

RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL



Un Peuple – Un but – Une foi



MINISTÈRE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

DIRECTION DE LA PRÉVENTION

**Plan d'introduction du Vaccin contre le Virus du Papillome
Humain**

Juillet 2016

Table des matières

Table des matières	2
Liste des sigles et abréviations	4
Résumé du plan introduction	5
1 Justification de l'introduction du VPH et processus décisionnel national	8
2 Présentation générale du vaccin contre les infections à VPH	9
2.1 Préférences vaccinales.....	9
2.2 Homologation nationale.....	9
2.3 Population cible et disponibilité des vaccins.....	9
3 Considérations liées à l'introduction et à la mise en œuvre	10
3.1 Elaboration des politiques.....	10
3.2 Mécanisme de coordination national pour faciliter l'introduction du vaccin.....	11
3.3 Accessibilité économique et pérennité financière du vaccin.....	13
3.4 Aperçu de la capacité de la chaîne du froid au niveau des districts et aux niveaux régional et national.....	17
3.4.1 Gaps de stockage au niveau Central.....	17
3.4.2 Gaps de stockage au niveau Régional.....	17
3.4.3 Gaps de stockage au niveau district.....	19
3.4.4 Gaps de stockage au niveau des unités de vaccination.....	20
3.5 Gestion des déchets et sécurité des injections.....	21
3.6 Formation et supervision des personnels de santé.....	21
4 Risques et défis	22
5 Analyse situationnelle du programme de vaccination	23
5.1 Contexte général du pays.....	23
5.1.1 Profil Géographique.....	23
5.1.2 Profil démographique :.....	24
5.1.3 Urbanisation :.....	24
5.1.4 Profil socio-économique :.....	24
5.2 Documents et Politiques de Santé.....	25
5.2.1 Le Plan Sénégal Emergent (PSE 2014-2018).....	25
5.2.2 Le Plan National de Développement Sanitaire II (2009-2018).....	25
5.2.3 Politique Nationale de Vaccination.....	26
5.3 Système de Santé.....	27
5.3.1 Organisation du système.....	27
5.3.2 Renforcement du Système de Santé.....	28
5.3.3 Situation de la lutte contre le cancer du col de l'utérus.....	28
5.3.4 Le Programme Elargi de Vaccination (PEV).....	29
5.3.5 Obstacles géographiques, économiques, politiques, socio-culturels, sexo-spécifiques liés à la vaccination	30
5.3.6 Conclusions des récentes évaluations du programme.....	33
5.3.7 Capacité du PEV du Sénégal d'adopter un nouveau vaccin.....	34
5.3.8 Gestion des stocks.....	34
5.3.9 Conservation des vaccins.....	35
5.3.10 Suivi-évaluation.....	35
5.3.11 Mise à jour des instruments de suivi.....	35
5.3.12 Surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI).....	36
6 Le système éducatif Sénégalais	37
6.1 Description du système.....	37
6.2 La répartition des filles dans l'enseignement élémentaire au Sénégal.....	38
7 Communication /IEC/ CCC	39
7.1 Analyse des défis et opportunités de la communication.....	39
7.2 Proposition de solutions aux menaces évoquées pour la communication.....	42
7.3 Défis de la communication:.....	42
7.4 Axes de messages sur la vaccination anti VPH.....	43
7.5 Segmentation des groupes de participants.....	43
7.6 Objectifs :.....	44

7.6.1	Objectif général	44
7.6.2	Objectifs spécifiques	44
7.7	Résultats attendus	45
7.8	Stratégies	45
7.8.1	Plaidoyer	45
7.8.2	Mobilisation sociale	46
7.8.3	Communication pour le Changement de Comportement	46
7.8.4	Partenariat	46
7.8.5	Renforcement des capacités :	47
7.9	Matrice de planification	48
7.10	Suivi / évaluation des activités de communication	56
7.10.1	Suivi	56
7.10.2	Evaluation	56
7.10.3	Indicateurs	56
	Liste des contributeurs	57

Liste des sigles et abréviations

ACE	Atteindre Chaque Enfant
ANSD	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
CAT	Conduite à tenir
CCIA	Comité de coordination inter-agence
CCVS	Comité Consultatif de Vaccination au Sénégal
CDD	Comité Départemental de Développement
F CFA	Franc de la Communauté Française d'Afrique
CLD	Comité Local de Développement
CODEC	Coordinateur des directeurs d'Ecole
CRD	Comité Régional de Développement
DCMS	Division du contrôle médico-scolaire
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ESPS	Enquête sur les Prestations de Service
GAVI	Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
GEV	Gestion Efficace des Vaccins
GVAP	Plan d'action mondial pour les vaccins
IA	Inspection d'Académie
IEF	Inspection de l'Education et de la Formation
LISCA	Ligue Sénégalaise contre le Cancer
MAPI	Manifestation indésirable Post Immunisation
MEN	Ministère de l'Education Nationale
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
OCB	Organisation communautaire de Base
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PEV	Programme élargi de vaccination
PIE	Évaluation post-introduction
PNA	Pharmacie nationale d'approvisionnement
PNDS	Programme national de développement sanitaire
PPAC	Plan Pluri annuel Complet
PSE	Plan Sénégal Emergent
RSS	Renforcement du Système de Santé
SCOFI	Scolarisation des Filles
SNEIPS	Service national de l'éducation et de l'information pour la santé
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience Humaine / Syndrome de l'Immunodéficience Humaine Acquise
VPH	Virus du papillome humain

Résumé du plan introduction

Le cancer du col de l'utérus est l'un des cancers gynécologiques les plus fréquents au Sénégal. Ainsi Le pays a fait de la lutte contre le cancer du col de l'utérus une des priorités de son programme national de développement sanitaire (PNDS).

Avec l'appui de ses partenaires, le Sénégal a mené de 2014 à 2016, une phase pilote de vaccination contre les infections dues au VPH, principale cause du cancer du col de l'utérus. Les résultats probants des évaluations de ce projet, tant en termes de couvertures vaccinales que d'acceptabilité par les différents acteurs, et les opportunités qu'offre GAVI ont poussé le pays à décider d'introduire le vaccin dans le Programme élargi de vaccination (PEV) de routine.

La vaccination contre le VPH sera introduite d'emblée à l'échelle nationale et va concerner les filles âgées de 9 ans, scolarisées et non scolarisées. Le vaccin anti-VPH quadrivalent a été choisi par le pays. L'administration se fera en deux doses, espacées d'au moins 6 mois. Les stratégies classiques de vaccination en fixe, avancée et mobile seront utilisées. Les séances de vaccination feront l'objet d'une planification annuelle aux niveaux des unités de vaccination. Pour l'atteinte de la cible scolarisée, les écoles seront considérées comme des points de prestations de services. Un calendrier annuel de passage dans les écoles et Daaras (école coranique) sera élaboré en étroite collaboration avec les responsables de ces établissements.

Un comité de pilotage a été mis en place par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Il est composé des représentants de la Direction de la prévention (DP) et des autres directions et services du MSAS, de la Division du Contrôle Médical Scolaire du Ministère de l'éducation nationale, et des organismes partenaires (OMS, UNICEF, USAID, INTRAHEALTH, FNUAP, PATH,...).

Il est chargé de coordonner la préparation, la mise en œuvre et le suivi de l'introduction du vaccin anti VPH. Diverses commissions (technique, logistique, surveillance et pharmacovigilance, communication et mobilisation sociale), en charge des différents volets de l'introduction du vaccin anti VPH, ont été mises en place par le comité de pilotage. Le chronogramme des activités à mener jusqu'à l'introduction est déjà établi.

Le budget de l'introduction du vaccin anti VPH est estimé à 279 255 200 Francs CFA soit 507 737 \$ US hors coûts des vaccins et consommables.

Le financement du plan se fera à partir du forfait d'introduction alloué par GAVI et sera complété par la contribution de l'Etat et des partenaires (OMS, UNICEF). Ainsi GAVI contribuera à hauteur de 259 539 500 F CFA (471 890 \$ US) soit 94 %. Le gap sera pris en charge par l'OMS à hauteur de 11 839 500 (21 526 \$ US) soit 4% et l'UNICEF pour 4 650 000 F CFA (8 455 \$ US) soit 2%.

Les capacités pour le PEV du Sénégal d'assurer une introduction réussie d'un nouveau vaccin sont avérées. Le Sénégal a introduit avec succès dans son PEV de routine le vaccin anti-pneumococcique (PCV13) en 2013, le vaccin anti-rougeoleux anti-rubéoleux et le vaccin anti-rotavirus en 2014, le vaccin polio inactivé (VPI) en 2015 et le vaccin HepB monovalent à la naissance en 2016. L'expérience acquise lors de l'introduction de ces différents nouveaux vaccins contribuera sans nul doute à faciliter l'introduction du vaccin anti VPH.

Les capacités de stockage ont été analysées à partir de l'Outil de Planification Logistique (*Epi-Log Forecasting Tool*) de l'OMS. Les gaps identifiés aux différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement seront pour la plupart comblés d'ici 2017 grâce aux acquisitions d'équipements de la chaîne de froid sur le budget de l'État, les fonds GAVI/RSS et les contributions des autres partenaires.

Le pays dispose actuellement d'un système adéquat de gestion des déchets grâce à la mise en place au niveau de chaque région d'au moins un incinérateur de grande capacité pour couvrir les besoins en incinération des districts.

En plus de la rédaction et de la validation du plan d'introduction, les activités préparatoires consisteront en l'élaboration du matériel de formation, des messages et supports de communication et de la formation du personnel de vaccination et du personnel du secteur de l'éducation à tous les niveaux. Les formations se feront en cascade : le niveau central se chargera de l'orientation des équipes cadres de régions et de districts et des inspecteurs d'académie, qui vont à leur tour assurer la formation des prestataires des unités de vaccination et des enseignants. Le suivi de la mise en œuvre des directives se fera par une supervision post introduction et un renforcement de la supervision formative à tous les niveaux.

L'introduction réussie du vaccin anti VPH nécessite des ressources financières conséquentes. La contribution de l'État et l'allocation de GAVI permettront de réduire le risque financier.

L'élargissement de la cible du PEV aux adolescentes est un défi majeur en termes d'acceptabilité ainsi que d'atteinte des objectifs de couverture vaccinale. La mise en œuvre du plan de communication contribuera à renforcer l'adhésion des différents acteurs à l'échelle du pays. La détermination de l'âge des filles éligibles pourrait également constituer un défi. Un interrogatoire poussé avec les parents, la confrontation des âges sont autant de stratégies qui vont contribuer à contourner cette difficulté.

Enfin, la surveillance et la prise de charge des MAPI seront renforcées à travers le système de pharmacovigilance existant.

1 Justification de l'introduction du VPH et processus décisionnel national

Le Sénégal, à l'instar des pays d'Afrique, est dans la dynamique de l'atteinte des objectifs de développement durable (ODD), notamment l'Objectif 3 qui vise à « *permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge* ».

La vaccination a permis d'éviter des millions de décès d'enfants et un recul net des maladies évitables par la vaccination. Le plan stratégique de vaccination 2014-2018 du Sénégal s'inscrit dans le cadre du plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP 2011-2020) dont un des piliers essentiels est de poursuivre l'introduction de nouveaux vaccins et d'élargir les cibles.

La lutte contre le cancer de manière générale, et celle contre le cancer du col de l'utérus en particulier, est une priorité pour l'Etat comme édictée dans le programme national de développement sanitaire (PNDS). Cela du fait de la charge de morbidité et de mortalité liée à cette maladie, mais aussi du fait de l'existence de moyens efficaces de prévention primaire qui ont fait leurs preuves ailleurs parmi lesquels la vaccination contre les infections au virus du papillome humain (VPH) chez les adolescentes.

L'introduction de ce vaccin dans le Programme élargi de vaccination (PEV) de routine permettra d'améliorer l'accessibilité et les bénéfices de la prestation à une très grande majorité des adolescentes. En effet, ce vaccin est déjà disponible sur le marché privé national, à un prix autour de 36 000 F CFA pour les deux doses nécessaires à la protection d'une fille. Ce qui le rend hors de portée de la majorité de la population. L'introduction du vaccin contre le VPH dans le PEV de routine permettra de donner une chance égale à toutes les filles vivant au Sénégal d'être protégées contre les maladies liées aux infections à HPV, quel que soit leur lieu de résidence et leur niveau socio-économique.

Dans la perspective de l'introduction du vaccin dans le PEV de routine, le pays a eu à mettre en œuvre un projet de démonstration pendant deux ans (2014-2016) dans deux districts. Les évaluations (évaluation post-introduction, enquête de couverture vaccinale) qui ont été menées ont mis en évidence la capacité du programme à intégrer le vaccin sans difficultés majeures. En effet le vaccin a été bien accepté par les différents acteurs du système de santé notamment les bénéficiaires et les prestataires. De même, les couvertures vaccinales obtenues ont été supérieures aux objectifs fixés dans les deux districts.

C'est fort de ces résultats encourageants que le pays a décidé de passer à l'échelle nationale selon les différentes étapes et modalités de mise en œuvre décrites dans ce présent document.

2 Présentation générale du vaccin contre les infections à VPH

2.1 Préférences vaccinales

Le Sénégal prévoit d'introduire à partir du deuxième semestre 2017 le vaccin contre les infections à VPH avec comme première option le vaccin anti VPH quadrivalent.

