



## **Application Form for Gavi NVS support**

Submitted by

**The Government of Mali**

**for**

Measles 1st and 2nd dose routine and Measles follow-up campaign

## **Gavi terms and conditions**

### **1.2.1 Gavi terms and conditions**

The terms and conditions of the Partnership Framework Agreement (PFA) between Gavi and the Country, including those provisions regarding anti-corruption and anti-terrorism and money laundering, remain in full effect and shall apply to any and all Gavi support made pursuant to this application. The terms and conditions below do not create additional obligations or supersede those of the PFA. In the event the Country has not yet executed a PFA, the terms and conditions of this application shall apply to any and all Gavi support made pursuant to this application.

#### **GAVI GRANT APPLICATION TERMS AND CONDITIONS**

##### **FUNDING USED SOLELY FOR APPROVED PROGRAMMES**

The applicant country ("Country") confirms that all funding provided by Gavi will be used and applied for the sole purpose of fulfilling the programme(s) described in the Country's application. Any significant change from the approved programme(s) must be reviewed and approved in advance by Gavi. All funding decisions for the application are made at the discretion of Gavi and are subject to IRC processes and the availability of funds.

##### **AMENDMENT TO THE APPLICATION**

The Country will notify Gavi in its Joint Appraisal, or in any other agreed annual reporting mechanism, if it wishes to propose any change to the programme(s) description in its application. Gavi will document any change approved by Gavi according with its guidelines, and the Country's application will be amended.

##### **RETURN OF FUNDS**

The Country agrees to reimburse to Gavi all funding amounts that Gavi determines not to have been used for the programme(s) described in its application. The Country's reimbursement must be in US dollars and be provided, unless otherwise decided by Gavi, within sixty (60) days after the Country receives Gavi's request for a reimbursement and be paid to the account or accounts as directed by Gavi.

##### **SUSPENSION/ TERMINATION**

Gavi may suspend all or part of its funding to the Country if it has reason to suspect that funds have been used for purpose other than for the programme(s) described in the Country's application, or any Gavi-approved amendment to the application. Gavi retains the right to terminate its support to the Country for the programme(s) described in its application if a misuse of Gavi funds is confirmed.

##### **NO LIABILITY**

The Country shall be solely responsible for any liability that may arise in connection with: (i) the implementation of any programme(s) in the Country; and (ii) the use or distribution of vaccines and related supplies after title to such supplies has passed to the Country.

Neither party shall be responsible for any defect in vaccines and related supplies, which remain the responsibility of the relevant manufacturer. Gavi shall not be responsible for providing any additional funding to replace any vaccines and related supplies that are, or became, defective or disqualified for whatever reason.

## **INSURANCE**

Unless otherwise agreed with Gavi, the Country shall maintain, where available at a reasonable cost, all risk property insurance on the Programme assets (including vaccines and vaccine related supplies) and comprehensive general liability insurance with financially sound and reputable insurance companies. The insurance coverage will be consistent with that held by similar entities engaged in comparable activities.

## **ANTI-CORRUPTION**

The Country confirms that funds provided by Gavi shall not be offered by the Country to any third person, nor will the Country seek in connection with its application any gift, payment or benefit directly or indirectly that could be construed as an illegal or corrupt practice.

## **ANTI-TERRORISM AND MONEY LAUNDERING**

The Country confirms that funds provided by Gavi shall not be used to support or promote violence, war or the suppression of the general populace of any country, aid terrorists or their activities, conduct money laundering or fund organisations or individuals associated with terrorism or that are involved in money-laundering activities; or to pay or import goods, if such payment or import, to the Country's knowledge or belief, is prohibited by the United Nations Security Council.

## **AUDITS AND RECORDS**

The Country will conduct annual financial audits, and share these with Gavi, as requested. Gavi reserves the right, on its own or through an agent, to perform audits or other financial management assessment to ensure the accountability of funds disbursed to the Country. The Country will maintain accurate accounting records documenting how Gavi funds are used. The Country will maintain its accounting records in accordance with its government-approved accounting standards for at least three years after the date of last disbursement of Gavi funds. If there is any claims of misuse of funds, Country will maintain such records until the audit findings are final. The Country agrees not to assert any documentary privilege against Gavi in connection with any audit.

## **CONFIRMATION OF LEGAL VALIDITY**

The Country and the signatories for the Country confirm that its application, or any other agreed annual reporting mechanism, is accurate and correct and forms legally binding obligations on the Country, under the Country's law, to perform the programme(s) described in its application, as amended, if applicable.

## **COMPLIANCE WITH GAVI POLICIES**

The Country confirms that it is familiar with all Gavi policies, guidelines and processes relevant to the programme(s), including without limitation the Transparency and Accountability Policy (TAP) and complies with the requirements therein. All programme related policies, guidelines and processes are available on Gavi's official website and/or sent to the Country.

## **USE OF COMMERCIAL BANK ACCOUNTS**

The Country is responsible for undertaking the necessary due diligence on all commercial banks used to manage Gavi cash-based support. The Country confirms that it will take all responsibility for replenishing Gavi cash support lost due to bank insolvency, fraud or any other unforeseen event.

## **ARBITRATION**

Any dispute between the Country and Gavi arising out of or relating to its application that is not settled amicably within a reasonable period of time, will be submitted to arbitration at the request of either Gavi or the Country. The arbitration will be conducted in accordance with the then-current UNCITRAL Arbitration Rules. The parties agree to be bound by the arbitration award, as the final adjudication of any such dispute. The place of arbitration will be Geneva, Switzerland. The languages of the arbitration will be English or French.

For any dispute for which the amount at issue is US\$ 100,000 or less, there will be one arbitrator appointed by Gavi. For any dispute for which the amount at issue is greater than US \$100,000 there will be three arbitrators appointed as follows: Gavi and the Country will each appoint one arbitrator, and the two arbitrators so appointed will jointly appoint a third arbitrator who shall be the chairperson.

Gavi will not be liable to the country for any claim or loss relating to the programme(s) described in the application, including without limitation, any financial loss, reliance claims, any harm to property, or personal injury or death. The Country is solely responsible for all aspects of managing and implementing the programme(s) described in its application.

## **Gavi Guidelines and other helpful downloads**

### **1.3.1 Guidelines and documents for download**

Please refer to the relevant guidelines concerning your request for support.

Please ensure to consult and download all documents. It is important to note that some documents must be completed offline, and will need to be uploaded in the final steps of your application.

This application form is designed to collect information needed by Gavi to process requests for support, plan procurement of vaccines, plan technical assistance, track data for future reporting, and more.

A key component of the application is a solid operational plan (New Vaccine Introduction Plan for routine support, or Plan of Action for campaign support), explaining how the country will introduce the vaccine or conduct the envisaged campaign, with a corresponding budget. The New Vaccine Introduction Plan or Plan of Action must be submitted together with this application form and will be considered as the foundation of the support request.

For more information on the documents to submit with your application and what they should contain, please refer to the appropriate guidelines: <http://www.gavi.org/support/process/apply/>

## **Review and update country information**

### **Country profile**

#### **2.1.1 Country profile**

Eligibility for Gavi support

Eligible
----------

Co-financing group

Initial self-financing

Date of Partnership Framework Agreement with Gavi

14 June 2013

Country tier in Gavi's Partnership Engagement Framework

3

Date of Programme Capacity Assessment

July 2016

## 2.1.2 Country health and immunisation data

Please provide the following information on the country's health and immunisation budget and expenditure.

What was the total Government expenditure (US\$) in 2016?

3436296308

What was the total health expenditure (US\$) in 2016?

197499111,206

What was the total Immunisation expenditure (US\$) in 2016?

40985575,67

Please indicate your immunisation budget (US\$) for 2016.

104546121

Please indicate your immunisation budget (US\$) for 2017 (and 2018 if available).

74005877 (2017) 93696965 (2018)

### 2.1.3 National health planning and budgeting cycle, and national planning cycle for immunisation:

The government planning cycle starts on the

1 January

The current National Health Sector Plan (NHSP) is

From

2014

To

2023

Your current Comprehensive Multi-Year Plan (cMYP) period is

2017-2021

Is the cMYP we have in our record still current?

Yes

No

If you selected "No", please specify the new cMYP period, and upload the new cMYP in country documents section.

From

2018

To

2021

If any of the above information is not correct, please provide additional/corrected information or other comments here:

No Response

### 2.1.4 National customs regulations

Please describe local customs regulations, requirements for pre-delivery inspection, and special documentation requirements that are instrumental for the delivery of the vaccine.

