FOND GAVI | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  |  |  |  |
| **Adresse:** | CITE ADMINISTRATIVE TOUR C 16 e ETAGE BP V 16 ABIDJAN | | |  |
| **Ville, pays:** | ABIDJAN COTE D'IVOIRE | | |  |
| **N° de téléphone:** | (00225) 20 21 08 71 | **N° de fax:** |  |  |
|  | **Monnaie du compte bancaire:** | | FRANC CFA ( BCEAO) |  |
| **Au crédit de:** |  |  |  |  |
| **Intitulé du compte bancaire:** | REGIE D'AVANCE SSV GAVI | | |  |
| **N° du compte bancaire:** | CI059 01001 131224652501 41 | | |  |
| **Nom de la banque:** | ECOBANK COTE D'IVOIRE | | |  |
|  |  |  |  |  |







**Q33.** Cette demande a été préparée par :

Entrez le nom de famille en lettres majuscules.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom entier** | **Fonction** | **Téléphone** | **E-mail** |
| ASSA Clarice Patricia Epse KOUAME-ASSOUAN | Directeur Coordonnateur adjoint du PEV | (00225) 07 51 24 18 | assa.clarice@gmail.com |
| BOSSOH Emma | Chargé de communication PEV | (00225) 07 58 66 40 | yehovajire@gmail.com |
| BROU AKA Noel | Directeur Coordonnateur PEV | (00225) 05 86 73 96  (00225) 07 82 70 94 | alloukassi.am@gmail.com |
| COULIBALY Daouda | Chef de service surveillance épidémiologique INHP | (00225) 07 98 47 52  (00225) 02 67 39 50 | daocoul@yahoo.fr |
| DAGNAN N'cho Simplice | Directeur de l’INHP | (00225) 01 08 17 59  (00225) 05 66 60 71  (00225) 21 25 97 99 | dagans@yahoo.fr |
| KANGA Armel Jonas | Chargé d’études projet et planification PEV | (00225) 07 47 87 67 | armel\_kanga@yahoo.fr |
| KOFFI Akoua Isabelle | Assistante logistique contraceptive /DCPNSR/PF | (00225) 02 54 87 52 | kofiisou@yahoo.fr |
| KOFFI Guy Donatien | Chargé d’études logistique PEV | (00225) 07 97 95 13 | kguydonatien@yahoo.fr |
| KOFFI Kouadio Felix | Point focal méningite INHP | (00225) 06 84 60 10  (00225) 48 70 37 35 | dr\_kkflix@yahoo.fr |
| KONE Fatoumata | Chargé d'étude prestations PEV | (00225) 21 24 25 29  (00225) 06 10 19 95 | mdfatoukd@yahoo.fr |
| KOUACOU Epa | Point focal PEV UNICEF Côte D'Ivoire | (00225) 07 56 74 57 | ekouakou@unicef. org |
| KOUASSI Comoé Jean Claude | Chargé d’étude partenariat multisectoriel | (00225) 05 89 70 47 | comoekouassi@hotmail.com |
| MAYET Koutouan | Chef service adjoint surveillance épidémiologique | (00225) 01 45 21 37 | mavidaph@yahoo.fr |
| MIVUMBI Ndicunguye Victor | Consultant/ OMS | (0025) 07 88 61 59 | mivumbi.victor@gmail.com |
| N'GUESSAN Konan Elvis Nezi | Médecin INHP | (00225) 07 55 34 68 | elvisnezi@yahoo.fr |
| SAFOU Kinimo Hervé | Chargé de planification PEV | (00225) 02 08 46 08 | yorandj1@yahoo.fr |
| SORO Gotianwa | Chargé d’étude prevention programation PNSSU | (00225) 20 32 43 25  (00225) 06 13 21 63 | sorogogo@yahoo.fr |
| YAO Kossia | Médecin PEV | (00225) 21 24 25 29  (00225) 07 86 27 12 | yaokossia@yahoo.fr |
| YEBOUA Koffi Djaban Jacques | Assistant Directeur DMOSS/MENET | (00225) 01 02 18 80 | koffidjaban@yahoo.fr |

* 1. Organe national de coordination – Comité de coordination interagences pour la vaccination

**Q34.** Nous, membres du CCIA, du CCSS ou d’un comité équivalent, nous sommes réunis le [09/09/2013 pour examiner la présente demande. Lors de cette réunion, nous avons adopté cette proposition sur la base des documents d'appui annexés.