Tableau I:Présentation préférée du vaccin contre les infections à VPH et date estimée d'introduction

Présentation préférée du vaccin contre les infections à VPH	Mois et année de la première vaccination	Seconde présentation préférée
Vaccin quadrivalent	Novembre 2017	Vaccin bivalent

2.2 Homologation nationale

L'approvisionnement des vaccins au niveau du pays se fait par le biais de l'UNICEF. Le pays est doté d'une autorité nationale de régulation dénommée la DPM (Direction de la Pharmacie et du Médicament). Cette autorité procède à la libération des lots de vaccins sur la base des documents reçus de l'UNICEF pour les vaccins pré qualifiés par l'OMS. Le processus dure au maximum une (1) semaine. Les deux vaccins (quadrivalent et bivalent) contre les infections à VPH sont déjà enregistrés dans le pays.

2.3 Population cible et disponibilité des vaccins

L'outil de prévision pluriannuelle de la logistique de l'OMS (*Epi-Log Forecasting* Version Nov. 2014) a été utilisé pour l'estimation des besoins en vaccins et consommables de 2017 à 2018.

Tableau II: Estimation des besoins en vaccins anti VPH et consommables pour le Sénégal, année 2017, 2018

Années	Pop Totale	Pop Cible	Besoins VPH 2 doses	Besoins en SAB 0,5 ml	Besoins en BS
2017	15 142951	196621	464 517	486 637	4 866
2018	15521525	201536	380 904	399 042	3990

Pour la première année d'introduction, les besoins en vaccins et consommables sont de 464 517 doses, 486 637 SAB 0,5ml et 4 866 boîtes de sécurité. Le stock de réserve de 25 % est inclus dans les besoins à l'année d'introduction. Un taux de pertes anticipé de 5 % a été utilisé pour les estimations des besoins en antigène.

3 Considérations liées à l'introduction et à la mise en œuvre

3.1 Elaboration des politiques

Le calendrier de vaccination contre les infections à VPH consiste en l'administration de deux doses du vaccin chez les filles âgées de 09 ans, espacées d'au moins 06 mois, avec possibilité de rattrapage jusqu'à l'âge de 10 ans.

Le vaccin anti-VPH sera administré en intramusculaire au niveau du bras droit.

Les stratégies classiques de vaccination en fixe, avancée et mobile seront utilisées. Les séances de vaccination feront l'objet d'une planification annuelle aux niveaux des unités de vaccination. Les relais du (des) village(s) concernés par la stratégie avancée ou mobile seront informés par le responsable de l'unité de vaccination de la zone sanitaire. Ils vont informer à leur tour les mères et gardiennes des filles et les leaders communautaires locaux (chefs de villages). L'administration du vaccin a lieu dans la case de santé ou à la place publique du village.

Pour l'atteinte de la cible scolarisée, les écoles seront considérées comme des points de prestations de services. Un calendrier annuel de passage dans les écoles et Daaras (école coranique) sera élaboré en étroite collaboration avec les responsables de ces établissements. L'infirmier chef de poste procédera à la relance des directeurs d'établissement scolaires de la zone une semaine avant la date de passage dans les écoles.

L'équipe cadre du district sera chargée de centraliser les planifications des différentes unités de vaccination du district. La synthèse des activités de vaccination est intégrée dans les plans ACE des districts. Le financement de ces plans est assuré par l'Etat, les collectivités locales, les comités de santé, et les partenaires financiers et techniques.

3.2 Mécanisme de coordination national pour faciliter l'introduction du vaccin

Les activités pour l'introduction du vaccin anti VPH ont démarré à la fin de la phase de démonstration. Un comité de pilotage a été mis en place par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS). Il est composé des représentants des directions du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, de la Division du contrôle médical scolaire (DCMS), du Service national de l'éducation et de l'information pour la santé (SNEIPS), de la Pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) et des organismes partenaires (OMS, UNICEF, UNFPA, PATH). Il est chargé de coordonner la préparation, la mise en œuvre et le suivi de l'introduction du vaccin anti VPH. Diverses commissions (technique, logistique, surveillance et pharmacovigilance, communication et mobilisation sociale), en charge des différents volets de l'introduction du vaccin anti VPH, ont été mises en place par le comité de pilotage.

Le plan d'introduction et le document de proposition préparés par le comité de pilotage sont soumis au Comité de coordination inter-agence (CCIA) pour approbation.

3.3 Accessibilité économique et pérennité financière du vaccin

Le budget de l'introduction du vaccin anti VPH est estimé à 279 255 200Francs CFA soit 507 737 \$ US et réparti dans le tableau suivant :

Tableau IV: Budget de l'introduction du vaccin anti VPH au Sénégal

Pays	SENEGAL		Taux de change actuel de 1 USD :		550		Taille de la population cible :		14 773 611		
	Catégorie de coût	Description de l'unité (par exemple le nom de la formation ou de l'élément)	Prix unitaire (monnaie locale)	Multiplicateur (par exemple nombre de jours ou d'éléments)	Total (monnaie locale)	Total en USD	Contribution du gouvernement	Contribution du ou des partenaires	Financement existant de Gavi RSS	Contribution demandée à Gavi	Commentaires sur le prix de l'unité saisi
1	Gestion et coordination du programme				6 300 000	11 455	-	6 300 000	-	-	OMS
	Atelier d'élaboration des documents de soumission	Atelier	6 300 000	1	6 300 000			6 300 000			OMS
	Validation CCIA	Atelier	-	1							
2	Planification et préparatifs				7 855 820	14 283	-	-	-	7 855 820	
	Atelier d'élaboration des outils de gestion, du matériel de formation et des supports de communication	Atelier	7 855 820	1	7 855 820					7 855 820	UNICEF
3	Mobilisation sociale, CEI, argumentation :				70 118 500	127 488	-	4 150 000	-	65 968 500	
	Production des supports de communication		11 700 000	1	11 700 000					11 700 000	
	Production et Diffusion des bandes-annonces		19 950 000	1	19 950 000					19 950 000	
	Rencontre avec le réseau des parlementaires pour la vaccination		1 000 000	1	1 000 000			1 000 000			UNICEF
	Organiser des réunions de partage avec les ONG, les associations de lutte contre le cancer (LISCA), Société sénégalaise de pédiatrie.		500 000	1	500 000			500 000			UNICEF
	Enregistrer des appels des Autorités et leaders: Première Dame, Ministre de Santé, religieux, communicateurs traditionnels, artistes, Sportifs		818 500	1	818 500					818 500	

Pays	SENEGAL		Taux de change actuel de 1 USD :	550		Taille de la population cible :	14 773 611				
	Catégorie de coût	Description de l'unité (par exemple le nom de la formation ou de l'élément)	Prix unitaire (monnaie locale)	Multiplicateur (par exemple nombre de jours ou d'éléments)	Total (monnaie locale)	Total en USD	Contribution du gouvernement	Contribution du ou des partenaires	Financement existant de Gavi RSS	Contribution demandée à Gavi	Commentaires sur le prix de l'unité saisi *
		Organiser 5 journées d'orientation des réseaux et associations et identifier les activités à mener par les participants	500 000	5	2 500 000			2 500 000			UNICEF
		Diffuser des messages à travers la presse en ligne	250 000	4	1 000 000					1 000 000	
		Organiser une émission inter active : 3 h pour agir, 3 h pour prévenir avec le N° Vert du MSAS (SNEIPS)	50 000	3	150 000			150 000			UNICEF
		Appui aux régions et districts pour la communication	250 000	90	22 500 000					22 500 000	
		Organiser des leçons de vie dans les écoles élémentaires	-								
		Cérémonie nationale de lancement	10 000 000	1	10 000 000					10 000 000	
4	Autre formation et réunions :				119 608 860	217 471	-	500 000	-	119 108 860	
		Orientation ECR, ECD et IEF	16 808 860	1	16 808 860					16 808 860	
		formation des Prestataires	40 000 000	1	40 000 000					40 000 000	
		Formation des Enseignants	62 300 000	1	62 300 000					62 300 000	
		Organiser une rencontre de sensibilisation à l'intention des secteurs d'appui (comité mob soc)	500 000	1	500 000			500 000			UNICEF
5	Production de documents				37 750 000	68 636	-	-	-	37 750 000	
		Reprographie des guides de formation	1 000	2000	2 000 000					2 000 000	
		Reprographie des registres de vaccination	2 000	1500	3 000 000					3 000 000	
		Reprographie cartes de vaccination	100	250000	25 000 000					25 000 000	
		Reprographie des supports de rapport mensuel	2 000	2000	4 000 000					4 000 000	
		Reprographie des supports TACOJO	500	3000	1 500 000					1 500 000	
		Reprographie des registres de stock	1 500	1500	2 250 000					2 250 000	
6	Ressources humaines et incitations				-	-					
7	Réparation d'équipements de la chaîne du froid				-	-	-	-	-	-	
8	Transport pour la mise en œuvre et la supervision				27 622 020	50 222	-	-	-	27 622 020	

Pays	SENEGAL		Taux de change actuel de 1 USD :	550		Taille de la population cible :	14 773 611				
	Catégorie de coût	Description de l'unité (par exemple le nom de la formation ou de l'élément)	Prix unitaire (monnaie locale)	Multiplicateur (par exemple nombre de jours ou d'éléments)	Total (monnaie locale)	Total en USD	Contribution du gouvernement	Contribution du ou des partenaires	Financement existant de Gavi RSS	Contribution demandée à Gavi	Commentaires sur le prix de l'unité saisi *
		Appui à la mise en place des vaccins dans les régions	6 837 000	2	13 674 000					13 674 000	
		Appui à la mise en place des outils et supports de communication	6 130 000	1	6 130 000					6 130 000	
		Visites de supervision post introduction	7 818 020	1	7 818 020					7 818 020	
9		Fournitures pour session d'immunisation			-	-	-	-	-	-	
10		Gestion des déchets			-	-					
11		Contrôle et suivi			-	-					
12		Évaluation			10 000 000	18 182	-	4 305 200	-	5 694 800	
		Evaluation post introduction (PIE)	10 000 000	1	10 000 000			5 539 500		1 234 300	OMS
13		Assistance technique			-	-	-	-	-	-	
14		Gestion des données			-	-					
15		Autre :			-	-	-	-	-	-	
		TOTAL			279 255 200	507 737	-	16 489 500	-	259 539 500	

Les méthodes utilisées pour estimer les coûts sont décrites dans les budgets détaillés annexés au document. Ce budget n'inclut pas le coût des vaccins et consommables qui seront fournis par GAVI avec un co financement de l'Etat.

Le financement du plan se fera à partir du forfait d'introduction alloué par GAVI et sera complété par la contribution de l'Etat et des partenaires (OMS, UNICEF). Le financement sera assuré par GAVI à hauteur de 259 539 500 F CFA (471 890 \$ US) soit 94 %. Le gap sera pris en charge par l'OMS à hauteur de 11 839 500 (21 526 \$ US) soit 4% et l'UNICEF pour 4 650 000 F CFA (8 455 \$ US).

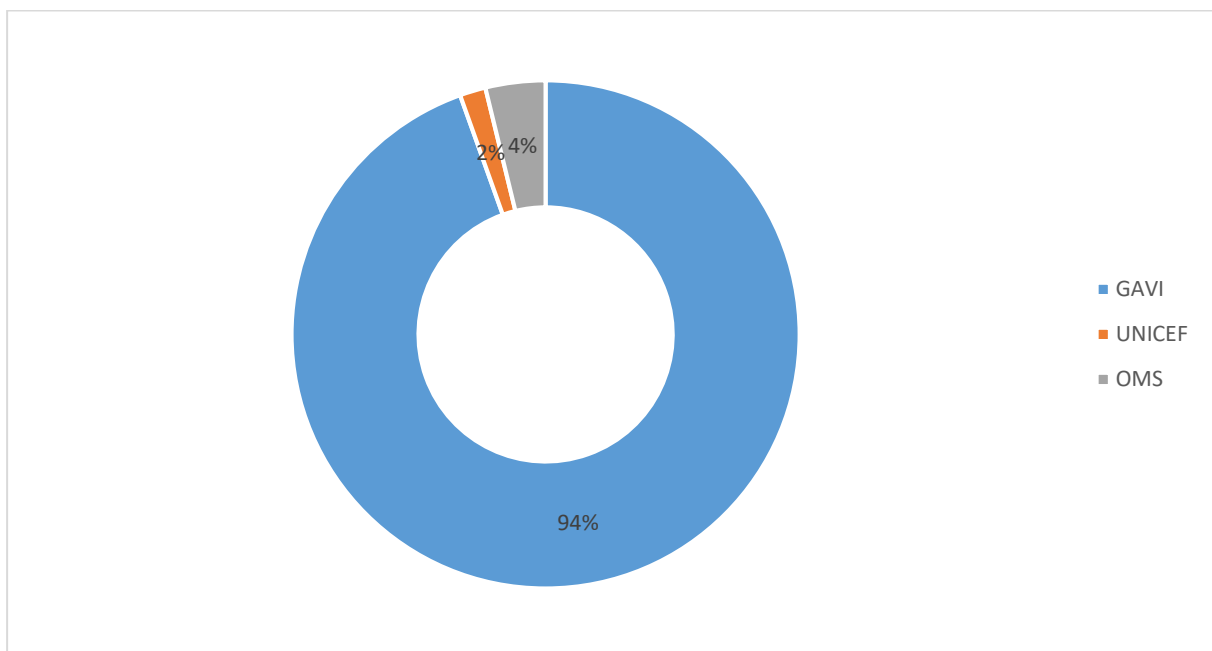


Figure 1: Répartition du budget d'introduction du vaccin anti VPH par source de financement

3.4 Aperçu de la capacité de la chaîne du froid au niveau des districts et aux niveaux régional et national

Les capacités de stockage sont tirées du plan de réhabilitation logistique 2016-2020 du pays.