Avant l'arrivée des vaccins au pays le fournisseur fait parvenir aux services des douanes à travers la Section Immunisation les documents suivants: la facture, liste de paquetage, certificat d'analyse, certificat de mise à circulation et le protocole d'émission de certificats. A

l'arrivé du vaccin les colis sont soumis à l'inspection avant leurs enlèvement. les et matériels d'injection sont exonérés d'impôt au Mali.

## 2.1.5 National Regulatory Agency

Please provide information on the National Regulatory Agency in the country, including status (e.g. whether it is WHO-certified). Please mention a point of contact with phone number and e-mail address. UNICEF will support the process and may need to communicate licensing requirements to the vaccine manufacturers where relevant.

Au Mali, l'autorité nationale de régulation(ANR) est représentée par la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) qui assure la fonction d'homologation des produits de santé à travers la Division de la Règlementation et suivi de l'exercice de la profession Pharmaceutiques (DR). La DPM a été évaluée par l'OMS en 2006 et l'UEMOA en 2013 sur la mise en œuvre des fonctions règlementaires d'une ANR, ce qui a permis d'apprécier la fonction Homologation au Mali.

L'homologation est nécessaire pour tous les produits (pré- qualifiés ou non pré- qualifiés). La procédure comporte les étapes suivantes :

- réception du dossier ;
- l'évaluation administrative et technique des dossiers par l'équipe de la DPM chargé de l'évaluation des médicaments, vaccins et autres produits immunologiques ;
- Préparation de la note technique pour la commission nationale d'AMM ;
- avis de la Commission d'Enregistrement des produits de Santé (CNAMM) ;
- décision du Ministre de la Santé.

La durée totale de ce processus au Mali est de 120 jours.

## Coverage and Equity

### 2.2.1 Coverage and equity situation analysis

Note: If a recent analysis of the coverage and equity analysis is already available, for example as part of a Joint Appraisal report, you may simply reference the report and section where this information can be found.

Describe national and sub-national evidence on the coverage and equity of immunisation in the country and constraints to improvement. In particular, identify the areas and groups of low coverage or high inequity linked to geographic, socioeconomic, cultural or female literacy considerations, as well as systematically marginalized communities. Specify both the areas and/or populations with low coverage (%) and those with the largest absolute numbers of un-/under-vaccinated children. Among data sources, consider administrative data, coverage surveys, DHS/MCS, equity analyses, Knowledge-Attitude-Practice surveys, and patterns of diseases like measles.

Describe the challenges underlying the performance of the immunisation system, such as:

- o Health work force: availability and distribution;
- o Supply chain readiness;

- o Gender-related barriers: any specific issues related to access by women to the health system;
- o Data quality and availability;
- o Demand generation / demand for immunisation services, immunisation schedules, etc;
- o Leadership, management and coordination: such as key bottlenecks associated with the management of the immunisation programme, the performance of the national/ regional EPI teams, management and supervision of immunisation services, or broader sectoral governance issues;
- o Financing issues related to the immunisation programme that impact the ability to increase coverage, including bottlenecks related to planning, budgeting, disbursement and execution of resources;
- o Other critical aspects: any other aspect identified, for example based on the cMYP, EPI review, PIE, EVM or other country plans, or key findings from available independent evaluations reports.

Describe lessons learned and best practices on the effectiveness of implemented activities to improve coverage and equity; recommendations on changes or new interventions that might be required to accelerate progress (include data to support any findings or recommendations).

Une analyse de l'équité en immunisation au Mali a été intégrée dans le rapport de l'évaluation conjointe 2017 (Voire chapitre 3.1)

Le Mali fait partie des six pays de la sous-région où la couverture vaccinale des enfants de moins de un an n'a cessé de diminuer depuis 2010. En effet, selon les estimations OMS/Unicef, la couverture vaccinale en DTC3 est passée de 75% en 2010 à 68% en 2016. L'objectif visé par le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins en termes d'atteinte de l'équité est de 100% des districts atteignant 80% de couverture en DTC3 dans un pays. Au Mali, selon l'enquête de couverture vaccinale réalisée en 2015 chez les enfants de 12 à 23 mois, seulement 20 districts sur 65 (31%) avaient une couverture vaccinale en DTC3 supérieure ou égale à 80% en fin 2016.

Selon les résultats de l'enquête MICS réalisée en 2015, seulement 55.5% des enfants de 12-23 mois ont reçu trois doses du vaccin pentavalent (DTC-Hib-Hep) au Mali et moins de 25% ont reçu toutes les doses de vaccins requises avant leur premier anniversaire. 20% des enfants n'avaient reçu aucune dose de quelconque vaccin selon la même enquête.

Il existe également des disparités en matière de couverture vaccinale. On constate que c'est dans la région de Bamako qu'elle est la plus élevée (80.5%) et, à l'opposé, dans la région de Gao qu'elle est la plus faible (21%). En outre, la proportion d'enfants vaccinés au penta3 varie avec le niveau d'instruction de la mère, de 51.9% parmi les enfants dont la mère n'a aucune instruction à 59.6% parmi ceux dont la mère a un niveau primaire et à 79.2% pour ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus. Le taux de couverture vaccinale varie aussi avec le niveau économique du ménage de l'enfant, de 38.8% dans les ménages classés dans le quintile le plus bas à 74.5 % dans ceux du quintile le plus élevé. Il n'a pas été observé de différence significative de couverture vaccinale selon le sexe de l'enfant.

L'analyse des données des différentes enquêtes démographiques et de sante réalisées au Mali depuis 1995 montre que ces écarts de couverture vaccinale sont persistants dans le temps. En effet, l'écart de couverture vaccinale selon les régions n'a pas changé sur les vingt dernières années malgré une progression globale de la couverture vaccinale. Pour les autres déterminants, une réduction des écarts était perceptible entre 2000 et 2005 avec rechute à partir de 2010.

Devant la persistance de la stagnation de la couverture vaccinale dans certaines régions et districts sur une longue période et malgré les efforts déployés, il est apparu opportun



d'investiguer les principales causes de cette situation. 11 districts prioritaires (Bafoulabé, Diéma, Kéniéba, Kita, Bougouni, Koutiala, Yorosso, Macina, Niono, Commune1 et Commune 6) ont été sélectionnés sur base du nombre élevé d'enfants non vaccinés, le du taux d'abandon et l'incidence de maladies épidémiques évitables par la vaccination (e.g rougeole) pour abriter les ateliers d'analyse des goulots d'étranglement à l'accès et l'utilisation des services de vaccination.

Les principaux goulots d'étranglement identifiés lors des ateliers déjà réalisés dans certains districts sont essentiellement :

- La faible disponibilité des intrants de vaccination dans les formations sanitaires consécutives à des ruptures de stock en vaccins et ruptures de chaîne de froid.
- L'insuffisance quantitative et qualitative de ressources humaines pour la vaccination
- La faible accessibilité géographique des structures de soins avec faible mise en œuvre des stratégies avancées.
- Une faible utilisation des services de vaccination avec un fort taux de déperditions sur le calendrier vaccinal.

L'analyse des goulots d'étranglement a permis de relever les principales causes suivantes :

- Absence de microplans des activités de vaccination au niveau des formations sanitaires
- Non maîtrise de la population cible (l'utilisation des données du RGPH n'est pas applicable au niveau des formations sanitaires).
- Méconnaissance des populations difficiles d'accès et absence d'actions orientées vers elles
- Mauvaise planification/analyse des stratégies avancées et non intégration d'autres interventions de SMI.
- Absence de stratégies de recherche des perdus de vue.
- Faible qualité des supervisions formative.
- Absence d'analyse régulière des performances du PEV (pas de réunion mensuelle de monitoring avec ASACO).
- Faible implication/participation communautaire (absence de cartographie sociale des parties prenantes).