Le compte-rendu avalisé de cette réunion figure en annexe comme DOCUMENT NUMÉRO : [1].

Entrez le nom de famille en lettres majuscules.

| **N°** | **NOM ET PRENOMS** | **FONCTION** | **COURRIEL** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Dr. GNAMIAN François | Inspecteur de la Santé | Fr.gnamian6002@yahoo.fr |
|  | ALLARANGAR Yokouidé | Représentant OMS | allarangary@who.int |
|  | BRUNEAU Sophie | Programme Survie de l’Enfant/UNICEF | sbruneau@unicef.org |
|  | RICHMOND AHOUA Marie Irène | Présidente Commission Polio Plus du Rotary International | mirarichmond@gmail.com |
|  | Pr. BOA Yapo Félix | Directeur Général de la Santé | Boa.felix@gmail.com |
|  | Moroso DIEGO | Directeur HKI | dmoroso@hki.org |
|  | SOUMAHORO Man-Koumba | Représentant Institut Pasteur CI | mankoumbasoumahoro@pasteur.ci |
|  | KOFFI Guy Donatien | Chargé d’Etudes Logistique/DCPEV | kguydonatien@yahoo.fr |
|  | ADOU Innocent | Directeur Santé Police | inno.adou@yahoo.fr |
|  | KONE Seydou | SASED | dagougokosey@yahoo.fr |
|  | Dr. Seydou OUATTARA | S/D SSP/DSCMP | seydouxfr@yahoo.fr |
|  | KOULAI Zaché | Directeur Ccoordonateur Adjoint PNEVG | zachekoulai05@yahoo.fr |
|  | Dr. KONE Fatoumata | Chargé d’Etudes Prestations/DCPEV | mdfatoukd@yahoo.fr |
|  | KOUASSI Blaise | Chargé d’Etudes /DIEM | nguessanblaisekouassi@yahoo.fr |
|  | KONAN N’Goran Sébastien | CE/DAF | go2009\_arth@yahoo.fr |
|  | DOSSO Ali | Sociologue Programme National Nutrition (PNN) | alipnn@hotmail.fr |
|  | Dr. OUATTARA Sanga | Chargé d’Etudes PNN | ouattarasanga@hotmail.com |
|  | Dr. DISSIEKA Romance | Assistant Programme/HKI | rdissieka@hki.org |
|  | Dr. ANOUAN N’Guessan Jean | DRSLS Abidjan 2/C. RNE CF | jeananouan2002@yahoo.fr |
|  | Dr. APLOGAN Aristide | Directeur EPIVAC/AMP | aaplogan@aamp.org |
|  | N’DIAYE Aïda A. | Manager IP/CN MCC/MEMPD | naiad\_ci@yahoo.fr |
|  | Dr. KONE N’Gala Coulibaly Marthe | Conseiller Technique ONG du MSLS | ngala\_cm@yahoo.fr |
|  | Dr. KOUASSI Edith C. | Directeur Général Adjoint de la santé | editclak@yahoo.fr |
|  | LATTROH Marie Essoh | Conseillet technique Ministère de l’Economie et des Finances | mef.secsoc@yahoo.fr |
|  | AKA Doré | Chef de Division/Intitut National de la Statistique (INS) | akadodsi@yahoo.fr |
|  | ABOU Tanontchi H. | Chef de Service/INS | abouhenri@yahoo.fr |
|  | Dr. IRIE Bi Gala Maxime | Chargé d’Etudes Direction générale de la santé | galamaxime@yahoo.fr |
|  | ANGAMAN Ehouman | Chargé d’Etudes communication DCPEV | angamane4@yahoo.fr |
|  | TOMEKPA Vincent | SG/FENOSCI | fenosci@yahoo.fr |