3.4.1 Gaps de stockage au niveau Central

Le volume total des vaccins au niveau national pour 2017 incluant un stock de réserve de trois mois est de **76 041** litres. Les projections sur cinq ans donnent la situation ci-dessous avec un volume maximal de 83 540 litres.

Tableau V: Projections des capacités de stockage en chaîne de froid positive et du gap du dépôt central, 2015-2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Capacité requise pour la chaîne de froid positive	43 444	44 102	49 001	50 434	53 875	54 862
Gap en CDF positive	- 3 556	- 2 898	2 001	3 434	6 875	7 862

Si on tient compte du rythme d'approvisionnement qui est en moyenne de 2 fois par an par antigène, les capacités requises de stockage en 2017 sont de 49 001 litres.

En 2016, le dépôt de vaccins du niveau central dispose de quatre chambres froides positives avec une capacité totale nette de 44 102 litres. Ainsi en 2017 il y aura un gap de 2 001 litres qui atteindra 7 862 litres en 2020. Il est prévu d'acquérir une chambre froide de 40 m³ en 2017 sur les fonds RSS/GAVI pour combler les gaps jusqu'en 2020.

3.4.2 Gaps de stockage au niveau Régional

Tous les dépôts de vaccins des 14 régions disposent de chaîne du froid fonctionnelle constituée de chambre froide positive.

L'analyse des gaps au niveau des régions sur les 5 ans est résumée dans le tableau ci-dessous.

Tableau VI: Projections des capacités de stockage en chaîne de froid positive et du gap des dépôts de région, 2015-2020

	2016			2017			2018			2019			2020		
	Capacité requise	Capacité disponible	Gap	Capacité requise	Capacité disponible	Gap	Capacité requise	Capacité disponible	Gap	Capacité requise	Capacité disponible	Gap	Capacité requise	Capacité disponible	Gap
DAKAR	6826	6060	629	7494	6060	1297	7690	6060	1490	8082	6060	2021	8223	6060	2162
DIORBEL	3224	3180	216	3532	3180	577	3623	3180	688	3819	3180	638	3880	3180	700
FATICK	1513	3030	-1 327	1658	3030	-1146	1704	3030	-1090	1788	3030	-1242	1821	3030	-1209
KAFFRINE	1220	3030	-1 702	1345	3030	-1543	1383	3030	-1494	1452	3030	-1578	1479	3030	-1551
KAOLACK	2086	3054	-687	2286	3054	-426	2350	3054	-347	2460	3054	-594	2507	3054	-547
KEDOUGOU	340	450	-126	372	450	-95	386	450	-85	404	450	-46	412	450	-38
KOLDA	1433	3349	-1 902	1579	3349	-1714	1617	3349	-1658	1708	3349	-1641	1737	3349	-1612
LOUGA	1886	3199	-1 470	2065	3199	-1257	2129	3199	-1192	2232	3199	-967	2269	3199	-930
MATAM	1220	3030	-1 585	1345	3030	-1429	1383	3030	-1381	1452	3030	-1578	1479	3030	-1551
SAINT LOUIS	1959	3830	-1 917	2154	3830	-1729	2207	3830	-1673	2319	3830	-1511	2361	3830	-1469
SEDHIOU	986	300	667	1084	300	764	1107	300	787	1171	300	871	1190	300	890
TAMBA	1470	3030	-1 415	1609	3030	-1228	1656	3030	-1171	1735	3030	-1295	1777	3030	-1253
THIES	3852	3030	734	4227	3030	1103	4336	3030	1213	4557	3030	1527	4638	3030	1608
ZIGUINCHOR	1188	3030	-1 502	1306	3030	-1338	1339	3030	-1288	1410	3030	-1620	1432	3030	-1598

Seules trois régions sur 14 présenteront un gap en 2017 ; il s'agit de Dakar, Diourbel et Thiès. Avec les fonds RSS/GAVI, il est prévu l'acquisition de 03 chambres froides positives de 10 m³ pour combler le gap dans ces trois régions jusqu'en 2020.

3.4.3 Gaps de stockage au niveau district

L'estimation des capacités requises s'est faite sur la base d'un rythme d'approvisionnement bimestriel et un stock de réserve d'un mois. Les équipements répertoriés au niveau des districts sont composés essentiellement de TCW 3000 et de TCW 2000.

L'analyse des capacités de stockage au niveau des districts montre que trente-cinq (35) d'entre eux présentent un gap actuel ou futur dont le plan de résorption est résumé dans le tableau ci-dessous :

Tableau VII: Gaps en équipements des dépôts de vaccins des districts

DISTRICTS	GAPS EN EQUIPEMENTS	
	2016	2017
DAKAR CENTRE	1TCW 3000	
DAKAR NORD	1 TCW 3000	1 TCW 3000
DAKAR OUEST		1 TCW 3000
GUEDEAWAYE		1 TCW 3000
KEUR MASSAR	2 TCW 3000	1 TCW 3000
MBAO	1 TCW 3000	
PIKINE	1 TCW 3000	1 TCW 3000
RUFISQUE	1 TCW 3000	1 TCW 3000
BAMBÉY	1 TCW 3000	
DIOURBEL	1 TCW 3000	
MBACKE		1 TCW3000
TOUBA	1CF+ 10m3	
FATICK	1TCW 3000	
SOKONE	1TCW 3000	
KOUNGHEUL	1TCW3000	
MALEM HODDAR	1TCW3000	
KAOLACK	1TCW3000	
NIORO	1TCW3000	1TCW3000
KEDOUGOU	1TCW3000	
SALEMATA		1TCW3000
MEDINA YORO FOULAH		1TCW3000
VELINGARA	1TCW3000	
KANEL	2TCW3000	1TCW 3000
MATAM	1TCW3000	
BOUNKILING		1TCW 3000
GOUDOMP	1TCW3000	
DIANKHE MAKHA	1TCW3000	
KOUMPENTOUM		1TCW 3000
TAMBACOUNDA		1TCW 3000
KHOMBOLE		1TCW 3000
MBOUR	2 TCW 3000	
POUT		1TCW 3000
THIES	2 TCW 3000	
TIVAOUANE	1TCW 3000	
ZIGUINCHOR	1 TCW 3000	1 TCW 3000
TOTAL	28 TCW 3000 et 1CF+	17 TCW 3000

Le gap au niveau des districts est de 45 TCW3000 (28 en 2016 et 17 en 2017) et d'une chambre froide positive de 10m³. En 2016, Vingt-deux (22) TCW 3000 dont 12 nouvelles acquisitions ont

été déployées au niveau des districts. Le gap de stockage au niveau des districts est donc de 23 TCW 3000 et une chambre froide de 10 m³. Ces acquisitions sont prévues dans le budget de l'Etat et celui du RSS/GAVI.

3.4.4 Gaps de stockage au niveau des unités de vaccination

L'analyse situationnelle de la chaîne de froid au niveau des unités de vaccination montre un gap de 749 réfrigérateurs. Il faut tout de même noter que ce gap prend en compte l'amortissement.

Le tableau ci-dessous présente le plan de réhabilitation de la chaîne de froid pour le compte des unités de vaccinations.

Tableau VIII: Besoins des dépôts de vaccins des unités de vaccination 2016-2020

Régions	Points de Prestations de Service	Unités de Vaccination	Existant 2015	Gap initial	Projection gaps				
					2016	2017	2018	2019	2020
Dakar	142	195	122	106	27	29	30	32	33
Diourbel	96	96	77	46	13	14	14	15	16
Fatick	102	103	65	64	16	17	18	19	19
Kaffrine	71	76	40	35	9	10	10	11	11
Kaolack	94	95	77	66	17	18	19	20	21
Kédougou	30	30	17	19	5	5	5	5	6
Kolda	58	58	40	33	9	9	10	10	11
Louga	111	115	76	52	14	15	16	16	17
Matam	88	87	69	20	7	8	8	9	9
Saint Louis	113	119	76	57	15	16	17	17	18
Sédhiou	48	49	40	23	7	7	7	8	8
Tambacounda	106	109	86	47	14	14	15	16	17
Thiès	157	192	141	116	30	32	33	35	37
Ziguinchor	114	119	86	65	17	18	19	20	21
Total	1330	1443	1012	749	200	212	221	233	244

Le plan de réhabilitation prévoit à l'horizon 2020 l'acquisition de 1110 réfrigérateurs pour combler tous les gaps identifiés. En 2016, 150 réfrigérateurs ont été acquis dont 60 à partir des fonds GAVI/SNV (30 TCW40 SDD et 30 RCW50 EG), 50 à partir du budget de l'Etat (30 TCW2000 et 20 TCW40 SDD) et 40 avec l'appui de la JICA (20 TCW2000 et 20 TCW40 SDD). Il est prévu l'acquisition de 124 réfrigérateurs sur le budget du RSS/GAVI. Le pays prévoit de faire une soumission pour l'optimisation de la chaîne de froid soutenue par GAVI (CCOP). Si la proposition est acceptée, le budget de l'Etat destiné à l'achat de la CDF sera aussi dans la

plateforme en plus de celui du RSS. De ce fait, le nombre d'équipements prévus sera doublé. Dans tous les cas, les gaps seront comblés jusqu'en 2017 par les prévisions actuelles.

3.5 Gestion des déchets et sécurité des injections

La gestion des déchets constitue un maillon très important dans la sécurité des injections. L'introduction à l'échelle nationale du vaccin anti VPH a comme conséquence l'augmentation des déchets issus de la vaccination. Pour réduire le risque de contamination par les objets piquants, le système doit mettre à la disposition des régions et districts des incinérateurs en mesure de détruire les déchets issus de cette vaccination. La nouvelle option en matière de gestion des déchets prévoit la mise en place au niveau de chaque région d'un incinérateur de grande capacité pour couvrir les besoins des districts.

L'évaluation des capacités du système de gestion des déchets a identifié un gap de 14 incinérateurs en 2016 qui a été comblé à partir des fonds GAVI/RSS.

3.6 Formation et supervision des personnels de santé

Avant l'introduction de la vaccination anti VPH en routine, une orientation du personnel de vaccination et du personnel du secteur de l'éducation sera conduite à tous les niveaux. Les formations se feront en cascade : le niveau central se chargera de l'orientation des équipes cadres de régions et de districts et des inspecteurs d'académie, qui vont à leur tour assurer la formation des prestataires des unités de vaccination et des enseignants.

Les formations aborderont les thèmes sur l'épidémiologie des infections HPV et du cancer du col de l'utérus, la communication, la gestion du vaccin et consommables, la présentation du vaccin, les modalités d'administration du vaccin, la gestion des données, la gestion des déchets et la gestion des MAPI. Des méthodes interactives seront utilisées lors des formations avec notamment le brainstorming, des exposés suivis de discussions, des démonstrations et des jeux de rôles.

L'opportunité sera saisie pour aborder certains aspects généraux du PEV. L'acquisition des compétences sera appréciée par une évaluation pré et post formation.

Par ailleurs, il est prévu d'élaborer de nouveaux registres et cartes de vaccination. Certains outils seront révisés, tels que la fiche de collecte journalière, le support de rapport mensuel, le carnet de commande-livraison et le registre de stock des vaccins et consommables.

Le suivi de la mise en œuvre des directives se fera par une supervision post-introduction du vaccin anti VPH. Par ailleurs, les supervisions formatives vers les unités de vaccination seront renforcées par le staff national et les équipes cadres de régions, districts et les partenaires. Ces activités de suivi permettront de veiller aux respects des directives du programme.

4 Risques et défis

L'introduction réussie du vaccin anti VPH nécessite des ressources financières conséquentes. Dès lors, il sera nécessaire de faire un plaidoyer auprès de l'Etat et des autres partenaires en vue de mobiliser des ressources additionnelles dans les délais pour compléter l'allocation de GAVI et réduire le risque financier.

L'élargissement de la cible du PEV aux adolescentes est un défi majeur en termes d'acceptabilité ainsi que d'atteinte des objectifs de couverture vaccinale. La phase pilote a démontré une bonne acceptabilité par les acteurs du système, y compris les bénéficiaires et une appropriation par les prestataires. Les objectifs de couverture vaccinale ont aussi été atteints. La mise en œuvre du plan de communication contribuera à renforcer l'adhésion des différents acteurs à l'échelle du pays.

La détermination de l'âge des filles éligibles pourrait constituer un défi. Cette difficulté a été rencontrée durant la phase pilote surtout au niveau de la zone rurale. La cause majeure étant l'absence et/ou le manque de fiabilité de la pièce d'état civil. Un interrogatoire poussé avec les parents, la confrontation des âges sont autant de stratégies qui ont permis de contourner cette difficulté.

Pour minimiser les pertes de vaccins, des directives claires seront élaborées et diffusées à tous les niveaux. De plus, les autres aspects de conservation et d'utilisation des vaccins seront abordés lors des formations et des supervisions des prestataires. La surveillance et la prise en charge des MAPI seront renforcées à travers le système de pharmacovigilance.

5 Analyse situationnelle du programme de vaccination

5.1 Contexte général du pays

5.1.1 Profil Géographique

La République du Sénégal est située à l'extrême Ouest du continent africain (comprise entre 12°8 et 16°41 de latitude nord et 11°21 et 17°32 de longitude Ouest). Elle est limitée, au Nord, par la République de Mauritanie, à l'Est, par le Mali, au Sud par la Guinée Bissau et la Guinée et à l'Ouest, par l'Océan Atlantique. D'une superficie de 196 722 kilomètres carrés, le Sénégal possède une grande ouverture sur l'Océan Atlantique avec ses 700 kilomètres de côtes. C'est un pays plat, avec une altitude dépassant rarement 100 mètres. Au plan hydrographique, le pays est traversé d'Est en Ouest par quatre fleuves : le Sénégal, la Gambie, la Casamance et le Saloum et par des affluents. Ce réseau est complété par quelques cours d'eau. Le climat de type Soudano-Sahélien se caractérise par une longue saison sèche de novembre à juin et une saison humide de juillet à octobre. Celle-ci est plus longue en Casamance au Sud du pays où les précipitations annuelles sont les plus importantes avec 1 400 mm en moyenne alors qu'elles sont moins de 381 mm au Nord.