Parallèlement à l'analyse des goulots d'étranglement du système de vaccination, une analyse des communautés difficiles d'accès a été réalisée dans les 11 districts prioritaires. Les résultats de cette analyse ont identifiés comme communautés difficiles d'accès :

- Les nomades : Ce sont des groupes de communautés d'éleveurs et de bergers transhumants, sans village fixe, qui se déplacent à la recherche de points d'eau et de pâturages pour leurs animaux. Ils sont caractérisés par leur grande mobilité et l'absence d'habitats permanents fixes, mais ils suivent généralement des itinéraires précis en fonction de la période de l'année.
- Communautés occupant le lit des fleuves (Niger et Senegal) : Pêcheurs, elles sont installées de façon périodique, le long des fleuves à la recherche de poissons. Elles sont caractérisées par leur grande mobilité, changeant de site au rythme de la crue et de la décrue, et en suivant le mouvement migratoire des poissons.
- Populations dispersées/éloignées : agriculteurs à la recherche constante de champs fertiles, ce sont des populations vivant dans des habitats dispersés sur de grande surface, souvent très loin de leurs villages d'origine ou elles sont recensées. Elles sont installées dans des sites difficiles à atteindre pendant la période hivernale et la période des récoltes.
- Communautés affectées par les conflits : ce sont des communautés vivant dans les zones d'insécurité des régions du centre et du nord du pays.
- Communautés vivant sur les sites d'orpaillage : venant de divers horizons dont les pays frontaliers (Burkina Faso, Guinée, Sénégal et Côte d'Ivoire). Elles se déplacent d'un site à un autre à la recherche de l'or. Elles sont caractérisées par leur grande mobilité. Ces communautés sont constamment renouvelables en fonction de la teneur en or des dites localités. Ces communautés sont organisées en associations gérées par des leaders

appelés Ton Boloman qui sont très influents.

- Groupes religieux extrémistes (sunnites et pieds nus) : qui pensent que la protection est divine et ne veulent pas que les femmes fréquentent les lieux publics. Ils rejettent tout ce qui est moderne ou venant de l'occident. On les retrouve dans les régions du centre et du nord du pays.

- Populations périurbaines : Population vivant dans les quartiers spontanés aux abords des grandes villes sur les collines et en milieu périurbain, elles sont constituées en majorité de vendeuses ambulantes, de jardiniers, d'aide-ménagères, d'ouvriers saisonniers et des migrants. Elles sont caractérisées par la précarité.

- Les communautés sans domicile fixe : elles sont composées de mendiants qui vivent dans certains lieux publics dans les grandes villes : mosquées, le long des grandes artères, marchés, gares routières. Elles sont caractérisées par la grande précarité.

Au cours de l'analyse de l'équité en immunisation, les obstacles retenus comme limitant l'accès des communautés difficiles aux services de vaccination sont :

- Méconnaissance de certaines populations difficiles d'accès par les gestionnaires des services de santé et absence d'actions orientées vers elles : en effet, avant l'exercice d'analyse de l'équité, le processus de microplanification ne prenait pas en compte l'identification des populations difficiles d'accès.

- Non prise en compte des communautés dispersées et éloignées de leurs villages dans la microplanification des activités de vaccination. En effet, elles ne figuraient pas sur la cartographie des aires de santé.

- Absence de cartographie des itinéraires des populations nomades (pasteurs et pêcheurs).

- Couverture insuffisante des communautés par la programmation et la réalisation des stratégies de vaccination.

- Absence ou insuffisance de cadre d'échanges avec les responsables communautaires sur l'organisation et la réalisation des stratégies de vaccination.

- Absence de cartographie sociale des acteurs potentiels dans l'organisation et la mise en œuvre des stratégies de vaccination.

- L'organisation insuffisante des services de vaccination dans les grandes villes : horaires inadaptés avec la longue file d'attente

- Absence de stratégies orientées vers les enfants des quartiers périurbains et des quartiers pauvres des villes

Dans les 11 districts prioritaires, des plans d'actions ont été développés pour la période 2018 et visent à améliorer l'accès des populations difficiles d'accès aux services de vaccination tout en levant les goulots d'étranglement du système de vaccination.

Les principales interventions pro-équité identifiées sont entre autres: - Participer à la mise à jour des microplans des districts prioritaires et à la sélection des interventions pro-équité

- Elaboration de la cartographie sociale des intervenants en vaccination aussi bien au niveau des districts prioritaires qu'au niveau des aires de santé

- Mise en place du registre communautaire de vaccination dans les aires de santé des districts prioritaires

- Analyse des données DVDMT et DIHS2 lors de sessions de revues trimestrielles des données du PEV et partage de feed-back.

- Mise en place d'un cadre de suivi et de monitoring des interventions orientées vers les communautés difficiles d'accès,

- suivi trimestriel des tableaux de bord et des goulots d'étranglements du système de vaccination des districts prioritaires

- Documentation de l'utilisation de la téléphonie mobile pour la récupération des abandons dans la ville de Bamako et autres innovations

- Mise en place d'un cadre de redevabilité des différents intervenants en matière de vaccination.

## Country documents

### 2.3.1 Upload country documents

Please provide **country documents** that are relevant for the national immunisation programme and for multiple vaccines, to be taken into account in the review of your application. If you have already provided one or more of these country documents, you do not need to upload it/them again unless the document version changed. If documents cannot be provided, please use the comment functionality to explain why, or by when they will be available.

Note that only general country documents are uploaded here; at the end of section 3 (sub-section "Upload new application documents") you will be required to provide those documents that are specific to the support requested (for example the new vaccine introduction plan and/or campaign plan of action, new budget, application endorsements etc.)

### Coordination and advisory groups documents



---

**National Coordination Forum  
Terms of Reference**

ICC, HSCC or equivalent

[Décision création CCIA\\_20-12-17\\_14.36.46.pdf](#)



---

**National Coordination Forum  
meeting minutes of the past  
12 months**

[CR-CCIA\\_20-12-17\\_12.58.05.zip](#)

### Other documents



---

**Other documents (optional)**

Please also provide other country documents to support the review of the applications, for example Health Facility Assessment Reports, Knowledge-Attitude-Practice surveys or other demand-related surveys, if available.

[Plan stratégique Com PEV VERSION F +C4D + budget\\_20-12-17\\_13.25.20.doc](#)

## Country and planning documents

✓	<b>Country strategic multi-year plan</b> Comprehensive Multi-Year Plan for Immunisation (cMYP) or equivalent country strategic plan	<a href="#">MALI_PPAC_2017-2021_final_mai_2017_20-12-17_12.23.28.pdf</a>
✓	<b>Country strategic multi-year plan / cMYP costing tool</b>	<a href="#">cMYP_Costing_Tool_V3.9.3 (5)_20-12-17_12.25.50.xlsx</a>
✓	<b>Effective Vaccine Management (EVM) assessment</b>	<a href="#">Rapport_final_GEV_MALI_25_Août_15_Septembre_2014_Copy_20-12-17_12.33.54.pdf</a>
✓	<b>Effective Vaccine Management (EVM): most recent improvement plan progress report</b>	<a href="#">Rapport GEV 2014 W (1) 06 07 2017_20-12-17_12.36.13.docx</a>
✓	<b>Data quality and survey documents: Final report from most recent survey containing immunisation coverage indicators</b>	<a href="#">ENCVA_Rapport_Final_110516_20-12-17_12.38.30.pdf</a>
✓	<b>Data quality and survey documents: Immunisation data quality improvement plan</b>	<a href="#">Plan stratégique DQS V 18-05-2016_20-12-17_12.45.34.doc</a>
	<b>Data quality and survey documents: Report from most</b>	<b>No file uploaded</b>

---

**recent desk review of  
immunisation data quality**

---

**Data quality and survey  
documents: Report from most  
recent in-depth data quality  
evaluation including  
immunisation**

No file uploaded

---

**Human Resources pay scale**

If support to the payment of salaries,  
salary top ups, incentives and other  
allowances is requested

No file uploaded

## Measles follow-up campaign

### Vaccine and programmatic data

#### 3.1.1.1 Choice of presentation and dates

For each type of support please specify start and end date, and preferred presentations.  
Measles follow-up campaign

Preferred presentation	M, 10 doses/vial, Iyo
Is the presentation licensed or registered?	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2nd preferred presentation	
Is the presentation licensed or registered?	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Required date for vaccine and supplies to arrive	31 March 2018
Planned launch date	23 April 2018
Support requested until	2018

#### 3.1.1.2 Vaccine presentation registration or licensing

If any of the selected presentations are not yet licensed or registered, please describe the duration of the registration or licensing procedure, whether the country's regulations allow the expedited procedure for national registration of WHO-pre-qualified vaccines, and confirm whether the licensing procedure will be completed ahead of the introduction or campaign.

No Response

### 3.1.1.3 Vaccine procurement

Gavi expects that most countries will procure vaccine and injection supplies through UNICEF or PAHO's Revolving Fund.

Does the country request an alternative mechanism for procurement and delivery of vaccine supply (financed by the country or Gavi)?