|  | Pr. DAGNAN N’Cho Simplice | Directeur INHP | dagnans@yahoo.fr |
|  | AMOAKON Léonce | Stagiaire/DCPEV | amoakon1@yahoo.fr |
|  | KROMAN Savané Sita | Médecin/AMP | skroman@aamp.org |
|  | FAYE M’Bahia Emmanuelle | RAF/Gestionnaire Site AMP Abidjan | embahia@aamp.org |
|  | Dr. HAIDARA Hamadou | Pharmacien/PSPCI | haidarapsp@gmail.com |
|  | BANGASSARO Awa épse ATTE | Régisseur Fonds GAVI/SSV | awacedric@yahoo.fr |
|  | ASSI Yapo | INS/Membre de l’Afrique projet | fyapoa@hotmail.fr |
|  | KOUASSO Clavaire | Chargé d’Etudes DEPS/MSLS | djehck@yahoo.fr |
|  | Dr. OHOUO Brou Samuel | S/Directeur Prospective | obsamuel@yahoo.fr |
|  | Dr. KONAN Gervais | Médecin/DIPE | mokajd@yahoo.fr |
|  | ANOH Famie Serges L. | Chargé d’Etudes CF/MSLS | famieserge@yahoo.fr |
|  | DIABATE Joseph M.Ch. | Coordonnateur VIH/Genre Minicom | diabate\_joseph@yahoo.fr |
|  | Dr. BROU Aka Noël | Directeur Coodonnateur du PEV | alloukassi.am@gmail.com |
|  | Dr. LASM Sabine | Médecin/INSP | katysabine@yahoo.fr |
|  | Dr. KOUACOU Epa | PEV-UNICEF | ekouakou@unicef.org |
|  | Dr. YAO Kossia | Médecin/DCPEV | yaokossia@yahoo.fr |
|  | Dr. KOUADIO Kouadio Nestor | Médecin/DCPEV | kouadionestjc@yahoo.fr |
|  | AKA Lepri Nicaise | Chargé d’Etudes surveillance épidémiologique DCPEV | akanicaise@yahoo.fr |
|  | KANGA Armel Jonas | Chargé d’Etudes Projets et PlanificationDCPEV | armel\_kanga@yahoo.fr |
|  | Dr. ABBET Abbet | DC PNEL | rabbetabbet@yahoo.fr |
|  | Dr. N’GUESSAN Konan Elvis Nezi | Médecin/INHP | elvisnezi@yahoo.fr |
|  | KONE Solange | Présidente FENOSCI | konesol@yahoo.fr/ k.solange-ci.org |
|  | BOSSOH Emma | Chargée de communication/DCPEV | emmabossoh@yahoo.fr |
|  | Dr. NOUFE Souhaliou | Chargé d’Etudes Suivi-études DCPEV | noufedoc@yahoo.fr |
|  | TOURE Nabiba | Secrétaire Administratif DCPEV | aurlietn@yahoo.fr |

**Q35.** Dans le cas où le Secrétariat de GAVI aurait des questions concernant cette proposition, la personne à contacter est :

Entrez le nom de famille en lettres majuscules.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** |  | BROU AKA Noel |  |  |  | Directeur Coordonnateur du PEV |  |  |
|  |  |  |  | **Titre** |  | |  |  |
| **N° de tél.** |  | (+225) 05 86 73 96/ (+225) 21 24 25 29 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N° de fax** |  | (+225) 21 24 25 25 |  |  |  | 18 BP 976 Abidjan 18 |  |  |
|  |  |  |  | **Adresse** |  |  |  |  |
| **Mail** |  | alloukassi.am@gmail.com |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Informations complémentaires facultatives

