**Formulaire de demande**

**Ajustements pour soutenir le programme anti-VPH**

*La demande dûment remplie, accompagnée des documents justificatifs et des approbations, doit être soumise à Gavi par courrier électronique à l'adresse proposals@gavi.org, avec copie au Responsable pays Gavi (SCM), et fera l'objet d'un examen.*

*Veuillez consulter les* [*lignes directrices de Gavi sur le financement des vaccins*](https://www.gavi.org/sites/default/files/support/guidelines-2023/Gavi-Vaccine-Funding-Guidelines-FR.pdf) *et les* [*lignes directrices de Gavi sur le financement des programmes*](https://www.gavi.org/sites/default/files/support/guidelines-2022/Gavi_Programme_Funding_Guidelines_FR.pdf) *pour obtenir des conseils sur le soutien de Gavi aux programmes de lutte contre le papillomavirus.*

SECTION 1 : INFORMATIONS SUR LE PAYS ET LE TYPE DE SUBVENTION

|  |  |
| --- | --- |
| Pays |  |
| Coordonnées du point focal national pour cette demande | Nom :Poste :Courriel :Téléphone : |

Veuillez indiquer les options de financement demandées (*cochez toutes les cases correspondantes*).

**□ Ajustement Ops/MAC**

**□ Changement de schéma posologique**

**□ Complément HSS**

SECTION : ASPECTS communs à tous les types de demandes

Justification et brève description de la modification du programme demandée

Veuillez fournir une brève explication des raisons de toutes les demandes de financement et des ajustements sélectionnés ci-dessus (c.-à-d. ajustement Ops/MAC / changement de schéma posologique et/ou fonds complémentaires RSS).

|  |
| --- |
|  |

Changements dans le contexte du pays et du programme

Décrivez brièvement le contexte actuel du programme VPH du pays en rapport avec la (les) demande(s) spécifique(s) sélectionnée(s) (ajustement Ops/MAC, changement de schéma posologique et/ou complément RSS). Veuillez inclure des informations sur les éléments suivants (des descriptions et des plans détaillés peuvent être fournis dans les annexes) :

*(maximum 1000 mots)*

* Activités et stratégies de mise en œuvre du programme de vaccination contre le papillomavirus à ce jour.
* Couverture vaccinale contre le VPH par âge pour 2021 et 2022, y compris les numérateurs et les dénominateurs et les sources de données pour chacun d'entre eux.
* Changements dans le contexte du pays depuis l'introduction (situation du pays, contexte épidémiologique, etc.)
	+ Quels sont les défis et les opportunités résultant de ces changements ? Quelles sont les interventions nécessaires pour faire face à ces changements ?
	+ Modifications des objectifs, des indicateurs clés et des résultats escomptés.
	+ Quels changements ou mises à jour devront être apportés au plan de travail du pays ?
* Comment cette demande garantira-t-elle l'intégration de la vaccination contre le papillomavirus dans les activités de routine du PEV du pays ?
* Quelles sont les synergies potentielles et les possibilités d'intégration avec d'autres programmes ou initiatives en cours ou prévus ?
* Comment les changements que vous proposez d'apporter à votre programme aborderont-ils les questions d'équité, des questions socioculturelles et d'égalité entre les hommes et les femmes ?
* Résumez brièvement les engagements en cours/prévus avec les principales parties prenantes (partenaires de l'Alliance, OSC, etc.).
* En ce qui concerne le financement complémentaire du RSS, comment ce financement supplémentaire facilitera-t-il l'amélioration de la couverture et la fourniture durable des vaccins contre le papillomavirus ?

|  |
| --- |
|  |

Difficultés de mise en œuvre et enseignements tirés de l'expérience

Expliquez comment les difficultés rencontrées et les enseignements tirés, notamment en ce qui concerne la mise en œuvre du soutien de Gavi et d'autres partenaires, ont été pris en compte dans la présente demande. Si une analyse des causes profondes de la faible couverture vaccinale a été réalisée, veuillez inclure un résumé des conclusions.

|  |
| --- |
|  |

Budget narratif

Veuillez noter que vous devrez joindre à votre soumission un budget détaillé avec les spécificités de votre demande. Veuillez expliquer brièvement les principaux changements apportés à votre budget précédemment approuvé et les montants financiers demandés comme indiqué ci-dessus (ajustement Ops/MAC, changement de schéma posologique et/ou complément RSS). Veillez à inclure une description des implications que ces changements auront sur vos besoins de cofinancement.

Les subventions de soutien opérationnel, les subventions de remplacement et les fonds complémentaires du RSS ne peuvent être utilisés pour couvrir les mêmes activités et les budgets doivent clairement indiquer les activités distinctes que chaque type de soutien financera afin d'éviter tout double emploi.