Yes  No

If you have answered yes, please attach the following in the document upload section:\* A description of the mechanism, and the vaccines or commodities to be procured by the country through this mechanism.\* A confirmation that vaccines will be procured from the WHO list of pre-qualified vaccines, indicating the specific vaccine from the list of pre-qualification. OR, for the procurement of locally-produced vaccines directly from a manufacturer which may not have been prequalified by WHO, a confirmation should be provided that the vaccines purchased comply with WHO's definition of quality vaccines, for which there are no unresolved quality problems reported to WHO, and for which compliance is assured by a fully functional National Regulatory Authority (NRA), as assessed by WHO in the countries where they are manufactured and where they are purchased.

### Target Information

#### 3.1.2.1 Targets for campaign vaccination

Gavi will always provide 100% of the doses needed to vaccinate the population in the target age cohort.

Please describe the target age cohort for the measles follow-up campaign:

From 9 weeks  months  years

To 5 weeks  months  years

	2018
Population in target age cohort (#)	3,501,810

Target population to be vaccinated (first dose) (#)	3,501,810
Estimated wastage rates for preferred presentation (%)	5

### 3.1.2.2 Targets for measles routine first dose (M1)

To be eligible for measles and rubella vaccine support, **countries must be fully financing with domestic resources the measles mono-valent vaccine component of MCV1** which is already in their national immunisation schedule, or have firm written commitments to do so. Please provide information on the targets and total number of doses procured for measles first dose.

	2018
Population in the target age cohort (#)	3,501,810
Target population (first dose) (#)	3,501,810
Number of doses procured	3,710,860

## Co-financing information

### 3.1.3.1 Vaccine and commodities prices

Price per dose (US\$) - Measles follow-up campaign  
2018

10 doses/vial,lyo	0.27
-------------------	------

Commodities Price (US\$) - Measles follow-up campaign (applies only to preferred presentation)  
2018

AD syringes	0.04
Reconstitution syringes	0.04
Safety boxes	0.47
Freight cost as a % of device value	0.03

### 3.1.3.2 Country choice of co-financing amount per vaccine dose

The table below shows the estimated financial commitment for the procurement of vaccines and supplies for the country, and the portion of Gavi support

2018	
Country co-financing share per dose (%)	2
Minimum Country co-financing per dose (US\$)	0.01
Country co-financing per dose (enter an amount equal or above minimum)(US\$)	0.01

### 3.1.3.3 Estimated values to be financed by the country and Gavi for the procurement of supply

Measles follow-up campaign  
2018

Vaccine doses financed by Gavi (#)	3,552,600
Vaccine doses co-financed by Country (#)	124,400
AD syringes financed by Gavi (#)	3,852,000
AD syringes co-financed by Country (#)	
Reconstitution syringes financed by Gavi (#)	404,500
Reconstitution syringes co-financed by Country (#)	
Safety boxes financed by Gavi (#)	46,825



Safety boxes co-financed by Country (#)	
Freight charges financed by Gavi (\$)	108,503
Freight charges co-financed by Country (\$)	3,798

	2018
Total value to be co-financed (US\$) Country	37,000
Total value to be financed (US\$) Gavi	1,246,000
Total value to be co-financed (US\$)	1,283,000

### 3.1.3.4 Estimated projection of the required domestic financing for the measles monovalent component of MCV1

Countries are required to domestically finance the first dose in their measles containing vaccine routine (MCV1) in order to be able to receive Gavi support for any measles/ measles-rubella programmes. Below is the estimated projection of the required domestic financing for MCV1, based on the information provided in the previous sections.

	2018
Minimum number of doses financed from domestic resources	
Country domestic funding (minimum)	

### 3.1.3.5 Co-financing payment

Please indicate the process for ensuring that the co-financing payments are made in a timely manner.

Le pays soumettra dès l'acceptation de la demande de soutien une demande de cotation du prix des vaccins et matériels de vaccination retenus dans la part de cofinancement à

Copenhague. Comme pour les vaccins de routine, le pays libèrera l'équivalent de la valeur de cotation sur son compte logé à Copenhague.

Following the regulations of the internal budgeting and financing cycles the Government will annually release its portion of the co-financing funds in the month of:

March

The payment for the first year of co-financed support will be made in the month of:

Month

March

Year

2018

## Financial support from Gavi

### 3.1.4.1 Campaign operational costs support grant(s)

Measles follow-up campaign  
Population in the target age cohort (#)

3,501,810

Gavi contribution per person in the target age cohort (US\$)

0.65

Total in (US\$)

2,276,176.5

Funding needed in country by

31 March 2018

### 3.1.4.2 Operational budget

Please complete the Gavi budgeting and planning template to document how the Campaign Operational Costs support grant will be used to facilitate the timely and effective implementation of critical activities in advance of and during the campaign.

If Gavi's support is not enough to cover the full needs please indicate how much and who will be complementing the funds needed in the Operational Budget template.

Total amount - Gov. Funding / Country Co-financing (US\$)

430654

Total amount - Other donors (US\$)

0

Total amount - Gavi support (US\$)

17120

Amount per target person - Gov. Funding / Country Co-financing (US\$)

0

Amount per target person - Other donors (US\$)

0

Amount per target person - Gavi support (US\$)

0

### 3.1.4.3 Financial management procedures

Please describe the financial management procedures that will be applied for the management of the NVS direct financial support, including any procurement to be incurred.

Un protocole d'accord signé lie l'Etat à l'UNICEF pour la fourniture de vaccins, consommables et équipements connexes. Au niveau central, une prévision pluriannuelle des besoins en vaccins et matériels d'injection est disponible.  
Pour la vaccination systématique (routine), la gestion financière des coûts opérationnels généralement supportés par les partenaires se fait à travers les procédures de chaque bailleur. Les procédures de l'Etat s'applique aux financements faits par les collectivités à qui l'Etat a transféré des ressources pour le PEV.  
Les campagnes sont presque entièrement financés par GAVI à travers l'OMS. Dans ces cas la

gestion financière se fait suivant l'approche harmonisée des transferts d'espèces aux partenaires d'exécution (HACT).

#### 3.1.4.4 Fiduciary management

Please indicate whether funds for operational costs should be transferred to the government or WHO and/or UNICEF and when funding is expected to be needed in country. Attach banking form if funding should be transferred to the government. Please note that UNICEF and WHO will require administrative fees as follows.

Based on the current challenges in implementing the FMA recommendations, the country is suggesting the VIG to be channelled through UNICEF. However, if the FMA recommendations are resolved before the VIG disbursement, then the country would prefer the funds to be sent through the government financial system.

- o UNICEF Tripartite Agreement: 5%
- o UNICEF Bilateral Agreement: 8%
- o WHO Bilateral Agreement: 7%.

Les fonds seront gérés par l'OMS avec le 7%

#### 3.1.4.5 Use of financial support to fund additional Technical Assistance needs

Gavi funds through its Partner Engagement Framework / TCA, tailored and differentiated technical assistance in response to specific country needs. Please review the currently approved technical assistance plan (also referred to as the "One TA plan") with a view to assess that required support for the implementation of the new vaccine support is contained in the approved technical assistance plan. If gaps in technical assistance are identified for the new vaccine support, the additionally required technical assistance may be funded through the vaccine introduction grant or campaign operational costs support. In this case, the relevant costs must be reflected in the budgeting and planning template. In addition, please indicate the programmatic areas for additional technical assistance needs and the respective agencies providing the technical assistance (if already identified) below.

Le staff de l'OMS pays sera mis en oeuvre pour la gestion des coûts opérationnels de la campagne de l'introduction de la 2ème dose.

### Strategic considerations

#### 3.1.5.1 Rationale for this request

Describe the rationale for requesting these new programme(s), including the burden of disease. If already included in detail in the Campaign Plan of Action, please cite the sections only.

Cette partie est traitée dans le plan d'action AVS au niveau de la section II analyse situationnelle.

### **3.1.5.2 Alignment with country strategic multi-year plan / comprehensive multi-year plan (cMYP)**

Please describe how the plans and key assumptions in this request align with the most recent country strategic multi-year plan (cMYP) and other national health and immunisation plans.

L'introduction de la 2ème dose de VAR et la campagne de suivi sont prises en compte dans le PPAC 2017-2021 dans la rubrique prestation de service page 102. se référé au PPAC pour les détails.

### **3.1.5.3 Coordination Forum (ICC, HSCC or equivalent) and technical advisory committee (NITAG)**

Provide a description of the roles of the national Coordination Forum (ICC, HSCC or equivalent body) and national immunization technical advisory group (NITAG) in developing this request. If any of Gavi's requirements to ensure basic functionality of the relevant national Coordination Forum (ICC, HSCC or equivalent) were not met, please describe the reasons and the approach to address this. Requirements can be found in the general application guidelines.