**Q36.** (***facultatif***) Si les données sont disponibles, les pays peuvent fournir ci-dessous des informations supplémentaires relatives au contenu, au rôle et au cadre de la formation.

| **Personnes formées** | **Rôle dans la livraison des vaccins**  *(par ex. sensibilisation, mobilisation, vaccination, supervision, suivi, etc.)* | **Contenu de la formation**  *(par ex. éléments de base sur le cancer du col utérin, le VPH, le vaccin anti-VPH, les messages IEC, les injections sûres, la surveillance des MAPI, etc.)* | **Qui assurera la formation ?** |
| --- | --- | --- | --- |
| Agents de santé (Prestataires de soins) | *[Vaccination]* | *Elément de base sur le cancer du col utérin,*  *le VPH,*  *les vaccins anti VHP et l’utilisation des outils de gestion* | *[l’Equipe Cadre du district (multidisciplinaire)]* |
| Superviseurs | *[Supervision*  *Monitorage]* | *-Elément de base sur le cancer du col*  *Le vaccin anti VPH]* | *ECD (multidisciplinaire)* |
| Enseignants | *[Mobilisation*  *sensibilisation* | *[Elément de base sur le cancer du col*  *Le vaccin anti VPH*  *Sécurité des injections*  *La surveillance des MAPI*  *Utilisation des outils de gestion* | *[ECD* |
| Autorités scolaires | *Mobilisation* | *Elément de base sur le cancer du col*  *Le vaccin anti HPV]* | *[ECD/Point focal* |
| Chefs de district | *Suivi/Coordination/Supervision* | *Elément de base sur le cancer du col*  *Le vaccin anti-HPV* | *Equipe centrale du niveau central* |
| ONG : | *[Sensibilisation]* | *Message IEC* | *ECD* |
| Agents de santé communautaires: | *[Sensibilisation*  *Mobilisation*  *Recherche active des cas*  *Recensement]* | *Message IEC*  *Utilisation des fiches d’identification* | *Prestataire de soins* |
| Autres : | *[Insérer le texte]* | *[Insérer le texte]* | *[Insérer le texte]* |

**Q37.** (***facultatif***) Si les données sont disponibles, les pays peuvent fournir ci-dessous des informations supplémentaires relatives aux types d’informations et/ou aux matériels susceptibles d’être utilisés/distribués, public cible, selon quel mécanisme et à quelle fréquence.

| **Types d’informations ou de matériels**  *(par ex. dépliants, affiches, banderoles, manuels, annonces radio, etc.)* | **Public cible des matériels**  *(jeunes filles, parents, enseignants, agents de santé, autorités du district, groupes communautaires, etc.)* | **Méthode de livraison**  *(par ex. réunion de parents, radio, séance d’information à l’école, visite à domicile, etc.)* | **Personnes qui assurent la livraison**  *(par ex. enseignants, agents de santé, autorités du district, etc.)* | **Fréquence et calendrier**  *(par ex. quotidienne, hebdomadaire, deux fois avant le début du programme, etc. ; le jour de la vaccination, deux semaines avant le début du programme, etc.)* |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Affiches* | *Grand public* | *Affichage dans les centres de santé, les établissements scolaires, les mairies, les lieux de cultes, les gares, les marches, des préfectures, des sous-préfectures* | *Agent de santé, agent de santé communautaire, enseignants, point focal communication du district* | *Une semaine avant la campagne* |
| *affichettes* | *Jeunes filles, enseignants, groupes communautaires, parents, agents de santé,* | *Visite à domicile, séance d’information à l’école, réunions des parents et groupes communautaires* | *Agents de santé communautaires, ONG, groupes communautaires enseignants, agents de santé, personnel du district* | *Pour la mobilisation de proximité : une semaine avant la campagne et pendant la campagne*  *Pour les réunions : deux semaines avant la campagne* |
| *Cartes conseil* | *Jeunes filles, enseignants, groupes communautaires, parents, agents de santé,* | *Visite à domicile, séance d’information à l’école, réunions des parents et groupes communautaires* | *Mobilisateurs de proximité (agents de santé communautaires, ONG, groupes communautaires) enseignants, agents de santé, personnel du district* | *Pour la mobilisation de proximité : une semaine avant la campagne et pendant la campagne*  *Pour les réunions : deux semaines avant la campagne* |
| *Spot radio* | *Toute la population et spécifiquement aux jeunes filles et aux parents des filles concernées par la campagne* | *Radio* | *Diffusé par la radio* | *Une semaine avant la campagne et pendant la campagne* |
| *Emissions radio* | *Toute la population et spécifiquement aux jeunes filles et aux parents des filles concernées par la campagne* | *Radio* | *Point focal communication, superviseur du niveau central, directeur départemental de la santé* | *Trois jours avant la campagne et pendant la campagne* |