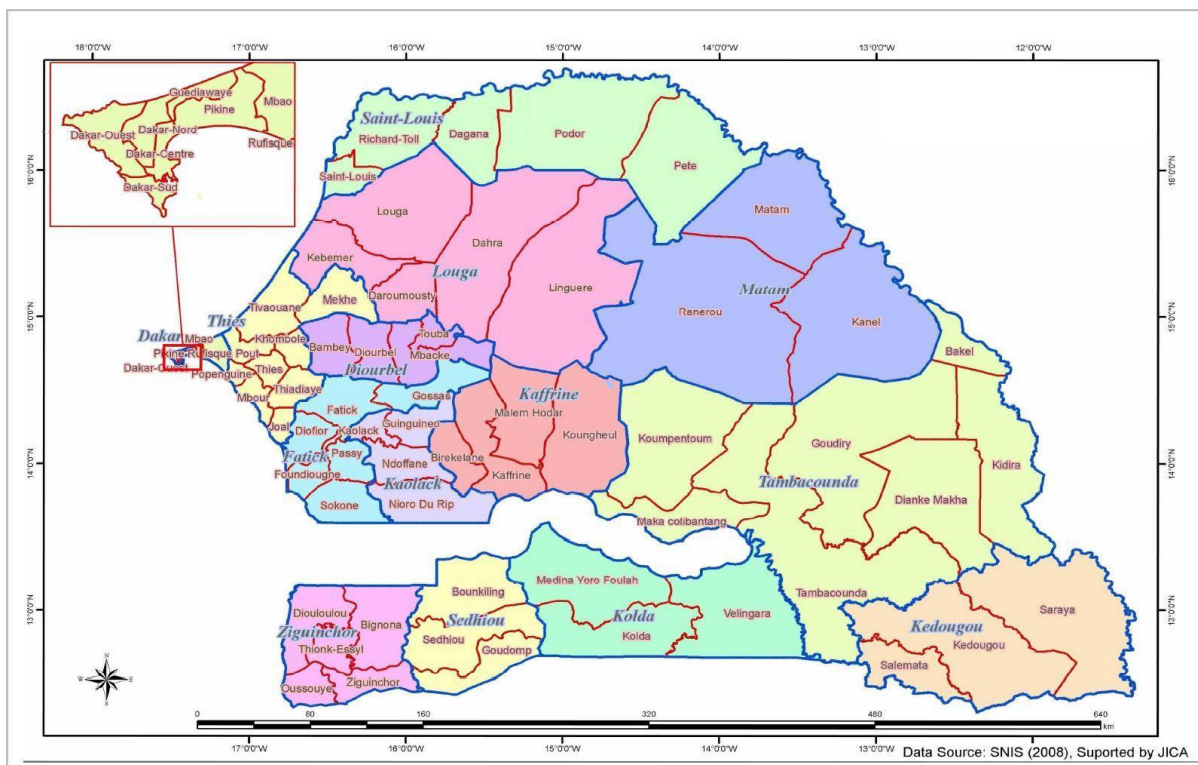


Figure 2: Carte Administrative du Sénégal

5.1.2 Profil démographique :

La population du Sénégal recensée en 2013 était de 13 508 715 habitants dont 6 735 421 hommes et 6 773 294 femmes. Cette population s'établissait en 2002 à 9 858 482 habitants, soit un taux d'accroissement annuel moyen intercensitaire de 2,7 % entre 2002-2013. Le taux de natalité est de 35,6 pour mille. L'indice synthétique de fécondité est passé de 5,3 en 2010-2011 à 5,0 en 2012-2013 selon l'EDS-Continue 2014. La densité moyenne est de 65 habitants au km².

5.1.3 Urbanisation :

Le Sénégal possède l'un des taux d'urbanisation les plus élevés d'Afrique noire. En 2008, 53 % de la population vivait en milieu rural. En 2010, une forte tendance à l'urbanisation a été révélée lors de l'EDS avec près de 49% des femmes et 56 % des hommes qui vivent en milieu urbain. Cet exode rural, à tendance sélective des hommes vers les villes constitue le mouvement le plus important et il concerne particulièrement les jeunes. L'urbanisation galopante est principalement due à l'accroissement naturel de la population. Elle a des conséquences néfastes sur la santé des populations qui se retrouvent dans un environnement avec toutes sortes de pollutions et une promiscuité favorable à la transmission de toutes les maladies infectieuses et parasitaires surtout dans les banlieues des grandes villes.

5.1.4 Profil socio-économique :

La pauvreté est considérée au Sénégal comme étant un paquet de manques relatifs au revenu monétaire, à la nourriture, l'habillement, le logement décent, l'accès à l'éducation, la santé et l'eau potable. L'approche empirique de cette définition de la pauvreté est traduite par un panier de biens alimentaires et non-alimentaires, indispensables, à chaque individu ou groupe d'individus, pour vivre dans des conditions décentes. Ainsi, l'incidence de la pauvreté indique la proportion d'individus n'ayant pas accès à ce panier minimal. Selon l'enquête de suivi de la pauvreté, réalisée en 2011 et publiée en 2012 par l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), le taux de pauvreté se situe à 46,8% en 2011 au Sénégal, en retrait par rapport au taux de 50,8% enregistré, en moyenne, sur la période 2005-2010. L'analyse de la pauvreté révèle que le milieu rural reste le plus touché. Dans les zones rurales, nous trouvons une proportion de pauvreté de 57,3%, contre 41,1% dans les zones urbaines et 26,1% à Dakar. Selon l'ANSD, les régions de Kaffrine, Kolda et Kédougou sont les plus touchées par le phénomène.

Selon les résultats de l'enquête ESPS-II, réalisée en 2011, la profondeur de la pauvreté était à 14,6% en 2011 au Sénégal, tandis que la sévérité de la pauvreté s'établissait à 6,6%. (Rapport sur la situation de la pauvreté dans l'UEMOA 2012). Les pauvres exercent majoritairement dans le secteur agricole (agriculture, élevage, pêche) et accessoirement dans le commerce et l'industrie. Au Sénégal, la taille des ménages les plus pauvres est comprise en moyenne entre 10 et 12 personnes. Les ménages les plus pauvres sont dirigés par des adultes de 35 à 45 ans, qui ont un niveau d'instruction faible, ne dépassant pas le cours primaire.

5.2 Documents et Politiques de Santé

5.2.1 Le Plan Sénégal Emergent(PSE 2014-2018)

Dans le cadre d'une démarche inclusive, l'Etat du Sénégal a mis en place, depuis le milieu des années 1990, des politiques, stratégies et programmes intégrés avec comme objectif fondamental une lutte plus efficiente contre la pauvreté et la recherche de l'émergence économique.

Le document stratégique le plus récent est le Plan Sénégal Emergent (PSE), couvrant la période 2014-2035, avec un programme d'actions prioritaires de 2014-2018. Le Plan Sénégal Emergent (PSE) vise à mettre en place d'ici à 2023, un ensemble de projets structurants à fort contenu de valeur ajoutée et d'emploi. Pour l'étape intermédiaire de 2018, la stratégie est déclinée autour de trois axes : (i) Transformation structurelle de l'économie et croissance ; (ii) Capital humain, protection sociale et développement durable ; et (iii) Gouvernance, institutions, paix et sécurité. Aussi, l'opérationnalisation de la Stratégie exige la mise en place d'un ensemble de réformes pour accélérer le processus de transformation structurelle susceptible d'accélérer le décollage économique.

Pour le secteur de la santé, le PSE reprend les orientations stratégiques du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 et accorde une place de choix à la prévention, à l'hygiène et à la promotion d'habitudes alimentaires saines.

5.2.2 Le Plan National de Développement Sanitaire II (2009-2018)

Le PNDS repose sa vision sur un Sénégal où tous les individus, tous les ménages et toutes les collectivités bénéficient d'un accès universel à des services de santé promotionnels, préventifs, curatifs et ré-adaptatifs de qualité sans aucune forme d'exclusion et où il leur est garanti un niveau de santé économiquement et socialement productif. La mise en œuvre de ce plan s'inscrit

dans l'atteinte des objectifs nationaux et internationaux en matière de santé notamment les objectifs du PSE et les ODD.

Les principes qui vont guider la mise en œuvre du PNDS 2009-2018 sont la participation, la multi-sectorialité, la transparence, la solidarité et la sexo-spécificité.

Les objectifs du PNDS sont : (i) atteindre 80% d'enfants âgés de 0-11 mois complètement vaccinés en 2017 (ii) réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infanto-juvénile (iii) maintenir la prévalence du VIH/SIDA dans la population en dessous de 1% (iv) améliorer la gouvernance du secteur (v) avoir au moins 62% de la population inscrite à une mutuelle de santé en 2017 grâce à la Couverture Maladie Universelle.





Pour assurer des services performants de santé publique, le PNDS vise (i) l'amélioration de l'offre et la qualité des services de santé ; (ii) l'amélioration des performances en matière de prévention et de lutte contre les maladies ; (iii) l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant; (iv) l'amélioration de l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant ; (v) le renforcement du dispositif de santé communautaire et ; (vi) l'amélioration de la gouvernance sanitaire.

5.2.3 Politique Nationale de Vaccination

Les orientations du PNDS ont été reprises dans Plan Pluri annuel Complet (PPAC) du PEV(2014- 2018). En effet le Programme Elargi de Vaccination(PEV), initié au Sénégal depuis 1979, vise la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies cibles évitables par la vaccination. Dans le cadre de la vaccination de routine qui se fait en stratégie fixe, avancée et mobile tous les antigènes doivent être administrés aux enfants avant leur premier anniversaire et le vaccin antitétanique aux femmes en âge de reproduction / femmes enceintes. Une deuxième dose du vaccin RR (Rougeole-Rubéole) est administrée aux nourrissons à 15 mois depuis Août2014.Avec l'introduction de nouveaux vaccins (PCV13 en 2013, RR et Rota en 2014, VPI en 2015, Hep B monovalent en 2016), treize antigènes sont actuellement offerts à travers le PEV dans toutes les localités du pays.

Une attention particulière est accordée à la qualité de conservation des vaccins, à la sécurité des injections avec l'utilisation d'un matériel d'injection à usage unique et à la gestion des déchets piquants.

Les axes prioritaires du programme pour la période 2014- 2018 sont :

-  Poursuivre l'éradication, élimination et le contrôle des maladies cibles
-  Augmenter la couverture vaccinale au-delà des niveaux actuels
-  Elargir la gamme des vaccins offerts
-  Accroître la demande pour les services de vaccination

- ✚ Assurer l'équité dans la fourniture des services de vaccination
- ✚ Maintenir et renforcer l'engagement de l'Etat à investir dans la vaccination
- ✚ Renforcer le partenariat public-privé national pour un financement pérenne de la vaccination avec un retour de gain efficient
- ✚ Améliorer la viabilité, la prédictibilité et la mobilisation de ressources suffisantes
- ✚ Garantir des ressources humaines adéquates pour organiser et fournir des services de vaccination de qualité
- ✚ Assurer une planification et une coordination adéquate avec des procédures de fonctionnement standards
- ✚ Conformer tous les maillons de la chaîne de froid et d'approvisionnement aux bonnes pratiques de stockage et de distribution
- ✚ Intégrer la vaccination avec les autres programmes
- ✚ Garantir une surveillance des maladies cibles et une gestion des données adéquates
- ✚ Mener des recherches opérationnelles

5.3 Système de Santé

5.3.1 Organisation du système

Le système de santé du Sénégal est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire constitué par les Régions Médicales et périphérique appelé district sanitaire.

Niveau Central

Le niveau central regroupe, outre le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, deux Directions générales et des Directions et des Services rattachés.

Niveau intermédiaire : La Région Médicale (RM)

Le Sénégal compte 14 régions médicales. La région médicale, dont l'aire d'intervention correspond à celle de la région administrative, assure la coordination, la supervision, l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région. Elle organise la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé et les assiste dans leurs tâches d'administration, de gestion et de planification.

Niveau périphérique : District Sanitaire (DS)

Le Sénégal compte 76 districts sanitaires qui constituent une subdivision sanitaire proche des populations. Le district est l'unité opérationnelle la plus périphérique de la pyramide sanitaire. Il s'y applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Le district est constitué d'un ou de plusieurs centres de santé et englobe un réseau de

postes de santé eux-mêmes supervisant les cases de santé et les maternités rurales. En 2016, le pays compte 1275 unités opérationnelles de vaccination.

5.3.2 Renforcement du Système de Santé

Le renforcement du système de santé (RSS) du Sénégal, vise l'amélioration de l'utilisation et de l'offre de service de santé de qualité y compris la vaccination. Il s'inscrit dans le cadre de l'atteinte des objectifs retenus pour la mise en œuvre du Programme National de Développement Sanitaire (PNDS, 2009-2018), du Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD, 2014-2016) et du Plan d'Accélération de la Survie de l'Enfant (2013-2015).