In the absence of a NITAG, countries should clarify the role and functioning of the advisory group and describe plans to establish a NITAG.

Le comité de Coordination Inter-Agence (CCIA) a été mis en place le 29 novembre 2002 par décision N° 0824/MS-SG pour le renforcement des services de vaccination et de la pérennisation de la vaccination au Mali. Placé sous la présidence du Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique, le comité est composé :

Président : Le Ministre de la santé

Membres : le secrétaire Général du Ministère de la santé ;

- le conseiller technique chargé du PEV ;

- le Directeur National de la Santé ;

- le Directeur des Finances et du Matériels du Ministère de la santé ;

- le représentant du Ministère de l'Economie et des Finances ;

- les représentants des organisations internationales présentes au Mali ;

Le comité de Coordination Inter-agences se réunit une fois par trimestre ou au besoin, sur convocation de son président. Il statue sur les dossiers qui lui sont soumis par le comité technique d'exécution et de suivi.

Le Secrétariat du comité de coordination Inter-agences est assuré par le conseiller technique à la communication du Ministère de la Santé.

Le comité Technique d'exécution et de suivi se réunit une fois par mois. Toutefois, il peut se réunir sur convocation de son Président chaque fois que de besoin.

Le secrétariat du comité technique d'exécution et suivi est assuré par la Section Immunisation.

Le CCIA est l'organe décisionnel de la gestion des fonds alloués aux activités de vaccination y compris ceux provenant de l'initiative GAVI et valide tous les documents du PEV.

### 3.1.5.4 Financial sustainability

Please discuss the financing-related implications of the new vaccine programs requested, particularly how the government intends to fund the additional co-financing obligations. Please mention if any defaults occurred in the last three years and, if so, describe any mitigation measures that have been implemented to avoid future defaults. Additionally has the country taken into account future transition from Gavi support?

Le financement des vaccins et consommables est assuré en grande partie par le budget d'Etat depuis 1996 dans le cadre de l'Initiative pour l'Indépendance Vaccinale en Afrique. A cet effet, une ligne budgétaire pour l'achat des vaccins et consommables, a été inscrite au budget national. Chaque année, les vaccins traditionnels et leurs consommables (BCG, VPO, VAR et VAT) sont financés entièrement sur budget d'Etat.

Le budget de l'Etat contribue également au cofinancement des vaccins sous utilisés et des nouveaux vaccins.

Malgré la réduction du budget alloué à la santé due à la crise politico-institutionnelle et sécuritaire de 2012 - 2013, le budget alloué à la vaccination est resté constant. Cependant des actions sont prévues dans le PPAC 2017-2021 pour assurer une plus grande viabilité financière. Ces actions visent à assurer la durabilité et la mobilisation à temps des ressources financières pour le PEV dans la perspective de compensation de l'appui de GAVI.

### 3.1.5.5 Programmatic challenges

Summarise programmatic challenges that need to be addressed to successfully implement the requested vaccine support, and describe plans for addressing those. These may include plans to address the barriers identified in the coverage and equity situation analysis section, and include vaccine supply chain, demand generation/ community mobilisation, data quality/ availability/ use and leadership, management and coordination, etc.

L'introduction des nouveaux vaccins dans le programme a eu quelques difficultés à savoir: insuffisance de capacité de stockage, introduction par étape, la survenue d'épidémie Ebola à porté mondial et l'insécurité résiduelle dans les régions nord du pays.

Il ressort de ces expériences que le succès de l'introduction d'un vaccin repose sur plusieurs paramètres notamment :

- l'élaboration d'un plan d'introduction ;
- l'existence d'une capacité suffisante de stockage des vaccins au niveau central, régional et district ;
- l'élaboration d'un chronogramme de mise en œuvre des activités au niveau central et dans toutes les régions ;
- l'introduction simultanée du vaccin dans tous les districts sanitaires ;
- l'actualisation des supports de gestion du PEV ;
- la formation des acteurs au niveau central, régional et district avant l'introduction ;
- l'existence d'une capacité suffisante de gestion des déchets ;
- l'existence et le fonctionnement d'un système de gestion des manifestations adverses post immunisation (MAPI) ;
- la supervision des activités de vaccination après l'introduction.

### 3.1.5.6 Improving coverage and equity of routine immunisation

Explain how the proposed NVS support will be used to improve the coverage and equity of routine immunisation, by detailing the proposed activities and budget will contribute to overcoming key barriers.

Une analyse de l'équité en immunisation au Mali a été intégrée dans le rapport de l'évaluation conjointe 2017 (Voir chapitre 3.1)

Le Mali fait partie des six pays de la sous-région où la couverture vaccinale des enfants de moins de un an n'a cessé de diminuer depuis 2010. En effet, selon les estimations OMS/Unicef, la couverture vaccinale en DTC3 est passée de 75% en 2010 à 68% en 2016. L'objectif visé par le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins en termes d'atteinte de l'équité est de 100% des districts atteignant 80% de couverture en DTC3 dans un pays. Au Mali, selon l'enquête de couverture vaccinale réalisée en 2015 chez les enfants de 12 à 23 mois, seulement 20 districts sur 65 (31%) avaient une couverture vaccinale en DTC3 supérieure ou égale à 80% en fin 2016.

Selon les résultats de l'enquête MICS réalisée en 2015, seulement 55.5% des enfants de 12-23 mois ont reçu trois doses du vaccin pentavalent (DTC-Hib-Hep) au Mali et moins de 25% ont reçu toutes les doses de vaccins requises avant leur premier anniversaire. 20% des enfants n'avaient reçu aucune dose de quelconque vaccin selon la même enquête.

Il existe également des disparités en matière de couverture vaccinale. On constate que c'est dans la région de Bamako qu'elle est la plus élevée (80.5%) et, à l'opposé, dans la région de Gao qu'elle est la plus faible (21%). En outre, la proportion d'enfants vaccinés au penta3 varie avec le niveau d'instruction de la mère, de 51.9% parmi les enfants dont la mère n'a aucune instruction à 59.6% parmi ceux dont la mère a un niveau primaire et à 79.2% pour ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus. Le taux de couverture vaccinale varie aussi avec le niveau économique du ménage de l'enfant, de 38.8% dans les ménages classés dans le quintile le plus bas à 74.5% dans ceux du quintile le plus élevé. Il n'a pas été observé de différence significative de couverture vaccinale selon le sexe de l'enfant.

L'analyse des données des différentes enquêtes démographiques et de santé réalisées au Mali depuis 1995 montre que ces écarts de couverture vaccinale sont persistants dans le temps. En effet, l'écart de couverture vaccinale selon les régions n'a pas changé sur les vingt dernières années malgré une progression globale de la couverture vaccinale. Pour les autres déterminants, une réduction des écarts était perceptible entre 2000 et 2005 avec rechute à partir de 2010.

Devant la persistance de la stagnation de la couverture vaccinale dans certaines régions et districts sur une longue période et malgré les efforts déployés, il est apparu opportun d'investiguer les principales causes de cette situation. 11 districts prioritaires (Bafoulabé, Diéma, Kéniéba, Kita, Bougouni, Koutiala, Yorosso, Macina, Niono, Commune 1 et Commune 6) ont été sélectionnés sur base du nombre élevé d'enfants non vaccinés, le du taux d'abandon et l'incidence de maladies épidémiques évitables par la vaccination (e.g rougeole) pour abriter les ateliers d'analyse des goulots d'étranglement à l'accès et l'utilisation des services de vaccination.

Les principaux goulots d'étranglement identifiés lors des ateliers déjà réalisés dans certains districts sont essentiellement :

- La faible disponibilité des intrants de vaccination dans les formations sanitaires consécutives à des ruptures de stock en vaccins et ruptures de chaîne de froid.
- L'insuffisance quantitative et qualitative de ressources humaines pour la vaccination
- La faible accessibilité géographique des structures de soins avec faible mise en œuvre des stratégies avancées.
- Une faible utilisation des services de vaccination avec un fort taux de déperditions sur le

calendrier vaccinal.