**Q38.** (***facultatif***) Des partenaires techniques (par ex. personnel local de l’OMS) doivent participer à la planification et à la réalisation de l’évaluation de la livraison des vaccins anti-VPH. Veuillez indiquer si de tels experts font déjà partie de l’équipe du pays (nom, titre, organisation). Un participant international pourra être requis via les partenaires techniques si une expertise supplémentaire s'avère indispensable.

[Insérer le texte]

**Q39.** (***facultatif***) Les pays peuvent fournir, dans le tableau ci-dessous, un résumé des services ou interventions de santé et activés d’éducation pour la santé proposées actuellement aux adolescents ainsi que des agences d’exécution sélectionnées pour la mise en œuvre du programme de démonstration du vaccin anti-VPH.

Au besoin, ajoutez d’autres tableaux.

|  | **intervention** | **intervention** | **intervention** | **intervention** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Description de l’intervention | *la visite médicale systématique de détection couplée au déparasitage*  *Elle consiste à faire :*  *-La prise des constantes (Poids, taille, tension artérielle)*  *-L’acuité visuelle*  *-l’examen clinique (Général et bucco-dentaire)*  *-Lavage des*  *Mains*  *-La prise du comprimé de déparasitant (Albendazole 400mg ou Mébendazole 500mg).* | *La planification familiale (P F). Elle consiste à offrir les prestations en matière de contraception.-Expliquer les différentes méthodes contraceptives aux élèves et étudiants*  *-Fournir les produits contraceptifs(les pilules, préservatifs masculins et féminins….) aux élèves et étudiants* | *L’IEC/CCC*  *La sensibilisation sur les grossesses précoces, les IST,  le VIH/SIDA et les affections bucco-dentaires.*  *Des vidéo conférences s sur ces thématiques ont organisées dans les établissements scolaires* | *La prise en charge des pathologies courantes (paludisme, IRA, IST/ VIH/Sida, les affections bucco-dentaires) et des troubles psychologiques.*  *Consiste à faire le traitement préventif et curatif de ces pathologies* |
| Agence et prestataire proposant l’intervention | *Les médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, sages femmes, éducateurs spécialisés, assistantes sociales des services de santé scolaire et universitaire, des infirmeries des lycées et collèges, des centres médicaux des CROU et grandes écoles.* | *Les médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, sages femmes, éducateurs spécialisés, assistantes sociales des services de santé scolaire et universitaire, des infirmeries des lycées et collèges, des centres médicaux des CROU et grandes écoles.* | *Les médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, sages femmes, éducateurs spécialisés, assistantes sociales des services de santé scolaire et universitaire, des infirmeries des lycées et collèges, des centres médicaux des CROU et grandes écoles.*  *-Les Clubs santé des lycées et collèges*  *-Les Clubs d’hygiène des écoles* | *Les médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, sages femmes, éducateurs spécialisés, assistantes sociales des services de santé scolaire et universitaire, des infirmeries des lycées et collèges, des centres médicaux des CROU et grandes écoles.* |
| Population cible par âge, niveau et sexe | *Les élèves et étudiants*  *-Maternelle filles et garçons*  *-Primaire filles et garçons (6-11ans)*  *-Secondaire fille et garçons(12-19 ans)*  *-Supérieur fille et garçons(20-26ans)* | *-Secondaire fille et garçons (12-19 ans)*  *-Supérieur fille et garçons (20-26ans)* | *-Primaire filles et garçons (6-11ans)*  *-Secondaire fille et garçons (12-19 ans)*  *-Supérieur fille et garçons(20-26ans)*  *-Les enseignants*  *-Les éducateurs* | *Les élèves et étudiants*  *-Maternelle filles et garçons*  *-Primaire filles et garçons (6-11ans)*  *-Secondaire fille et garçons (12-19 ans)*  *-Supérieur fille et garçons(20-26ans)* |
| Nombre et types de structures impliquées | *-SSSU : 127*  *- centres médicaux des CROU et grandes écoles :15*  *-infirmeries des lycées et collèges :118* | *-SSSU : 127*  *- centres médicaux des CROU et grandes écoles : 15*  *-infirmeries des lycées et collèges : 118* | *-SSSU : 127*  *- centres médicaux des CROU et grandes écoles : 15*  *-infirmeries des lycées et collèges : 118* | *SSSU : 127*  *- centres médicaux des CROU et grandes écoles : 15*  *-infirmeries des lycées et collèges : 118* |