Le RSS a pour but de renforcer les capacités du système de santé en vue d'améliorer les performances des programmes de santé maternelle et infantile

Les principaux objectifs visés par le renforcement du système sont :

- Renforcer les compétences des agents de santé sur la gestion des programmes impliqués dans la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ;
- Augmenter les capacités opérationnelles des districts ;
- Améliorer le système de suivi-évaluation des programmes de santé.

5.3.3 Situation de la lutte contre le cancer du col de l'utérus

Le Sénégal vient d'élaborer le premier plan stratégique de lutte contre le cancer 2015-2019. Une analyse de la situation actuelle permet de faire les constats suivants :

- Les services publics d'Anatomie Pathologique (Hôpital Général de Grand Yoff, Hôpital Principal, Hôpital A. Le Dantec, Faculté de Médecine) et privés (Institut Pasteur) assurent l'établissement du diagnostic de certitude du cancer. Ils sont tous localisés à Dakar et reçoivent des échantillons de tout le pays.
- Les services d'imagerie médicale des hôpitaux contribuent au diagnostic des tumeurs par radiographie conventionnelle, échographie ou tomodensitométrie, parfois imagerie par résonance magnétique nucléaire.
- Le traitement médical par chimiothérapie est assuré par différents services : Institut du cancer, Services chirurgicaux, de Gynéco-obstétrique, Pédiatrie, Médecine interne, Dermatologie, Hématologie clinique. Il faut reconnaître que les schémas de traitement ne sont pas standardisés.

- Le traitement chirurgical est possible dans les services de Chirurgie (Générale, Viscérale, Orthopédique, Urologique, ORL et Maxillo-faciale, Pédiatrique, Ophtalmologique, Neurochirurgie et gynéco obstétricale).
- Un seul service de radiothérapie est disponible (cobaltothérapie).
- Les hôpitaux régionaux, disposent d'un plateau technique capable de réaliser quelques actes chirurgicaux bien qu'à des niveaux de performance variables. Les Centres de Santé disposent d'un paquet minimum d'activités (Consultations pré et post natales, accouchements assistés, vaccination, surveillance de la croissance des enfants, prise en charge des IST, du VIH/sida, IEC et la PF) et rarement d'unités chirurgicales.

A ce jour, concernant la lutte contre le cancer du col de l'utérus, il existe des dépistages de masse par approche "Dépister - Traiter". Ces dépistages organisés de manière occasionnelle se font par IVA, IVL avec traitement à la Cryothérapie pour les femmes présentant des lésions précancéreuses localisées. Celles ayant des lésions avancées ou cancer proprement dit sont référées vers des structures spécialisées publiques ou privées.

Afin de mieux organiser et encadrer ces activités menées jusque-là par des associations de la société civile telles que la LISCA, l'AFEMS, l'Association PREVENIR, Medisol International, le Ministère de la santé prévoit de démarrer en janvier 2017 la mise en œuvre d'un programme national de dépistage du cancer du col en collaboration avec la Fondation Servir le Sénégal.

L'offre de service de frottis cervico-utérin existe essentiellement dans certaines structures de Dakar au grand bénéfice des femmes alphabétisées d'un certain niveau socio-économique.

La phase pilote du registre des cancers a démarré dans 10 hôpitaux publics de Dakar et a permis d'avoir des données statistiques sur les types de cancers les plus fréquents, la cartographie et le sex-ratio. Il est prévu d'étendre cette activité à tous les hôpitaux régionaux et cliniques privées ayant une activité d'oncologie afin d'avoir au-delà d'un registre hospitalier, un registre de population.

5.3.4 Le Programme Elargi de Vaccination (PEV)

Organisation

Au plan institutionnel, l'organisation et la gestion du PEV ont tiré profit de la réforme du Ministère de la Santé entamée en 2011 avec la mise en place d'une Direction de la Prévention (DP) au sein de laquelle se trouvent la Division de l'Immunisation et celle de la Surveillance et Riposte Vaccinale. Cette restructuration prévoit le renforcement de la Direction en ressources humaines, ce qui permettra d'améliorer de manière significative la gestion du programme.

Cependant, l'absence d'autonomie financière du PEV reste une limite malgré la forte recommandation de la revue externe du PEV de 2010.

Le pays a élaboré un plan pluriannuel complet pour le PEV 2012-2016. Ce plan a été révisé en 2015 pour l'aligner sur le cycle de planification du PNDS et pour intégrer les nouveaux vaccins ; ce nouveau plan va de 2014 à 2018.

Coordination

La coordination des activités de vaccination se fait à tous les niveaux.

Le Sénégal dispose d'un comité consultatif pour la vaccination (CCVS) qui est un organe consultatif chargé d'apporter aux autorités sanitaires et aux gestionnaires du Programme national de vaccination des orientations dans la définition et la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de vaccination. Il est composé d'experts nationaux dans différentes disciplines (santé publique, pédiatrie, immunologie, bactériologie, socio-anthropologie, gynécologie, économie de la santé, épidémiologie, etc...).

Par ailleurs, le Sénégal dispose d'un Comité de coordination inter-agence (CCIA) fonctionnel. Ce dernier tient une réunion trimestrielle présidée par le Ministre de la santé et de l'action sociale ou son représentant en présence de tous les partenaires de la vaccination. Ce comité valide les décisions proposées par le CCIA technique et facilite la mobilisation des ressources.

Le CCIA technique, quant à lui, réunit mensuellement les partenaires techniques autour du staff de la Direction de la Prévention.

Au niveau des régions médicales et des districts sanitaires, en plus des réunions de coordination mensuelles et trimestrielles, des rencontres de bilan et de monitoring sont organisées selon une fréquence variable.

Supervision

La périodicité de la supervision du programme national de vaccination varie selon le niveau. Elle se fait :

- tous les six mois, du niveau central vers les régions ;
- tous les trois mois, des régions vers les districts ;
- tous les deux mois, des districts vers les postes de santé.

5.3.5 Obstacles géographiques, économiques, politiques, socio-culturels, sexo-spécifiques liés à la vaccination

Aussi bien les données administratives que les enquêtes attestent que le PEV du Sénégal est un programme dynamique avec des couvertures en hausse depuis 2001.

Selon les données administratives, le PEV du Sénégal présente une amélioration significative des performances en matière de couverture pour tous les antigènes depuis 2013 comme le montre la figure ci-dessous :

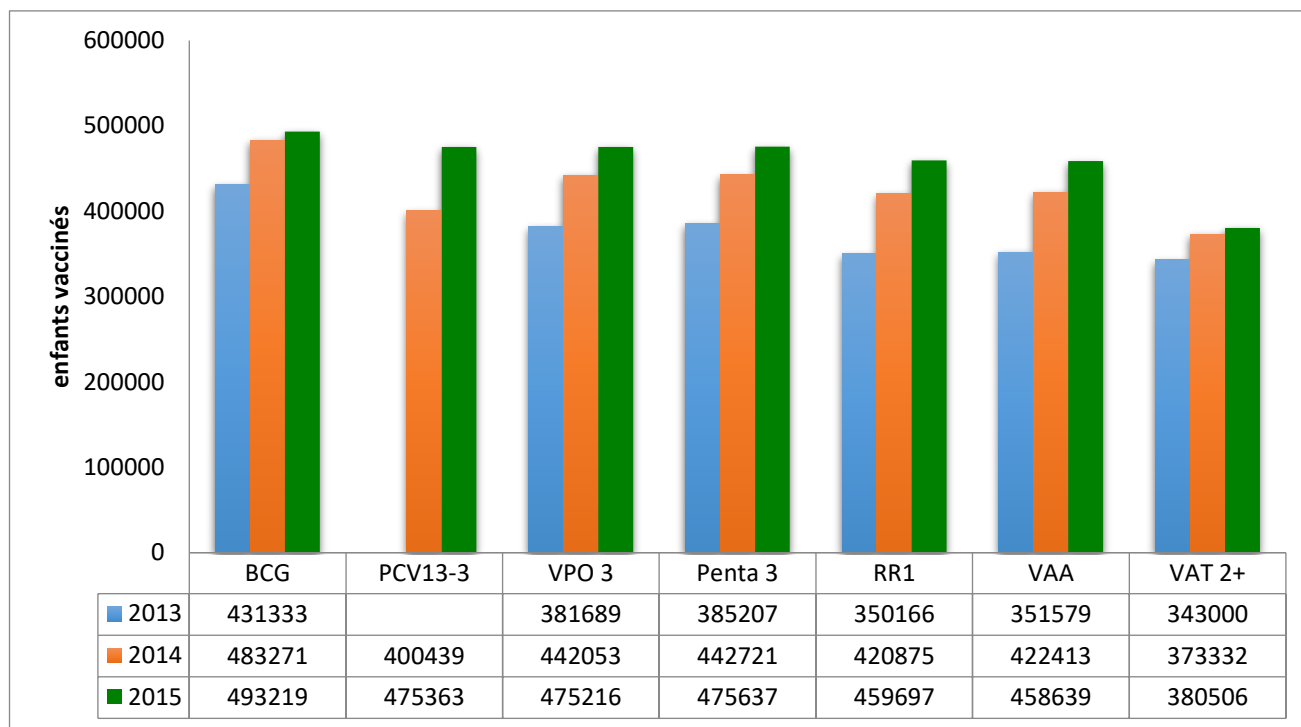


Figure 3: Evolution des couvertures vaccinales par antigène de 2013 à 2015

Le nombre d'enfants vaccinés a augmenté régulièrement depuis 2013 malgré les nombreuses introductions de nouveaux vaccins dans le PEV de routine.

Les dernières enquêtes EDS ont révélé un bon accès et une bonne utilisation avec des taux de couverture supérieurs à 90% et des taux d'abandon inférieurs à 10%.

Les couvertures en Penta1 sont très élevées selon les enquêtes EDS, les taux se situent autour de 95% depuis 2013. Les couvertures vaccinales au Penta 3 et au RR1 se sont améliorées de 2013 à 2015, passant respectivement de 72 à 89% et de 66 à 86%.

L'équité géographique est mesurée à partir de la proportion de districts avec une couverture au Penta 3 supérieure ou égale à 80%. L'équité par rapport au genre, aux niveaux d'instruction et de richesse sont mesurées respectivement à travers les données de vaccination ventilées suivant le sexe, le niveau d'instruction et le niveau de bien-être.

Selon les données d'enquête, la proportion d'enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin est passée de 8% en 2000 à 3,4% en 2014 et 2,4 % en 2015. Ce qui témoigne d'une bonne accessibilité des services de vaccination.

Tableau IX: Caractéristiques socio démographiques et couvertures vaccinales (enquête EDS 2014)

Variables	Modalités	2011		2013		2014	
		Penta 1	Penta 3	Penta 1	Penta 3	Penta 1	Penta 3
Sexe	Masculin	94,6	84,3	96,1	96,1	95,3	89,1
	Féminin	93,2	80,7	95,6	95,6	96	89,6
Résidence	Urbain	94,6	83,6	97,9	92,2	96	89,4
	Rural	93,5	81,9	94,8	86,7	95,3	89,3
Niveau d'instruction de la mère	Aucun	92,5	80,4	94,5	85,8	93,9	86,8
	Primaire	96,2	84,5	98,3	92,3	98,9	94,7
	secondaire ou plus	99,7	95,3	99,2	98,9	100	95
Quintiles de bien-être économique	Le plus pauvre	90,5	74,2	89,7	79,5	94	86,1
	Second	94,6	84,9	97,4	87,5	95,2	86,8
	Moyen	95,0	85,1	96,7	93,1	92,3	88,1
	Quatrième	94,2	82,6	98,7	91,2	97,9	93,9
	Le plus riche	96,2	88,3	99,1	94,6	99,5	92,5
Pays		93,9	82,6	95,8	88,5	95,6	89,3

- Sexe : Selon le tableau IX, il ne semble pas avoir de différence de couverture entre les enfants selon le sexe tant pour le Penta1 que pour le Penta 3.
- Résidence : Les couvertures vaccinales en milieu urbain sont toujours légèrement plus élevées que celles du milieu rural. En 2014, ces différences étaient négligeables. La différence est toujours plus importante pour le Penta3. Ce qui montre un taux d'abandon plus élevé en milieu rural.
- Niveau d'instruction : Le niveau de couverture est toujours plus élevé chez les enfants des femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus. Ici également, les différences sont plus élevées pour Pentat3 que pour penta1 montrant un taux d'abandon relativement plus élevé pour les enfants des femmes moins instruites. Néanmoins ces différences connaissent une tendance à la baisse. La différence de couverture en penta3 chez les enfants des mères n'ayant aucune éducation et celles ayant un niveau secondaire ou plus est passée de 15% en 2011 à 8% en 2014.
- Quintiles de bien-être économique : Le tableau IX montre des couvertures relativement plus élevées chez les enfants des mères les plus riches. Les différences étant relativement plus importantes avec le Penta3 qu'avec le Penta1. Ces différences connaissent une baisse dans le temps. La différence de couverture en Penta3 chez les enfants des mères les plus pauvres et celles des plus riches est passée de 16% en 2011 à 7% en 2014.

5.3.6 Conclusions des récentes évaluations du programme

Une revue externe conduite en 2010 a évalué l'efficacité générale du PEV. Les conclusions de cette revue montrent que l'efficacité générale du PEV est bonne. Cette même revue a également permis d'identifier tous les domaines à renforcer et ceux-ci ont été pris en compte dans les axes stratégiques du PPAC. Il est prévu de faire la revue externe du PEV au dernier trimestre de 2016. L'étude de suivi des températures dans la chaîne d'approvisionnement des vaccins a été effectuée au dernier semestre de 2015, les données sont en cours d'analyse. Les résultats seront disponibles d'ici la fin de l'année. La cartographie de toutes les chambres froides de la PNA a été réalisée et celle des dépôts des régions est en cours. L'évaluation de la gestion des vaccins (GEV) de 2015 a donné les résultats suivants aux différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement.