L'analyse des goulots d'étranglement a permis de relever les principales causes suivantes :

- Absence de microplans des activités de vaccination au niveau des formations sanitaires
- Non maîtrise de la population cible (l'utilisation des données du RGPH n'est pas applicable au niveau des formations sanitaires).
- Méconnaissance des populations difficiles d'accès et absence d'actions orientées vers elles
- Mauvaise planification/analyse des stratégies avancées et non intégration d'autres interventions de SMI.
- Absence de stratégies de recherche des perdus de vue.
- Faible qualité des supervisions formative.
- Absence d'analyse régulière des performances du PEV (pas de réunion mensuelle de monitoring avec ASACO).
- Faible implication/participation communautaire (absence de cartographie sociale des parties prenantes).

Parallèlement à l'analyse des goulots d'étranglement du système de vaccination, une analyse des communautés difficiles d'accès a été réalisée dans les 11 districts prioritaires. Les résultats de cette analyse ont identifiés comme communautés difficiles d'accès :

- Les nomades : Ce sont des groupes de communautés d'éleveurs et de bergers transhumants, sans village fixe, qui se déplacent à la recherche de points d'eau et de pâturages pour leurs animaux. Ils sont caractérisés par leur grande mobilité et l'absence d'habitats permanents fixes, mais ils suivent généralement des itinéraires précis en fonction de la période de l'année.
- Communautés occupant le lit des fleuves (Niger et Senegal) : Pêcheurs, elles sont installées de façon périodique, le long des fleuves à la recherche de poissons. Elles sont caractérisées par leur grande mobilité, changeant de site au rythme de la crue et de la décrue, et en suivant le mouvement migratoire des poissons.
- Populations dispersées/éloignées : agriculteurs à la recherche constante de champs fertiles, ce sont des populations vivant dans des habitats dispersés sur de grande surface, souvent très loin de leurs villages d'origine ou elles sont recensées. Elles sont installées dans des sites difficiles à atteindre pendant la période hivernale et la période des récoltes.
- Communautés affectées par les conflits : ce sont des communautés vivant dans les zones d'insécurité des régions du centre et du nord du pays.
- Communautés vivant sur les sites d'orpaillage : venant de divers horizons dont les pays frontaliers (Burkina Faso, Guinée, Sénégal et Cote d'Ivoire). Elles se déplacent d'un site à un autre à la recherche de l'or. Elles sont caractérisées par leur grande mobilité. Ces communautés sont constamment renouvelables en fonction de la teneur en or des dites localités. Ces communautés sont organisées en associations gérées par des leaders appelés Ton Boloman qui sont très influents.
- Groupes religieux extrémistes (sunnites et pieds nus) : qui pensent que la protection est divine et ne veulent pas que les femmes fréquentent les lieux publics. Ils rejettent tout ce qui est moderne ou venant de l'occident. On les retrouve dans les régions du centre et du nord du pays.
- Populations périurbaines : Population vivant dans les quartiers spontanés aux abords des grandes villes sur les collines et en milieu périurbain, elles sont constituées en majorité de vendeuses ambulantes, de jardiniers, d'aide-ménagères, d'ouvriers saisonniers et des migrants. Elles sont caractérisées par la précarité.
- Les communautés sans domicile fixe : elles sont composées de mendiants qui vivent dans certains lieux publics dans les grandes villes : mosquées, le long des grandes artères, marches, gares routières. Elles sont caractérisées par la grande précarité.

Au cours de l'analyse de l'équité en immunisation, les obstacles retenus comme limitant l'accès des communautés difficiles aux services de vaccination sont :



- Méconnaissance de certaines populations difficiles d'accès par les gestionnaires des services de santé et absence d'actions orientées vers elles : en effet, avant l'exercice d'analyse de l'équité, le processus de microplanification ne prenait pas en compte l'identification des populations difficiles d'accès.
- Non prise en compte des communautés dispersées et éloignées de leurs villages dans la microplanification des activités de vaccination. En effet, elles ne figuraient pas sur la cartographie des aires de santé.
- Absence de cartographie des itinéraires des populations nomades (pasteurs et pêcheurs).
- Couverture insuffisante des communautés par la programmation et la réalisation des stratégies de vaccination.
- Absence ou insuffisance de cadre d'échanges avec les responsables communautaires sur l'organisation et la réalisation des stratégies de vaccination.
- Absence de cartographie sociale des acteurs potentiels dans l'organisation et la mise en œuvre des stratégies de vaccination.
- L'organisation insuffisante des services de vaccination dans les grandes villes : horaires inadaptés avec la longue file d'attente
- Absence de stratégies orientées vers les enfants des quartiers périurbains et des quartiers pauvres des villes

Dans les 11 districts prioritaires, des plans d'actions ont été développés pour la période 2018 et visent à améliorer l'accès des populations difficiles d'accès aux services de vaccination tout en levant les goulots d'étranglement du système de vaccination.

Les principales interventions pro-équité identifiées sont entre autres: - Participer à la mise à jour des microplans des districts prioritaires et à la sélection des interventions pro-équité

- Elaboration de la cartographie sociale des intervenants en vaccination aussi bien au niveau des districts prioritaires qu'au niveau des aires de santé
- Mise en place du registre communautaire de vaccination dans les aires de santé des districts prioritaires
- Analyse des données DVDMT et DIHS2 lors de sessions de revues trimestrielles des données du PEV et partage de feed-back.
- Mise en place d'un cadre de suivi et de monitoring des interventions orientées vers les communautés difficiles d'accès,
- suivi trimestriel des tableaux de bord et des goulots d'étranglements du système de vaccination des districts prioritaires
- Documentation de l'utilisation de la téléphonie mobile pour la récupération des abandons dans la ville de Bamako et autres innovations
- Mise en place d'un cadre de redevabilité des différents intervenants en matière de vaccination.

### 3.1.5.7 Synergies

Describe potential synergies across planned introductions or campaigns. If relevant, comment on capacity and appropriate systems to introduce multiple vaccines in a year. Also describe how the country will mitigate any programmatic and financial risks associated with multiple introductions.

Un plan spécifique de communication pour l'introduction de la deuxième dose de vaccin anti rougeoleux sera élaboré. Ce plan mettra l'accent sur les raisons et les avantages de l'introduction de la deuxième dose et le nouveau calendrier vaccinal.

Le monitoring permettra de montrer que les ressources allouées au programme ont été utilisées efficacement, non seulement pour atteindre la population cible en termes de

couverture vaccinale mais aussi pour réduire la charge de morbidité et de la mortalité liées à la rougeole.

### 3.1.5.8 Indicative major measles and rubella activities planned for the next 5 years

Summarise in one paragraph the indicative major measles and rubella activities planned for the next five years that are reflected in the annual EPI plan (e.g. measles second dose introduction, measles or measles-rubella follow up campaign, etc.).

Le Mali a élaboré un plan stratégique national d'élimination de la rougeole 2013-2020. Le présent plan stratégique dont le but est de parvenir à l'élimination complète de la rougeole au Mali d'ici la fin 2020, a comme principales approches stratégiques :

- Améliorer l'accès,
- Assurer l'équité,
- Promouvoir l'intégration,
- Favoriser et renforcer les partenariats,
- Assurer un soutien politique et de financement,
- Assurer une gestion du programme basée sur l'analyse des données,
- Assurer le plaidoyer, la mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportement.

Dans le cadre de l'introduction de la 2ème dose de VAR le pays a élaboré deux plans (introduction et AVS) avec l'appui technique de l'OMS. les activités principales retenues pour l'introduction de la 2ème dose de VAR et la campagne de suivi se résume en:

La révision des supports du programme;  
Les formations en cascade;  
L'élaboration d'un plan de communication;  
La supervision formative à tous les niveaux;  
Le renforcement de la surveillance cas par cas de la rougeole à tous les niveaux;  
La microplanification;  
L'évaluation post introduction et de la campagne;  
La mise en place des intrants à tous les niveaux etc..

## Report on Grant Performance Framework

### 3.1.6.1 Grant Performance Framework – Application Instructions

The Grant Performance Framework (GPF) contains all indicators that will be used to monitor programmatic performance for your requested type of support. Targets that were entered for number to be vaccinated in section 3 on the Target Information tab, have been carried over into their respective indicators in the GPF. Based on these numbers, coverage and dropout rate targets were calculated (where applicable). These appear as “calculated targets”. If you wish to revise these target values, please revise in the application form – they are not editable in the performance framework. In addition, as a part of your application, there are several items to be filled directly into the GPF. These are broken into required and optional items, below:

#### Required

1. In addition to the calculated targets, country targets are required to be submitted for outcome indicators. These targets should align to those in your cMYP or NHSP. If these targets are not in your cMYP or NHSP, or are the same as the calculated targets, please enter “NA” for each target value.
2. Additional indicators that appear in the Performance Framework that are not included in the application form. Please enter targets for these indicators.
3. For many indicators, reporting dates have been pre-populated. For those that have not yet been pre-populated, please add reporting dates.