Veuillez également mettre en évidence toute contribution supplémentaire attendue d'autres sources (donateurs nationaux ou autres).

|  |
| --- |
|  |

Autres commentaires (facultatif)

Fournir toute information contextuelle supplémentaire pertinente pour cette demande (toute explication qui clarifie davantage les liens possibles, les données ou toute autre considération qui a motivé cette demande).

|  |
| --- |
|  |

Section : éléments spécifiques à la demande

Pour l'ajustement Ops/MAC

Veuillez remplir les tableaux ci-dessous si vous demandez un ajustement Ops/MAC.

**Tableau 1 : Informations sur les vaccins et les cibles pour l'ajustement demandé par le MAC**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Actuellement approuvée | Modification demandée | Explication / Notes |
| Date d'introduction (c'est-à-dire la date prévue pour le MAC) |  |  |  |
| Vaccin / présentation  |  |  |  |
| Calendrier vaccinal (c'est-à-dire calendrier à 1 ou 2 doses) |  |  |  |
| Âge cible |  |  |  |
| Population de la cohorte d'âge cible |  |  |  |
| Population cible à vacciner en fonction de l'objectif de couverture |  |  |  |
| Source de données utilisée pour la population cible |  |  |  |
| Comptabilisation de 10 % ou 5 % de pertes, selon le cas\*.  |  |  |  |
| Autres filles ciblées (uniquement si applicable ; doit être justifié) |  |  |  |
| Total |  |  |  |

*\*Cervarix : 10 % / Gardasil : 5*

**Tableau 2 : Informations ajustées sur l'approvisionnement en vaccins pour les doses MAC**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Année | Vaccin / présentation | Date des dernières données sur les stocks  | Stock actuel  | Doses approuvées mais non encore expédiées (Approbations non expédiées) | Population cible à vacciner en fonction de l'objectif de couverture | Doses de vaccin nécessaires pour couvrir la population cible selon le schéma posologique indiqué | Différence entre les doses nécessaires et le stock actuel + approbations non expédiées |
|  |  |  | *A* | *B* | *C* | *C \* horaire = D* | *D - A +B = E* |
|   |   |  |  |  |  |   |  |
|   |   |  |  |  |  |   |  |

**Tableau 3 : Ajustement demandé pour la prise en charge des coûts opérationnels (Ops) pour le MAC**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *Instructions* | Montant (en US$) | Notes |
| Montant précédemment demandé / approuvé pour les opérations | *Conformément à la demande précédente* |  |  |
| Révision du montant maximal accessible pour les opérations | *0,65/ 0,55/ 0,45 USD (en fonction de la phase de transition du pays) \* nombre de filles ciblées* |  |  |
| **Montant révisé du budget Ops demandé maintenant** | *Conformément au budget révisé joint à la présente demande* |  |  |
| La demande de budget soumise respecte-t-elle le plafond maximal ? | *Oui/Non* |  |  |
| Différence entre le montant des PO approuvé précédemment et la demande révisée de PO | *Budget Ops révisé demandé - montant Ops précédemment approuvé* |  |  |

Pour le changement de changement de schéma posologique VPH

Dans le tableau ci-dessous, veuillez indiquer les cibles et les doses demandées et approuvées précédemment, les changements apportés aux filles ciblées et les doses désormais demandées à la suite du passage à un calendrier de vaccination anti-VPH à une dose.

**Tableau 4 : Informations sur les vaccins et les cibles pour le programme Switch**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Année | Date d'introduction (c'est-à-dire la date à laquelle le pays prévoit de changer de calendrier) | Vaccin / présentation | Calendrier vaccinal (c'est-à-dire calendrier à 1 ou 2 doses) | Âge cible | Population de la cohorte d'âge cible | Population cible à vacciner en fonction de l'objectif de couverture | Source de données utilisée pour la population cible | Comptabilisation de 10 % ou 5 % de pertes, selon le cas | Explication / Notes | Total |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Tableau 5 : Informations sur l'approvisionnement en vaccins**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Année | Vaccin / présentation | Date des dernières données sur les stocks  | Stock actuel  | Doses approuvées mais non encore expédiées (Approbations non expédiées) | Population cible à vacciner en fonction de l'objectif de couverture | Doses de vaccin nécessaires pour couvrir la population cible selon le schéma posologique indiqué | Différence entre les doses nécessaires et le stock actuel + approbations non expédiées |
|  |  |  | *A* | *B* | *C* | *C \* horaire = D* | *D - A +B = E* |
|   |   |  |  |  |  |   |  |
|   |   |  |  |  |  |   |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Tableau 6 : Demande de subvention pour le changement de calendrier de vaccination contre le papillomavirus**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *Instructions* | Montant (en US$) | Notes |
| Montant maximal de l'aide à la commutation accessible | *Calculé comme suit : 0,80 USD \* filles ciblées dans la cohorte de routine ou une somme forfaitaire de 30 000 USD, le montant le plus élevé étant retenu.* |  |  |
| **Modification du montant de la subvention demandée maintenant** | *Conformément au budget joint à la présente demande* |  |  |
| La demande de budget soumise respecte-t-elle le plafond maximal ? | *Oui/Non* |  |  |

**Résumé de l'évaluation de l'impact du changement de calendrier :** le changement de calendrier pour le VPH aura un impact sur une ou plusieurs des six dimensions énumérées ci-dessous. Veuillez remplir le tableau en vous basant sur l'évaluation par le PEV et/ou le NITAG des avantages et des inconvénients du changement de calendrier.