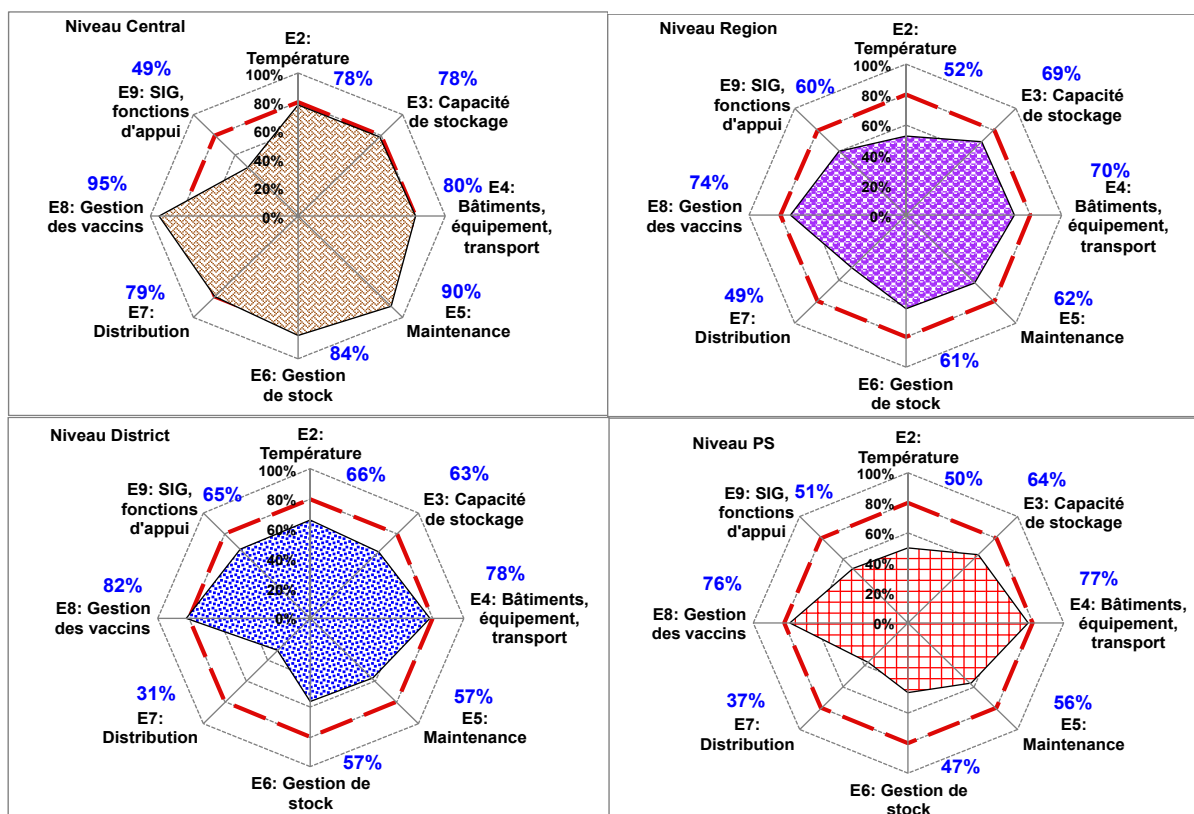


Figure 4: Scores des critères GEV par niveau

Un plan d'amélioration de la GEV a été élaboré, partagé avec les acteurs du système et les partenaires. Le financement de ce plan sera assuré avec le budget de l'Etat, RSS/GAVI et l'appui des autres partenaires.

5.3.7 Capacité du PEV du Sénégal d'adopter un nouveau vaccin

Les capacités pour le PEV du Sénégal d'assurer une introduction réussie d'un nouveau vaccin sont avérées. En effet, le Sénégal a introduit avec succès dans son PEV de routine le vaccin anti-pneumococcique (PCV13) en 2013, le vaccin anti-rougeoleux anti-rubéoleux (RR) et le vaccin contre les diarrhées à rotavirus en 2014, le vaccin polio inactivé (VPI) en 2015 et le vaccin hep B monovalent en 2016. Ces introductions ont été soutenues par GAVI.

L'expérience acquise lors de l'introduction de ces différents nouveaux vaccins contribuera sans nul doute à faciliter l'intégration du vaccin anti-VPH.

Les principales leçons apprises sont :

- L'engagement politique au plus haut niveau (lancement de l'introduction du PCV13 par le Chef de l'Etat en novembre 2013)
- L'existence d'un plan détaillé pour l'introduction des vaccins a facilité la mobilisation des ressources et la mise en œuvre en temps opportun
- La mise en place des commissions (technique, logistique, communication et surveillance) a été un atout pour la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités (micro planification, révision des outils de gestion, des modules de formation, et des supports de communication, estimation des besoins et mise en place des vaccins,..)
- La possibilité d'une introduction d'emblée à l'échelle nationale
- La réalisation d'un inventaire de la logistique comme préalable pour anticiper sur les éventuels problèmes de capacité de stockage des vaccins et consommables pour combler les gaps.
- La supervision formative a été l'occasion d'appuyer la mise en œuvre de toutes les directives du PEV et de la surveillance.
- Des supports de communication adaptés ont contribué, au-delà de la campagne médiatique, à l'amélioration de la visibilité du programme avec un accent particulier sur les nouveaux vaccins.
- La nécessité de renforcer le système de pharmacovigilance et de suivi des MAPI

5.3.8 Gestion des stocks

Depuis 2001, un plan d'approvisionnement en vaccins et consommables est élaboré chaque année à partir de l'outil « *epilogForecasting tool* », ce qui contribue à améliorer la gestion des vaccins et consommables au niveau central et intermédiaire. Les procédures standards de réception des vaccins et consommables et du transport de l'aéroport/port jusqu'au dépôt central sont généralement respectées.

La méthode d'estimation des besoins en vaccins est basée sur la population cible à tous les niveaux. Du fait de la non maîtrise des cibles, certains districts et unités de vaccination réajustent leurs besoins en tenant compte de la consommation antérieure.

Selon le niveau, les rythmes d'approvisionnement sont les suivants :

- ☞ Le niveau central tous les 6 mois ;
- ☞ Le niveau régional tous les 3 mois
- ☞ Le district tous les 2 mois ;
- ☞ Le poste de santé tous les mois.

L'introduction du vaccin anti VPH ne va pas modifier le rythme d'approvisionnement des vaccins et consommables.

Des progrès importants ont été notés dans la régularité de l'approvisionnement en vaccins aux niveaux central, régional et district. Le taux de disponibilité des vaccins s'est nettement amélioré à tous les niveaux. Depuis 2010, la ligne budgétaire pour l'achat des vaccins est sécurisée, régulièrement libérée et en constante augmentation.

5.3.9 Conservation des vaccins

Les vaccins sont conservés conformément aux recommandations de l'OMS. Au niveau central, toutes les chambres froides sont équipées de système d'enregistrement automatique des températures. En 2016, un système d'alarme à distance «*beyond-wireless*» a été mis en place.

Des enregistreurs continus de températures ont été mis en place dans les réfrigérateurs à tous les niveaux en janvier 2014. Cela devrait permettre de corriger les insuffisances sur le monitoring des températures.

Selon la directive nationale, il est formellement interdit de congeler les vaccins au niveau intermédiaire et périphérique quelle que soit par ailleurs leur nature.

5.3.10 Suivi-évaluation

5.3.11 Mise à jour des instruments de suivi

Le système d'information sanitaire du PEV sera actualisé pour tenir compte de l'introduction du vaccin anti VPH. Les autres outils de gestion du PEV devront être révisés et adaptés.

Les outils suivants seront concernés :

- ✚ Formulaires de commande des vaccins
- ✚ Registre des stocks de vaccins
- ✚ Fiches de stock de vaccin
- ✚ Fiches de monitoring des pertes des vaccins

- ✚ Registre d'enregistrement des vaccinations
- ✚ Fiches de collecte journalières des vaccinations
- ✚ Cartes de vaccination
- ✚ Fiches de suivi des perdus de vue
- ✚ Rapports mensuels de vaccination, et
 - ✚ Fiches de rapportage et investigation des MAPI.

Actuellement, les données du PEV sont ventilées par sexe pour prendre en compte la sexospécificité.

Le processus d'intégration des données du programme dans le DHIS2 est enclenché. Deux ateliers tenus en mai et juin 2016 ont permis de stabiliser les formulaires de rapportage, de faire le paramétrage des indicateurs du programme et leurs règles de validation dans la plateforme. Ce processus permettra d'améliorer la qualité des données et de réduire la charge de travail liée à la double saisie.

5.3.12 Surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI)

Le Sénégal s'est doté d'un système de surveillance des MAPI pour détecter toute manifestation indésirable attendue ou inattendue.

L'introduction de nouveaux vaccins a été l'occasion pour renforcer le système de surveillance des MAPI. Cependant, même si la notification systématique des MAPI s'est améliorée, quelques insuffisances persistent, notamment dans le remplissage exhaustif et la remontée des fiches de notification.

Durant la formation des agents de santé, un accent particulier sera mis sur le rapportage systématique et la gestion d'éventuels cas de MAPI. Les cliniciens des formations hospitalières à tous les niveaux, en particulier les pédiatres seront sensibilisés dans le cadre de la surveillance des MAPI.

Dans le cadre de la surveillance post introduction, des outils et les définitions des cas des MAPI liées à l'administration du vaccin anti VPH seront élaborés, intégrés dans le guide de pharmacovigilance et diffusés.

La DPM est responsable du système de pharmacovigilance, y compris la surveillance des MAPI, en étroite collaboration avec la DP qui lui transmet les notifications reçues des districts. Elle transmet les données au centre antipoison où siège le comité d'experts chargé de l'imputabilité des cas notifiés.

6 Le système éducatif Sénégalais

6.1 Description du système

On distingue les secteurs formel et non formel dans le système éducatif sénégalais :

L'éducation formelle : Elle concerne plusieurs niveaux et types d'enseignement. Elle est composée de l'éducation préscolaire, de l'enseignement élémentaire, de l'enseignement moyen et secondaire général, de l'enseignement technique et de la formation professionnelle et de l'enseignement supérieur. A chacun de ces niveaux, on retrouve à côté de l'enseignement public, un enseignement privé qui s'est beaucoup diversifié et développé ces dernières années.

De même, l'éducation spéciale occupe une place de plus en plus importante dans le système. Même si sa présence est plus marquée dans l'enseignement élémentaire, les orientations sont à un développement du secteur qui permet la prise en charge adéquate d'une catégorie de la population scolarisable, jusqu'ici marginalisée.

L'éducation non formelle : Le secteur de l'éducation non formelle comprend l'alphabétisation, les écoles communautaires de base et les « écoles du 3e type ». Les deux dernières modalités d'enseignement sont en expérimentation

L'organisation de l'éducation est hiérarchisée comme suit :

Au niveau central, le Ministère de l'Education nationale (MEN) définit et assure la réalisation de la politique éducative du Sénégal. Il est aidé en cela par le Ministère de la Formation Professionnelle, de l'Apprentissage et de l'Artisanat, d'une part, et d'autre part par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.

Au niveau décentralisé, les Inspections d'Académie (IA) sont chargées de coordonner l'activité éducative au niveau des régions. Elles sont relayées au niveau départemental par les Inspections de l'Education et de la Formation (IEF).

Le secteur formel de l'éducation concerne plusieurs niveaux ou cycles d'enseignement ; on y trouve l'éducation préscolaire, l'enseignement élémentaire, l'enseignement moyen et secondaire général.

L'enseignement élémentaire est destiné à faire acquérir aux enfants de 06 à 12 ans les connaissances de base. Il comprend six années d'études sanctionnées par le certificat de fin d'études élémentaires (CFEE).

Les années d'études comprennent:

- Le cours d'initiation (CI),
- Le cours préparatoire (CP),
- Le cours élémentaire de première année (CE1)

- Le cours élémentaire de deuxième année (CE2)
- Le cours moyen de première année (CM1)
- Le cours moyen de deuxième année (CM2).

Le Cycle moyen comprend quatre années d'études sanctionnées par le Brevet de Fin d'Etudes Moyennes (BFEM) et le secondaire (classes de Seconde, de Première et de Terminale) sanctionné par le Diplôme de Baccalauréat.

Les examens du CFEE et de l'entrée en 6^{ème} ont lieu en juin tandis que le BFEM et le BAC ont lieu en juillet. Les élèves de l'élémentaire et du moyen secondaire ont trois mois de vacances de juillet à fin septembre. Au Sénégal, l'année scolaire démarre au mois d'octobre et se termine en fin juillet

6.2 La répartition des filles dans l'enseignement élémentaire au Sénégal

Le système éducatif sénégalais est marqué par la prépondérance du secteur public (91% des écoles). En outre, 78% des écoles et 55% des salles de classe se trouvent en zone rurale.

L'éducation des filles constitue, dans le cadre des objectifs de scolarisation universelle, une dimension essentielle pour renforcer la lutte pour la réduction des inégalités. Ce qui s'est traduit par une hausse significative du taux brut de scolarisation des filles (TBS/F) dans l'enseignement élémentaire. Le TBS des filles au cours de la période 2000-2011 est passé de 74 % à 89% soit une augmentation de 15 points de pourcentage et une évolution de 20%.