| Emplacement(s) géographique(s) de l’intervention (à quel endroit dans le pays) | *-Les SSSU et les infirmeries existent partout dans le pays*  *- centres médicaux des CROU et grandes écoles existent dans 5 chefs lieu de régions (Abidjan, Yamoussoukro, Daloa, Bouaké, Korhogo)* | *Les SSSU et les infirmeries existent partout dans le pays*  *- centres médicaux des CROU et grandes écoles existent dans 5 chefs lieu de régions( Abidjan, Yamoussoukro, Daloa, Bouaké, Korhogo)* | *Les SSSU et les infirmeries existent partout dans le pays*  *- centres médicaux des CROU et grandes écoles existent dans 5 chefs lieu de régions( Abidjan, Yamoussoukro, Daloa, Bouaké, Korhogo)* | *Les SSSU et les infirmeries existent partout dans le pays*  *- centres médicaux des CROU et grandes écoles existent dans 5 chefs lieu de régions (Abidjan, Yamoussoukro, Daloa, Bouaké, Korhogo)* |
| Calendrier de l’intervention (quand) | *Premier trimestre de l’année scolaire.*  *Un deuxième passage de déparasitage est fait 6 mois après.* | *Pendant toute l’année* | *Pendant toute l’année scolaire* | *Pendant toute l’année* |
| Fréquence de l’intervention (tout le combien) | *La visite médicale se fait une fois par an*  *Le déparasitage se fait deux fois à 6 mois d’intervalle par an.* | *En permanence* | *Une fois par an. Mais dans les localités à fort taux de grossesses précoces deux séances de sensibilisation sont organisées (Daloa, Adzopé, Sassandra, Gagnoa, Bouaké, Abengourou, Korhogo)* | *En permanence* |
| Couverture de la population cible (année précédente) | *-Le déparasitage*  *84,29% des enfants recensés*  *- L a visite médicale : 6,57%* | *50%* | *50%* | *70%* |
| Agence de coordination | *Le Programme National de Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU)* | *Le Programme National de Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU)* | *Le Programme National de Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU)* | *Le Programme National de Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU)* |
| Partenaires collaborateurs | *- Ministères de :*  *L’Education Nationale et enseignement technique*  *L’enseignement supérieur et de la recherche scientifique*  *-La jeunesse, des sports et loisirs*  *-L’emploi, des affaires sociales et de la formation professionnelle*  *- La direction des cantines scolaires*  *Les DDSLS, les préfets et les parents d’élèves*  *-MAP International*  *Pharmacie de la Santé Publique (PSP)* | *-Ministères de :*  *L’Education Nationale et enseignement technique*  *L’enseignement supérieur et de la recherche scientifique*  *-La jeunesse, des sports et loisirs*  *-L’emploi, des affaires sociales et de la formation professionnelle*  *-UNFPA, PNSR/PF, PSP*  *La jeunesse,* | *Ministères de :*  *L’Education Nationale et enseignement technique*  *L’enseignement supérieur et de la recherche scientifique*  *-La jeunesse, des sports et loisirs*  *- L’emploi, des affaires sociales et de la formation professionnelle*  *-UNFPA, PNSR/PF, PEPFAR, PNPSBD, PNPEC*  *- Les Organisations non Gouvernementales (ONG)* | *-Les districts sanitaires*  *-Les ONG*  *-Les collectivités territoriales (Mairies, Conseils Régionaux, les Districts autonomes…)*  *-LA PSP*  *-Le Programme National de Promotion de la Santé Bucco-Dentaire (PNPSBD)*  *-UNFPA, PEPFAR,PNPEC* |
| Coûts de mise en œuvre de l’intervention, si connus | *[Insérer le texte]* | *[Insérer le texte]* | *[Insérer le texte]* | *[Insérer le texte]* |
| Source de financement, si connue | *Budget général de fonctionnement du PNSSU (BGF)* | *UNFPA PNSR/PF* | *Budget général de fonctionnement des SSSU et du PNSSU (BGF)* | *Budget général de fonctionnement des SSSU et du PNSSU (BGF)* |
| Source(s) de données pour les informations sur chaque intervention | *Bilan d’activités PNSSU* | *Les rapports d’activités du PNSSU (supervisions, suivi des activités)* | *Les rapports d’activités des SSSU*  *Les rapports de supervision du PNSSU* | *Les rapports d’activités des SSSU*  *Les rapports de supervision du PNSSU* |