**Tableau 7 : Évaluation simplifiée de l'impact du changement de calendrier (pour le passage du calendrier VPH de 2 doses à 1 dose)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Principaux domaines à prendre en considération** | **Impact potentiel de la commutation sur le pays** |
| **Facilité d'utilisation**(par exemple, dose unique, forme liquide, voie orale, schéma d'administration) | Pas de changement [ ]  Impacté [ ]  | Description :  |
| **Chaîne du froid, transport, exigences en matière de stockage** | Pas de changement [ ]  Impacté [ ]  | Description :  |
| **Efficacité, efficience ou sécurité** | Pas de changement [ ]  Impacté [ ]  | Description :  |
| **Couverture** (acceptabilité, occasions manquées) | Pas de changement [ ]  Impacté [ ]  | Description :  |
| **Viabilité financière** (coût, prix, gaspillage) | Pas de changement [ ]  Impacté [ ]  | Description :  |
| **Approvisionnement** (disponibilité, sécurité, fabrication locale) | Pas de changement [ ]  Impacté [ ]  | Description :  |

 Pour le complément RSS

**Tableau 8 : Complément de prix pour les vaccins contre le papillomavirus**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Instructions*** | **Montant (en US$)** |
| Montant maximum de l'abondement HSS accessible | *Calculée en fonction des besoins* |  |
| **Budget complémentaire HSS demandé maintenant** | *Conformément au budget révisé joint à la présente demande* |  |
| La demande de budget soumise respecte-t-elle le plafond maximal ? | *Oui/Non* |  |

SECTION 4. FORMULAIRE DE SIGNATURE DU GOUVERNEMENT

Le gouvernement de [pays] souhaite étendre le partenariat existant avec Gavi afin d'améliorer le programme de vaccination du pays, et demande spécifiquement par la présente le soutien de Gavi pour le portefeuille décrit dans la présente demande en ce qui concerne

[Cohorte multi âge VPH / Changement de calendrier VPH / Complément HSS].

Le gouvernement de [pays] s'engage à poursuivre le développement des services nationaux de vaccination sur une base durable, conformément aux plans stratégiques nationaux de santé et de vaccination. Le gouvernement demande à Gavi et à ses partenaires de fournir une assistance financière et technique pour soutenir la vaccination comme indiqué dans la présente demande.

*Nous, soussignés, affirmons que les objectifs et les activités de cette demande sont pleinement alignés sur les plans stratégiques nationaux de santé et de vaccination (ou équivalents) et que les fonds nécessaires à la mise en œuvre de toutes les activités, y compris les fonds nationaux et tout cofinancement de vaccins nécessaire, seront inclus dans le budget annuel du ministère de la santé.*

*Nous, soussignés, affirmons en outre que le financement demandé pour les salaires, les compléments de salaire/allocations, les indemnités journalières et les incitations ne fait pas double emploi avec un financement provenant d'autres sources (par exemple, d'autres donateurs).*

*Nous, soussignés, affirmons en outre que les conditions énoncées dans l'accord-cadre de partenariat entre Gavi et le pays, ses annexes et les lettres de décision associées restent pleinement en vigueur et s'appliquent à tout soutien de Gavi accordé dans le cadre de la présente demande.[[1]](#footnote-2)*

|  |
| --- |
| **Ministre de la santé (ou autorité déléguée)** |
| Nom |
| Date |
| Signature |

SECTION 5. DOCUMENTS JUSTIFICATIFS

Pour étayer votre demande, veuillez vous assurer que les informations ou documents suivants sont joints au présent formulaire.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ops / MAC | Changement de calendrier VPH  | HSS Top Up |
| * Version actualisée du **plan de mise en œuvre du vaccin contre le papillomavirus** (modèle fourni)
 | X | X | X |
| * **Plan de travail / chronogramme** d'activités mis à jour
 | X | X | X |
| * **Budgets** actualisés pour toutes les aides financières demandées
 | X | X\* | X |
| * Notification au ministre des finances
 | X |  | X |
| * Notification au ministère de l'éducation (si les écoles sont utilisées comme lieu de livraison)
 | X |  | X |
| * Procès-verbal de la réunion du comité de coordination interagences et/ou du NITAG approuvant la demande
 |  | X |  |

\*Si une subvention au changement de schéma posologique est demandée

1. Si le pays n'a pas encore signé d'accord-cadre de partenariat, les conditions de la présente demande s'appliqueront à tout soutien de Gavi accordé dans le cadre de cette demande. [↑](#footnote-ref-2)