Tableau X: Evolution du TBS et TNS par sexe et par année de l'enseignement élémentaire

Primaire		1991	1999	2002	2011
TBS	masc et fém	57	68	73	86
	M	66	74	77	83
	F	48	61	70	89
TNS	Masc et fem	-	57	-	76
	M	-	62	-	73
	F	-	52	-	78

(Source: UNESCO)

L'introduction de l'éducation religieuse à l'école élémentaire a contribué à l'accroissement des effectifs des filles surtout dans les zones de fortes résistances à l'école classique.

La révision du curriculum et des manuels scolaires pour une plus grande sensibilité au Genre, la formation en Genre des acteurs du système éducatif par la Direction des Ressources Humaines du Ministère de l'Education nationale, les programmes et interventions en faveur de la scolarisation et du maintien des filles à l'école ont permis d'obtenir des gains impressionnants vers l'objectif de la parité des sexes. L'indice de parité qui est toujours en faveur des garçons est passé de **0,84 à 1.072 en 2001 en faveur des filles**. Ceci montre que le Sénégal tend vers l'élimination des inégalités de genre.

7 Communication /IEC/ CCC

7.1 Analyse des défis et opportunités de la communication

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Volonté politique soutenue en faveur de la lutte contre le cancer du col ; • Existence d'un plan national de lutte contre les cancers • Bonne adhésion des populations à la vaccination ; • Bonne adhésion des populations aux activités de dépistage du cancer du col de l'utérus • Engagement de partenaires techniques et financiers • Existence de la ligue sénégalaise de lutte contre le cancer • Disponibilité d'un réseau de personnel communautaire engagé ; • Expérience de stratégies spécifiques pour atteindre les cibles d'accès 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de la communication interpersonnelle (CIP) pendant les activités de vaccination; • Faible connaissance des populations sur le cancer du col de l'utérus ; • Insuffisance des ressources allouées aux activités de communication sur le cancer ; • Coût élevé de la diffusion dans les télévisions • Fort taux d'analphabétisme des populations • Faible accès à l'information des femmes et gardiennes d'enfant (Charge de travail) • Absence d'une documentation sur les problèmes socio 	<ul style="list-style-type: none"> • Partenariat solide avec les autres départements ministériels (Famille, Intérieur, Education, Jeunesse) • Fort engagement de la société civile dans la lutte contre le cancer du col • Engagement de la première Dame dans la lutte contre le cancer. • Fort taux de scolarisation des filles à vacciner (filles de 09 ans) • La crainte du cancer par les populations incite à la vaccination • Le coût élevé de la prise en charge des malades du cancer • Engagement des associations 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité d'apparition de cas de refus si d'éventuels cas de MAPI et d'effets secondaires importants sont notés. • Antécédents de rumeurs autour de la vaccination des jeunes filles (campagnes de vaccination contre le tétanos, projet pilote vaccination VPH) • Crainte de la piqûre par la cible • Crainte de survenue de rumeurs durant le processus (suspicion d'incitation des enfants à une activité sexuelle précoce et à une stérilisation de cette cible). • Perturbation du calendrier scolaire

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
<p>difficile ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation du secteur de l'éducation (séances de vaccination et leçons de vie dans les écoles et daaras). • Existence de comité de mobilisation sociale pouvant prendre en charge les éventuels cas de réticences dans les différents niveaux ; • Instances administratives de décision et de partage (CRD et CDD, CLD) pour appuyer la vaccination ; • Existence des comités de gestion des cas de refus et de rumeurs ; • Expérience dans la communication sur l'introduction de nouveaux vaccins. • Engagement des comités de santé dans le financement des activités de vaccination • Existence de cadres d'encadrement des jeunes à tous les niveaux (CDEPS, centres ados, clubs EVF dans les écoles....) pouvant faciliter l'utilisation des jeunes comme 	<p>comportementaux liés au cancer</p>	<p>professionnelles de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'associations et organisations traditionnelles dans les districts • Existence d'un réseau dense de radios communautaires, privées et publiques • Existence des gouvernements et parlements scolaires • Les associations des parents d'élèves • Les comités départementaux pour la scolarisation des filles • Existence d'un projet EVF daaras • Possibilité de synergie avec les services de santé scolaire • Existence d'un Plan stratégique SRAJ à la DSRSE • Leadership des religieux et communicateurs traditionnels reconnu par les communautés • Existence d'un réseau dense d'organisations 	

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITES	MENACES
<p>acteurs de communication</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gratuité de la vaccination contre le VPH facilite l'accès à toutes (équité) • Résultats satisfaisants de la phase pilote 		<p>communautaires (OCB, ONG) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implications de leaders locaux dans la sensibilisation ; • Existence d'un réseau de journalistes spécialisés en santé • Existence d'un protocole d'accord entre le MSAS et ORANGE • Vaccination contre le VPH déjà existante dans le privé mais à un coût élevé 	

7.2 Proposition de solutions aux menaces évoquées pour la communication

Menaces	Solutions
1. Apparition de cas de refus si d'éventuels cas de MAPI et d'effets secondaires importants sont notés.	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les messages sur le dispositif de prise en charge des MAPI dans les outils d'orientation des acteurs de la communication. • Mettre en place des comités de gestion de crise à tous les niveaux. • Intégrer dans les supports des messages sur les CAT en cas de MAPI à l'endroit de la population
2. Antécédents de rumeurs autour de la vaccination des jeunes filles (campagnes de vaccination contre le tétanos et la méningite, projet pilote vaccination VPH)	<ul style="list-style-type: none"> • Anticiper sur les éventuelles rumeurs en donnant aux parents et gardiennes d'enfants des informations essentielles sur le choix de la cible, le cancer et les facteurs de risque • Faire intervenir des personnes ressources habilitées à tous les niveaux • Orienter les leaders communautaires et décideurs
3. Crainte de la piqûre par la cible	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la communication interpersonnelle lors de la vaccination • Impliquer les enseignants dans la communication pour une bonne préparation psychologique des élèves
4. Crainte de survenue de rumeurs durant le processus (suspicion d'incitation des enfants à une activité sexuelle précoce et à une stérilisation de cette cible).	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer des messages prenant en compte le lien entre la vaccination et la prévention du cancer • Développer des activités de communication avant le démarrage de la vaccination, pendant, entre les deux passages et après • Mettre en place un comité de gestion des rumeurs et refus
5. Perturbation du calendrier scolaire	<ul style="list-style-type: none"> • Associer le point focal santé de l'IEF dans le processus ; associer les partenaires sociaux

7.3 Défis de la communication:

- Implication et adhésion des acteurs de la lutte contre le cancer dans la mise en œuvre de l'introduction.
- Prise en compte des autres moyens de lutte contre le cancer, dépistage et traitement pour une meilleure prise en compte des préoccupations des populations.
- Refus ou réticence éventuels des parents ou gardiennes d'enfant lié aux croyances socioculturelles.

- Respect du calendrier vaccinal
- Disponibilité de ressources suffisantes pour une communication de qualité
- L'adhésion de certains pédiatres du privé
- L'intégration de la cible (9ans) dans le PEV
- Adhésion des responsables des établissements scolaires privés

7.4 Axes de messages sur la vaccination anti VPH

- Ampleur et gravité des cancers gynécologiques attribués au VPH,
- Mode de transmission des infections à VPH
- Manifestations des infections à VPH
- Dépistage du cancer du col
- Prise en charge de la maladie
- Prévention (vaccination)
- Bénéfices de la vaccination
- La cible concernée par la vaccination (9 ans)
- Les stratégies vaccinales
- Intégration du vaccin anti - VPH dans le PEV
- Calendrier et la date de l'introduction
- Le mode d'administration du vaccin
- Nécessité de prendre les deux doses
- Sécurité des injections
- Peur de la piqûre
- Effets secondaires et conduite à tenir
- Conservation de la carte de vaccination
- Implication des chefs de familles

7.5 Segmentation des groupes de participants

❖ *Le groupe de participants primaires :*

Il s'agira des filles de 9 ans, le but étant de les vacciner avant le début de l'activité sexuelle. Il importera de connaître la proportion de filles scolarisées âgées de 9 ans à travers la cible théorique émanant de l'ANSD. Cependant il faut noter que les programmes scolaires ne couvriront qu'une partie du groupe de participants primaires dans le pays, par conséquent, il faudrait prendre en compte les filles des écoles coraniques et « *daaras* ». Il y a aussi une proportion de filles qui quittent l'école et d'autres non scolarisées. Pour ces dernières, une stratégie communautaire sera mise œuvre.

❖ *Le groupe de participants secondaires :*

Ce groupe est constitué de tous ceux qui aident à atteindre le groupe de participants primaires. Il s'agit essentiellement du personnel de santé, des associations professionnelles, syndicats, et acteurs communautaires (relais, comités de santé, chefs de villages, chefs de quartier), des enseignants, des membres des différents réseaux, des OBC et ONG qui participent ou appuient la sensibilisation et la mobilisation des populations en vue de l'atteinte des objectifs de l'introduction de la vaccination anti VPH dans le PEV.

Ce groupe de par ses activités, participe à la diffusion des messages clés pour amener les parents à accepter la vaccination de leurs enfants. Pour mener à bien leurs activités, il sera nécessaire de renforcer leurs capacités et de les doter en supports adéquats de communication.

❖ *Le groupe de participants tertiaires :*

Dans ce groupe on retrouve les décideurs, les partenaires au développement, les autorités administratives et politiques, les membres des associations de lutte contre le cancer et les leaders d'opinion comme les chefs religieux et traditionnels. Ces participants appuient la planification et la mise en œuvre des activités. Ils soutiennent l'exécution, aident à la mobilisation des ressources et à la résolution des problèmes identifiés.

7.6 Objectifs :

7.6.1 Objectif général

Contribuer à la réussite de l'introduction de la vaccination anti VPH dans le Programme élargi de vaccination (PEV) du Sénégal.

7.6.2 Objectifs spécifiques

- ☞ **OS.1.** Informer au moins 90% des parents sur l'introduction du vaccinanti VPH dans le programme élargi *de vaccination* (PEV).
- ☞ **OS.2.** Mobiliser 70% des leaders d'opinion et décideurs ciblés à soutenir l'introduction de la vaccination anti VPH dans le PEV ;
- ☞ **OS.3.** Susciter l'acceptation du vaccin par au moins 90% des parents de jeunes filles éligibles

OS.4. Amener les autorités, la société civile et les partenaires à soutenir l'introduction de la vaccination anti VPH dans le PEV ;

OS.5. Mobiliser les prestataires des districts pour la réussite de l'introduction de la vaccination anti VPH dans le PEV ;

OS.6. Mobiliser 100% des écoles élémentaires dans les activités de vaccination anti VPH au niveau des districts

OS.7. Engager au moins 90% des daaras et autres établissements d'éducation dans les activités de vaccination anti VPH au niveau des districts

7.7 Résultats attendus

R1. 90% des parents sont informés sur l'introduction du vaccin VPH dans le PEV

R2. 70% des leaders d'opinion et décideurs ciblés soutiennent l'introduction de la vaccination anti VPH dans le PEV

R3. 90% des parents des jeunes filles éligibles acceptent de faire vacciner leurs enfants contre le cancer du col durant les deux passages de vaccination anti VPH

R4. Les autorités, la société civile et les partenaires participent aux activités de communication et de vaccination anti VPH

R5. Les prestataires des districts adhèrent à l'introduction de la vaccination anti VPH dans le PEV et participent aux activités de communication (CIP, activités médiatiques, plaidoyer, orientation des acteurs communautaires, gestion des rumeurs et refus)

R6. 100% des écoles élémentaires des districts adhèrent et participent aux activités de vaccination anti VPH mises en œuvre dans les établissements scolaires

R7. 90% des daaras et autres établissements d'éducation au niveau des districts sont engagés dans les activités de communication pour la vaccination anti VPH

7.8 Stratégies

Il s'agira de mettre en œuvre, de façon combinée les stratégies de plaidoyer, de mobilisation sociale, de partenariat, de renforcement de capacités et de communication en vue d'obtenir d'une part, l'adhésion et la participation massive des acteurs, des communautés et des parents, et d'autre part l'implication et l'appui des partenaires sociaux mais aussi des autres secteurs à la réussite de l'introduction de la vaccination anti VPH dans le PEV .

7.8.1 Plaidoyer

Le Plaidoyer vise à amener les décideurs et les partenaires à appuyer l'introduction de la vaccination anti VPH dans le PEV. Il cible aussi les autorités politiques pour la mobilisation des ressources. Les interventions s'adressent aux services déconcentrés, réseaux des parlementaires pour la vaccination, aux collectivités locales, aux ONG, OCB, aux leaders coutumiers et religieux des districts.

7.8.2 Mobilisation sociale

Les comités de mobilisation sociale existant seront redynamisés et mis à contribution pour susciter l'engagement, la participation, l'appropriation des populations de l'introduction de la vaccination anti VPH dans le PEV. Ces comités soutenus par un partenariat multisectoriel solide, impliquant divers ministères du gouvernement (intérieur, éducation, jeunesse et femme en particulier), les syndicats du secteur santé, la Société Sénégalaise des Pédiatres, les médias, les ONG, OCB et LISCA à tous les niveaux seront aussi à l'avant-garde pour la sensibilisation des populations, la prévention et la gestion des refus et des rumeurs.

7.8.3 Communication pour le Changement de Comportement

Il s'agira d'améliorer les connaissances pour influencer l'adoption de comportements souhaités en utilisant plusieurs canaux, approches d'information et de communication. Elle cible les prestataires et la population en générale par des interventions de proximité soutenues par la communication de masse utilisant des supports innovants comme le théâtre forum, le sketch et les messages des leaders influents. Les radios communautaires, la presse en ligne et les réseaux câblés seront également utilisés.