**Q40.** (***facultatif***) Donnez un résumé des services actuels de traitement et de prévention du cancer du col utérin ainsi que des agences d’exécution sélectionnées dans le district pour la mise en œuvre du programme de démonstration du vaccin anti-VPH. Si elles sont disponibles, les pays peuvent inclure des informations sur les populations cibles, la structure de livraison et les sources de financement.

[Insérer le texte]

**Q41.** (***facultatif***) Décrivez le plan prévu pour obtenir l’approbation du ministère de la Santé quant au projet de stratégie nationale de contrôle et de prévention du cancer du col utérin et aux activités pour sa diffusion auprès des partenaires et parties prenantes à l’échelon national, infranational et/ou local.

[Insérer le texte]

**Q42.** (***facultatif***) Veuillez indiquer les représentants du GCT (s’ils sont connus) qui seront impliqués dans l’évaluation de la faisabilité de l’intégration des interventions données de santé à l’intention des adolescents à la livraison des vaccins anti-VPH.

Entrez le nom de famille en lettres majuscules.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom/Titre** | **Agence/Organisation** | **Domaine de représentation** |
| Membre du GCT impliqué dans l’évaluation des interventions de santé à l’intention des adolescents | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Membre du GCT impliqué dans l’évaluation des interventions de santé à l’intention des adolescents | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Membre du GCT impliqué dans l’évaluation des interventions de santé à l’intention des adolescents | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Membre du GCT impliqué dans l’évaluation des interventions de santé à l’intention des adolescents | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Membre du GCT impliqué dans l’évaluation des interventions de santé à l’intention des adolescents | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |

**Q43.** (***facultatif***) Veuillez indiquer les représentants du GCT (s’ils sont connus) qui seront impliqués dans la mise en place ou la révision d’un projet de stratégie nationale de contrôle et de prévention du cancer du col utérin.