### Optional

1. Adding data sources to existing indicators: If there are data sources for indicators that you would like to include, you may add an additional source by clicking on the pencil icon next to the indicator name.
2. Adding new indicators: Gavi requires all countries to report on core indicators, which are already included in the GPF. If you wish to add supplemental indicators to monitor performance, you may do so by clicking the “Add indicator” button at the respective performance level (Outcome, Intermediate Result, or Process).

Please note that the GPF is filtered by default to only show indicators that are relevant to the specific types of support contained in the application. You may view the entire GPF by using the “Grant Status” filter.

If you have any questions, please send an email to [countryportal@gavi.org](mailto:countryportal@gavi.org).



## Upload new application documents

### 3.1.7.1 Upload new application documents

Below is the list of **application specific documents** that must be provided with your application.

In the case a document cannot be provided, please use the comment box to explain why, or by when it will be available.

### Vaccine specific

	<p><b>cMYP addendum</b></p> <p>Situation analysis and 5 year plan captured in the cMYP or as an addendum to the cMYP</p>	<p><a href="#">MALI_PPAC 2017-2021_final_mai 2017_21-12-17_12.33.49.pdf</a></p>
	<p><b>Annual EPI plan</b></p> <p>Annual EPI plan detailing planning of all measles and rubella-related activities for the current year, including realistic timelines, designated responsible individual(s) and a budget</p>	<p><a href="#">PO PEV 2017 VVF_21-12-17_12.40.46.xls</a></p>
<b>No file uploaded</b>		

---

**MCV1 self-financing commitment letter**

If the country is not yet financing the measles monovalent component of MCV1, a letter signed by the Minister of Health and Minister of Finance committing for the country to self-finance MCV1 from 2018 onwards.

---

**Measles (and rubella) strategic plan for elimination**

If available

[Plan stratégique elimination rougeole sikasso\\_Mali 2013\\_2020 23 Aout 2013 version finale\\_21-12-17\\_12.42.28.doc](#)

---

**Other documents (optional)**

No file uploaded

---

**Endorsement by coordination and advisory groups****National coordination forum meeting minutes, with endorsement of application, and including signatures**

The minutes of the national coordination forum meeting should mention the domestic funding of MCV1

[CR CCIA Validation\\_11-01-18\\_12.29.13.docx](#)

**NITAG meeting minutes**

with specific recommendations on the NVS introduction or campaign

[Recommandations CCIA Validation\\_11-01-18\\_12.30.49.docx](#)

---

**Application documents****New vaccine introduction plan (NVIP) and/or campaign plan of action (PoA), including checklist & activity list and timeline**

[Plan d'action AVS rougeole 2018\\_Mali\\_Version 10 nov 2017\\_21-12-17\\_12.11.53.doc](#)

[Plan Introduction VAR 2\\_Mali\\_Final\\_10 nov 2017\\_21-12-17\\_12.10.39.doc](#)

---

---

If support for a campaign and routine introduction is requested at the same time, the new vaccine introduction plan and campaign plan of action can be combined into one document to minimise duplication.

---



**Gavi budgeting and planning template**

[Modèle de prévision budgétaire\\_21-12-17\\_12.20.58.xlsm](#)

---

**Most recent assessment of burden of relevant disease**

No file uploaded

If not already included in detail in the Introduction Plan or Plan of Action.

---



**Campaign target population (if applicable)**

[Cible campagne de suivi VAR 2018\\_21-12-17\\_12.26.38.xls](#)

## Measles 1st and 2nd dose routine

### Vaccine and programmatic data

#### 3.2.1.1 Choice of presentation and dates

For each type of support please specify start and end date, and preferred presentations.  
Measles 1st and 2nd dose routine

Preferred presentation	M, 10 doses/vial, lyo
Is the presentation licensed or registered?	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2nd preferred presentation	
Is the presentation licensed or registered?	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Required date for vaccine and supplies to arrive

31 October 2018

Planned launch date

17 January 2019

Support requested until

2021

### 3.2.1.2 Vaccine presentation registration or licensing

If any of the selected presentations are not yet licensed or registered, please describe the duration of the registration or licensing procedure, whether the country's regulations allow the expedited procedure for national registration of WHO-pre-qualified vaccines, and confirm whether the licensing procedure will be completed ahead of the introduction or campaign.

No Response

### 3.2.1.3 Vaccine procurement

Gavi expects that most countries will procure vaccine and injection supplies through UNICEF or PAHO's Revolving Fund.

Does the country request an alternative mechanism for procurement and delivery of vaccine supply (financed by the country or Gavi)?

Yes

No

If you have answered yes, please attach the following in the document upload section:\* A description of the mechanism, and the vaccines or commodities to be procured by the country through this mechanism.\* A confirmation that vaccines will be procured from the WHO list of pre-qualified vaccines, indicating the specific vaccine from the list of pre-qualification. OR, for the procurement of locally-produced vaccines directly from a manufacturer which may not have been prequalified by WHO, a confirmation should be provided that the vaccines purchased comply with WHO's definition of quality vaccines, for which there are no unresolved quality problems reported to WHO, and for which compliance is assured by a fully functional National Regulatory Authority (NRA), as assessed by WHO in the countries where they are manufactured and where they are purchased.

## Target Information

### 3.2.2.1 Targets for routine vaccination

Please describe the target age cohort for the Measles 1st dose routine immunisation:

15

weeks

months

years

Please describe the target age cohort for the Measles 2nd dose routine immunisation:

18 weeks  months  years

	2019	2020	2021
Population in target age cohort (#)	852,603	883,727	915,096
Target population to be vaccinated (first dose) (#)	852,603	883,727	915,096
Target population to be vaccinated (last dose) (#)	852,603	883,727	915,096
Estimated wastage rates for preferred presentation (%)	15	15	15

## Co-financing information

### 3.2.3.1 Vaccine and commodities prices

Price per dose (US\$) - Measles routine, 1st and 2nd dose

	2019	2020	2021
10 doses/vial,lyo	0.27	0.27	0.27

Commodities Price (US\$) - Measles routine, 1st and 2nd dose (applies only to preferred presentation)

	2019	2020	2021
AD syringes	0.04	0.04	0.04
Reconstitution syringes	0.04	0.04	0.04
Safety boxes	0.47	0.47	0.47
Freight cost as a % of device value	0.03	0.03	0.03

### 3.2.3.2 Country choice of co-financing amount per vaccine dose

The table below shows the estimated financial commitment for the procurement of vaccines and supplies for the country, and the portion of Gavi support

	2019	2020	2021
--	------	------	------

Country co-financing share per dose (%)	74.07	74.07	74.07
Minimum Country co-financing per dose (US\$)	0.2	0.2	0.2
Country co-financing per dose (enter an amount equal or above minimum)(US\$)	0.2	0.2	0.2

### 3.2.3.3 Estimated values to be financed by the country and Gavi for the procurement of supply

Measles routine, 1st and 2nd dose	2019	2020	2021
Vaccine doses financed by Gavi (#)	814,000	681,000	705,000
Vaccine doses co-financed by Country (#)	1,701,200	1,423,000	1,473,200
AD syringes financed by Gavi (#)	2,429,100	1,964,400	2,033,600
AD syringes co-financed by Country (#)			
Reconstitution syringes financed by Gavi (#)	276,700	231,500	239,600
Reconstitution syringes co-financed by Country (#)			
Safety boxes financed by Gavi (#)	29,775	24,175	25,025
Safety boxes co-financed by Country (#)			



Freight charges financed by Gavi (\$)	24,589	20,479	21,201
Freight charges co-financed by Country (\$)	51,384	42,795	44,303
	2019	2020	2021
Total value to be co-financed (US\$) Country	503,500	421,000	436,000
Total value to be financed (US\$) Gavi	365,500	302,500	313,000
Total value to be co-financed (US\$)	869,000	723,500	749,000

#### 3.2.3.4 Estimated projection of the required domestic financing for the measles monovalent component of MCV1

Countries are required to domestically finance the first dose in their measles containing vaccine routine (MCV1) in order to be able to receive Gavi support for any measles/ measles-rubella programmes. Below is the estimated projection of the required domestic financing for MCV1, based on the information provided in the previous sections.