Par ailleurs, l'accent sera mis sur le renforcement de la communication interpersonnelle pendant la formation des prestataires et autres acteurs clés pour informer les bénéficiaires et les parents sur la lutte contre le cancer du col et le nombre de passages nécessaires

7.8.4 Partenariat

Au regard de la spécificité de la cible (jeunes filles de 9 ans), le partenariat existant avec le Ministère de l'Education sera renforcé en vue de l'identification de la cible, de l'organisation d'activités pédagogiques, de la diffusion des messages au niveau des familles, de l'organisation des activités de vaccination au niveau des établissements scolaires et du suivi de la mise en œuvre

En plus du Ministère de l'Education, ce partenariat sera élargi au Ministère de l'Intérieur, de la Famille, à la Ligue Sénégalaise de Lutte contre le cancer, la Société sénégalaise de pédiatrie, l'Association Sénégalaise des gynécologues obstétriciens, aux organisations traditionnelles et réseaux (réseau des journalistes en santé, les radios communautaires)

7.8.5 Renforcement des capacités :

Tous les acteurs impliqués seront orientés sur l'introduction de la vaccination anti VPH dans le PEV (la cible, les modes d'administration, les avantages, les effets secondaires et la conduite à tenir en cas de MAPI, le calendrier, le nombre de doses requises pour être protégé).

7.9 Matrice de planification

STRATEGIES	LIGNES D'ACTION	CIBLES/PARTICIPANTS	AXES DES MESSAGES	ACTIVITES	SUPPORTS
PLAIDOYER	Partage du plan d'introduction de la vaccination anti VPH dans le PEV	<p>Autorités Politiques Administratives Ministérielles Elus locaux Partenaires bilatéraux et multilatéraux</p> <p>Réseau des parlementaires pour la vaccination</p> <p>Membres du comité de mobilisation sociale (niveau national, régional et district)</p> <p>Les ONG,(ASBEF ...)</p>	<p>Ampleur et gravité de la maladie,</p> <p>Problèmes liés à la prise en charge des cancers gynécologiques (accessibilité, coût, efficacité, effets secondaires),</p> <p>Les bénéfices de la vaccination,</p> <p>Leurs rôles et contributions à la réussite de la vaccination</p>	<p>Faire une communication au conseil des Ministres</p> <p>Rencontre le réseau des parlementaires pour la vaccination</p> <p>Adresser des correspondances aux Ministères impliqués</p> <p>Organiser une réunion du CCIA pour partage et validation du plan</p> <p>Organiser des réunions de CRD/CDD/CLD</p> <p>Organiser des visites auprès des leaders</p>	<p>Note technique pour le Ministre de la santé</p> <p>Lettre d'information aux autres Ministères</p> <p>Document de plaidoyer (présentation power point)</p> <p>Aide mémoire</p> <p>Dépliant</p> <p>Affiches</p>

STRATEGIES	LIGNES D'ACTION	CIBLES/PARTICIPANTS	AXES DES MESSAGES	ACTIVITES	SUPPORTS
		<p>Associations de lutte contre le cancer</p> <p>Société Sénégalaise de Pédiatrie</p> <p>Ligue Sénégalaise contre le Cancer (LISCA)</p> <p>Leaders religieux</p>		<p>religieux et traditionnels</p> <p>Organiser des réunions de partage avec les ONG, les associations de lutte contre le cancer (LISCA), Société sénégalaise de pédiatrie.</p>	Présentation
MOBILISATION SOCIALE	Création d'alliances autour de la vaccination anti VPH	<p>Ligue Sénégalaise contre le Cancer (LISCA)</p> <p>Associations de lutte contre le cancer</p> <p>Ministères (Education, Intérieur, Jeunesse, Femme, Intérieur)</p>	<p>Le fardeau de la maladie au niveau national (ampleur, coût de la prise en charge, efficacité du vaccin anti VPH).</p> <p>Les enjeux de la vaccination anti VPH (de sa réussite dépend en partie la réduction de</p>	<p>Organiser une cérémonie officielle de lancement national avec les autorités administratives, locales et communautaires sous la Présidence d'une haute autorité</p>	<p>Bande annonce</p> <p>Banderole</p> <p>Dépliant et affiches</p> <p>Aide mémoire</p> <p>Tee shirts lancement</p> <p>sketchs,</p> <p>théâtre forum</p>

STRATEGIES	LIGNES D'ACTION	CIBLES/PARTICIPANTS	AXES DES MESSAGES	ACTIVITES	SUPPORTS
		Associations professionnelles (Sage Femme, Femmes médecins, Gynécologues etc. Media nationaux, régionaux et locaux ONG OCB Réseau des journalistes en santé	la morbidité et de la mortalité dues au cancer du col), L'ampleur de la maladie et le coût élevé de la prise en charge du cancer du col	Organiser une cérémonie officielle de lancement dans chaque région sous la Présidence des autorités administratives, Enregistrer des appels des Autorités et leaders: Première Dame, MSAS, religieux, communicateurs traditionnels, artistes, Sportifs	
	Mobilisation communautaire des populations en faveur de la vaccination anti VPH	Relais Conseil Départemental de la Jeunesse Comités de santé Associations des 'Imams et Ulémas du Sénégal		Réaliser 3 émissions de sensibilisations à travers les radios régionales	Bandes annonce radio

STRATEGIES	LIGNES D'ACTION	CIBLES/PARTICIPANTS	AXES DES MESSAGES	ACTIVITES	SUPPORTS
		<p>Fédération des Maîtres coraniques</p> <p>Réseau des communicateurs traditionnels</p> <p>Praticiens de la Médecine Traditionnelle</p> <p>Mouvements et associations de femmes de jeunes</p>		<p>Organiser 5 journées d'orientation des réseaux et associations et identifier les activités à mener par les participants</p>	<p>Spots</p> <p>Aides mémoire</p>
	<p>Information des populations et des familles sur l'introduction du vaccin contre le VPH dans le PEV</p> <p>Motivation des familles pour le</p>	<p>Familles, parents, gardiens d'enfants</p> <p>Populations en général</p> <p>Familles, parents, gardiens d'enfants</p>	<p>.L'objectif de l'introduction</p> <p>.L'ampleur et la gravité de la maladie, ses modes de transmission, la prise en charge, les avantages de la prévention par la vaccination, la cible, le</p>	<p>Diffuser des messages à travers la presse en ligne</p> <p>Organiser une émission interactive : 3 h pour agir, 3 h pour prévenir avec le N° Vert du MSAS</p>	<p>Affiches</p> <p>Dépliants</p> <p>Aides mémoire</p> <p>Théâtres</p>

STRATEGIES	LIGNES D'ACTION	CIBLES/PARTICIPANTS	AXES DES MESSAGES	ACTIVITES	SUPPORTS
<p align="center">COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT</p>	<p>respect des deux doses protectrices</p>	<p>Populations en général</p>	<p>mode d'administration, les stratégies vaccinales, le coût du vaccin dans le privé et la gratuité du vaccin dans le PEV L'importance des deux doses pour une protection complète,</p>	<p>(SNEIPS) Organiser 2 caravanes de sensibilisation par DS pour tous les DS Diffuser des messages à travers les radios locales et réseaux de télé-câblées, (Région) Mettre en œuvre des activités de communication par les différents relais communautaires (Contrat avec les réseaux d'OCB) : 76 DS Organiser des fora communautaires</p>	<p>Banderoles Présentations Dépliants Flyers</p>

STRATEGIES	LIGNES D'ACTION	CIBLES/PARTICIPANTS	AXES DES MESSAGES	ACTIVITES	SUPPORTS
				dans les zones à problèmes	
PARTENARIAT	Renforcement de la collaboration avec les Ministères clés, les associations et organisations de la société civile, les PTF (ONG)	.Les associations de lutte contre le cancer, les organisations professionnelles, .La DCMS, la SCOFI, Fédération des associations de parents d'élèves, les CODEC, Gouvernement et parlement scolaires Médias (Organes de presse) Réseaux e associations de femmes et de jeunes	.L'objectif de l'introduction du vaccin anti VPH dans le PEV, les défis, les attentes, cibles de la vaccination, avantages et stratégies. .L'ampleur et la gravité de la maladie, ses modes de transmission .Les problèmes à la prise en charge .Les avantages de la prévention par la vaccination, .Le rôle attendu de chaque acteur .Le mode d'administration, .Les stratégies	.Organiser une réunion de partage sur l'introduction du vaccin anti VPH avec les organisations de lutte contre le cancer Intégrer le volet prévention primaire du cancer du col dans la révision des curricula des enseignants de l'élémentaire Mettre en œuvre les activités (leçon de vie) avec suivi par les IEF et la DCMS	Présentation sur l'introduction du VPH Lettres circulaires Plan de communication Aide mémoire Affiche Dépliant Flyers

STRATEGIES	LIGNES D'ACTION	CIBLES/PARTICIPANTS	AXES DES MESSAGES	ACTIVITES	SUPPORTS
			vaccinales, .Le coût du vaccin dans le privé et la gratuité du vaccin. .L'importance des deux doses pour une protection complète,		
RENFORCEMENT DES CAPACITES	Renforcement des capacités et motivation des acteurs impliqués dans l'introduction du vaccin contre le cancer du col	.Prestataires .Personnel enseignants .Relais communautaires .Membres comité de santé Membres des comités de mobilisation sociale des différents niveaux .Associations des parents d'élève Professionnels des média Tous les réseaux	.Objectif de l'introduction du vaccin anti VPH dans le PEV, .La cible (9 ans) .Les modes d'administration du vaccin, .Les avantages, les effets secondaires et la conduite à tenir en cas	Alimenter la partie communication du guide de formation Participer aux sessions de formation des prestataires Organiser une rencontre de sensibilisation à	Guide de formation Dépliants Guide Santé Nutrition Environnement de DCMS (révisé)

STRATEGIES	LIGNES D'ACTION	CIBLES/PARTICIPANTS	AXES DES MESSAGES	ACTIVITES	SUPPORTS
		(journalistes, communicateurs traditionnels, imams/Clergé, maîtres coraniques, femmes, jeunes Associations des Pédiatres Association des Handicapés moteurs Association des Daaras des jeunes filles	de MAPI, .Le calendrier, le nombre de doses requises pour être protégée La conservation de la carte de vaccination .Le rôle attendu de chaque acteur	l'intention des secteurs d'appui (comité mob soc) Produire et diffuser les supports de communication	Aide mémoire

7.10 Suivi / évaluation des activités de communication

7.10.1 Suivi

La supervision et le monitoring permettront d'améliorer les performances des différents acteurs, d'affiner les stratégies, d'identifier et de corriger les défaillances de mise en œuvre des activités de communication avant, pendant et après le démarrage.

- Supervision des activités préparatoires du démarrage des activités d'introduction du vaccin
- Supervision des activités de communication dans tous les districts
- Documentation de l'introduction du vaccin anti VPH dans le PEV.

7.10.2 Evaluation

L'évaluation qui aide à mesurer les réalisations et justifier les investissements effectués, se fera de manière intégrée avec l'outil d'évaluation du PEV qui prendra en compte les différents indicateurs de la communication.

Conformément au mécanisme de suivi/évaluation défini par le PEV, les activités de communication seront évaluées au même titre que celles techniques.

Les indicateurs suivants permettront de renseigner le processus de mise en œuvre dans les districts.

7.10.3 Indicateurs

- Nombre de supports de communication produits/Nbre prévu :
 - Affiches
 - Dépliants
 - Aides mémoire
 - Banderoles
 - Flyers
 - Tee shirts (lancement)
- Nbre de caravanes organisé/Nbre prévu
- Nbre de diffusion de spots/Nbre prévu
- Nombre de relais orientés sur la communication interpersonnelle, les messages
- Nombre de CRD, CDD, CLD organisé/Nbre planifié.
- Pourcentage de parents connaissant le calendrier, la cible éligible (9-10 ans) et la maladie
- Pourcentage de parents acceptant de faire vacciner leur fille

- Nombre de cas de refus résolu/Nbre enregistré.

Liste des contributeurs

Ce document a été élaboré par le Ministère de la santé et de L'action sociale du Sénégal en collaboration avec le Ministère de l'éducation nationale et les partenaires techniques et financiers (OMS, UNICEF, PATH)

Dr El hadji Mamadou NDIAYE	Directeur de la Prévention
Dr Ousseynou BADIANE	Coordonnateur du Programme Elargi de Vaccination
Dr Sidy NDIAYE	Division de l'Immunisation
Dr Abdoul Aziz GBAYA	Chargé de Vaccination PATH
Dr Aliou DIALLO	Chargé de PEV/OMS Bureau Pays
Dr Awa BATHILY	Chargée de Vaccination /UNICEF Bureau Pays
Dr Khady SY CISSE	Pédiatre, District Sanitaire de Dakar-ouest
Dr Mamadou NDIAYE	Adjoint MCD District de MBAO
Dr Mor DIAW	Directeur Santé et Nutrition/ MEN
Dr Moustapha BARRO	MCD District Sanitaire de Khombole
Dr Moustapha FAYE	MCD District de Mékhé
Dr Oumy SECK	Direction de la Prévention
Dr Serigne NIANG	Direction de la lutte contre la Maladie
M. Abdoulaye SAM	Direction de la Prévention
M. Ibrahima LEYE	Comité consultatif pour la Vaccination au Sénégal
Mme Madjiguene NDIAYE	Consultante Communication
Mme Ndioro SANGARE DOUCOURE	Assistante OMS Bureau Pays
Mme Awa LY	Direction de la Prévention
Mme Sokhna NDIAYE NDOUR	Service National de l'Education, de L'Information pour la Santé