Entrez le nom de famille en lettres majuscules.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom/Titre** | **Agence/Organisation** | **Domaine de représentation** |
| Membre du GCT impliqué dans la stratégie du cancer du col utérin | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Membre du GCT impliqué dans la stratégie du cancer du col utérin | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Membre du GCT impliqué dans la stratégie du cancer du col utérin | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Membre du GCT impliqué dans la stratégie du cancer du col utérin | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |

**Q44.** (***facultatif***) Veuillez décrire, le cas échéant, la distribution des vermifuges (antihelminthiques) dans le ou les districts.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Composanté** | **District 1** [Insérer le texte] nom | **District 2 (le cas échéant)** [Insérer le texte] nom |
| Organisation du programme de vermifugation | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Institution directrice | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Agence d’exécution et partenaires | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Source(s) de financement | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Fréquence et calendrier de la mise en œuvre, par ex. deux fois par an en mars et en octobre. | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Nombre de bénéficiaires dans la population cible par tranche d’âge et sexe | [Insérer le texte], source de donnée [Insérer le texte] | [Insérer le texte], source de donnée [Insérer le texte] |
| Couverture de la vermifugation par tranche d’âge et sexe | [Insérer le texte], source de donnée [Insérer le texte] | [Insérer le texte], source de donnée [Insérer le texte] |

**Q45.** (***facultatif***) Le cas échéant, décrivez toute manifestation de journée de la santé semestrielle organisée (par ex. Journées de la santé de l’enfant) actuellement organisée dans le ou les districts.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Composante** | **District 1** [Insérer le texte] nom | **District 2 (le cas échéant)** [Insérer le texte] nom |
| Organisation de journées de la santé semestrielles | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Institution directrice | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Agence d’exécution et partenaires | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Source(s) de financement | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Fréquence et calendrier de la mise en œuvre, par ex. deux fois par an en mars et en octobre. | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Services fournis | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Nombre de bénéficiaires dans la population cible par tranche d’âge et sexe | [Insérer le texte], source de donnée [Insérer le texte] | [Insérer le texte], source de donnée [Insérer le texte] |
| Couverture des différents services fournis par tranche d’âge et sexe | [Insérer le texte], source de donnée [Insérer le texte] | [Insérer le texte], source de donnée [Insérer le texte] |

**Q46.** (**facultatif**) Le cas échéant, décrivez tout programme d’éducation pour la santé organisé dans les écoles et/ou la communauté actuellement dans le ou les districts.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Composante** | **District 1** [Insérer le texte] nom | **District 2 (le cas échéant)** [Insérer le texte] nom |
| Organisation du programme d’éducation pour la santé | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Institution directrice | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Agence d’exécution et partenaires | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Source(s) de financement | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Fréquence des services, par ex. une fois par mois, par semaine, etc. | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Services fournis | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Lieu(x) de la prestation de services | [Insérer le texte] | [Insérer le texte] |
| Nombre de bénéficiaires dans la population cible par tranche d’âge et sexe | [Insérer le texte], source de donnée [Insérer le texte] | [Insérer le texte], source de donnée [Insérer le texte] |
| Couverture des différents services fournis par tranche d’âge et sexe | [Insérer le texte], source de donnée [Insérer le texte] | [Insérer le texte], source de donnée [Insérer le texte] |

**Q47.** (**Facultatif**) Merci de décrire si le pays prévoit de conduire d’autres activités de recherche en parallèle du programme de démonstration avec d’autres sources de financement.

1. INS : Institut National de la Statistique [↑](#footnote-ref-2)
2. DRENET : Direction Régionale de l’Education Nationale et de l’Enseignement Technique [↑](#footnote-ref-3)