	2019	2020	2021
Minimum number of doses financed from domestic resources	1,257,589	1,303,497	1,349,767
Country domestic funding (minimum)	339,549	351,944	364,437

#### 3.2.3.5 Co-financing payment

Please indicate the process for ensuring that the co-financing payments are made in a timely manner.

Le pays soumettra dès l'acceptation de la demande de soutien une demande de cotation du prix des vaccins et matériels de vaccination retenus dans la part de cofinancement à Copenhague. Comme pour les vaccins de routine, le pays libèrera l'équivalent de la valeur de cotation sur son compte logé à Copenhague.

Following the regulations of the internal budgeting and financing cycles the Government will annually release its portion of the co-financing funds in the month of:

March

The payment for the first year of co-financed support will be made in the month of:

Month

March

Year

2019

## Financial support from Gavi

### 3.2.4.1 Routine Vaccine Introduction Grant(s)

Measles-rubella 1st and 2nd dose routine  
Live births (year of introduction)

852,603

Gavi contribution per live birth (US\$)

0.8

Total in (US\$)

682,082.4

Funding needed in  
country by

31 July 2018

### 3.2.4.2 Operational budget

Please complete the Gavi budgeting and planning template to document how the Gavi Vaccine Introduction Grant will be used to facilitate the timely and effective implementation of critical activities in advance of and during the introduction of the new vaccine(s).

If Gavi's support is not enough to cover the full needs please indicate how much and who will be complementing the funds needed in the Operational Budget template.

Total amount - Gov. Funding / Country Co-financing (US\$)

257179

Total amount - Other donors (US\$)

0

Total amount - Gavi support (US\$)

17120

Amount per target person - Gov. Funding / Country Co-financing (US\$)

0

Amount per target person - Other donors (US\$)

0

Amount per target person - Gavi support (US\$)

0

### 3.2.4.3 Financial management procedures

Please describe the financial management procedures that will be applied for the management of the NVS direct financial support, including any procurement to be incurred.

Un protocole d'accord signé lie l'Etat à l'UNICEF pour la fourniture de vaccins, consommables et équipements connexes. Au niveau central, une prévision pluriannuelle des besoins en vaccins et matériels d'injection est disponible.

Pour la vaccination systématique (routine), la gestion financière des coûts opérationnels généralement supportés par les partenaires se fait à travers les procédures de chaque bailleur. Les procédures de l'Etat s'applique aux financements faits par les collectivités à qui l'Etat a transféré des ressources pour le PEV.

Les campagnes sont presque entièrement financés par GAVI à travers l'OMS. Dans ces cas la gestion financière se fait suivant l'approche harmonisée des transferts d'espèces aux partenaires d'exécution (HACT).

### 3.2.4.4 Fiduciary management

Please indicate whether funds for operational costs should be transferred to the government or WHO and/or UNICEF and when funding is expected to be needed in country. Attach banking form if funding should be transferred to the government. Please note that UNICEF and WHO will require administrative fees as follows.

Based on the current challenges in implementing the FMA recommendations, the country is suggesting the VIG to be channelled through UNICEF. However, if the FMA recommendations are resolved before the VIG disbursement, then the country would prefer the funds to be sent through the government financial system.

- o UNICEF Tripartite Agreement: 5%
- o UNICEF Bilateral Agreement: 8%
- o WHO Bilateral Agreement: 7%.

Les fonds pour l'introduction de la 2ème dose vont être gérés par l'OMS.

### 3.2.4.5 Use of financial support to fund additional Technical Assistance needs

Gavi funds through its Partner Engagement Framework / TCA, tailored and differentiated technical assistance in response to specific country needs. Please review the currently approved technical assistance plan (also referred to as the “One TA plan”) with a view to assess that required support for the implementation of the new vaccine support is contained in the approved technical assistance plan. If gaps in technical assistance are identified for the new vaccine support, the additionally required technical assistance may be funded through the vaccine introduction grant or campaign operational costs support. In this case, the relevant costs must be reflected in the budgeting and planning template. In addition, please indicate the programmatic areas for additional technical assistance needs and the respective agencies providing the technical assistance (if already identified) below.

Le personnel de l'OMS vont gérés les fonds à travers les 7% du frais de gestion.

## Strategic considerations

### 3.2.5.1 Rationale for this request

Describe the rationale for requesting these new programme(s), including the burden of disease. If already included in detail in the Vaccine Introduction Plan or Campaign Plan of Action, please cite the sections only.

La charge de morbidité est développée dans la section II du plan d'introduction.

### 3.2.5.2 Alignment with country strategic multi-year plan / comprehensive multi-year plan (cMYP)

Please describe how the plans and key assumptions in this request align with the most recent country strategic multi-year plan (cMYP) and other national health and immunisation plans.

C'est aligné avec le PPAC dans la section prestation de service page 102.

### **3.2.5.3 Coordination Forum (ICC, HSCC or equivalent) and technical advisory committee (NITAG)**

Provide a description of the roles of the national Coordination Forum (ICC, HSCC or equivalent body) and national immunization technical advisory group (NITAG) in developing this request. If any of Gavi's requirements to ensure basic functionality of the relevant national Coordination Forum (ICC, HSCC or equivalent) were not met, please describe the reasons and the approach to address this. Requirements can be found in the general application guidelines. In the absence of a NITAG, countries should clarify the role and functioning of the advisory group and describe plans to establish a NITAG.

Le comité de Coordination Inter-Agence (CCIA) a été mis en place le 29 novembre 2002 par décision N° 0824/MS-SG pour le renforcement des services de vaccination et de la pérennisation de la vaccination au Mali. Placé sous la présidence du Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique, le comité est composé :

Président : Le Ministre de la santé

Membres : le secrétaire Général du Ministère de la santé ;

- le conseiller technique chargé du PEV ;

- le Directeur National de la Santé ;

- le Directeur des Finances et du Matériels du Ministère de la santé ;

- le représentant du Ministère de l'Economie et des Finances ;

- les représentants des organisations internationales présentes au Mali ;

Le comité de Coordination Inter-agences se réunit une fois par trimestre ou au besoin, sur convocation de son président. Il statue sur les dossiers qui lui sont soumis par le comité technique d'exécution et de suivi.

Le Secrétariat du comité de coordination Inter-agences est assuré par le conseiller technique à la communication du Ministère de la Santé.

Le comité Technique d'exécution et de suivi se réunit une fois par mois. Toutefois, il peut se réunir sur convocation de son Président chaque fois que de besoin.

Le secrétariat du comité technique d'exécution et suivi est assuré par la Section Immunisation.

Le CCIA est l'organe décisionnel de la gestion des fonds alloués aux activités de vaccination y compris ceux provenant de l'initiative GAVI et valide tous les documents du PEV.

### **3.2.5.4 Financial sustainability**

Please discuss the financing-related implications of the new vaccine programs requested, particularly how the government intends to fund the additional co-financing obligations. Please mention if any defaults occurred in the last three years and, if so, describe any mitigation measures that have been implemented to avoid future defaults. Additionally has the country taken into account future transition from Gavi support?

Le financement des vaccins et consommables est assuré en grande partie par le budget d'Etat depuis 1996 dans le cadre de l'Initiative pour l'Indépendance Vaccinale en Afrique. A

cet effet, une ligne budgétaire pour l'achat des vaccins et consommables, a été inscrite au budget national. Chaque année, les vaccins traditionnels et leurs consommables (BCG, VPO, VAR et VAT) sont financés entièrement sur budget d'Etat.

Le budget de l'Etat contribue également au cofinancement des vaccins sous utilisés et des nouveaux vaccins.

Malgré la réduction du budget alloué à la santé due à la crise politico-institutionnelle et sécuritaire de 2012 - 2013, le budget alloué à la vaccination est resté constant. Cependant des actions sont prévues dans le PPAC 2017-2021 pour assurer une plus grande viabilité financière. Ces actions visent à assurer la durabilité et la mobilisation à temps des ressources financières pour le PEV dans la perspective de compensation de l'appui de GAVI.

### 3.2.5.5 Programmatic challenges

Summarise programmatic challenges that need to be addressed to successfully implement the requested vaccine support, and describe plans for addressing those. These may include plans to address the barriers identified in the coverage and equity situation analysis section, and include vaccine supply chain, demand generation/ community mobilisation, data quality/ availability/ use and leadership, management and coordination, etc.

L'introduction des nouveaux vaccins dans le programme a eu quelques difficultés à savoir: insuffisance de capacité de stockage, introduction par étape, la survenue d'épidémie Ebola à porté mondial et l'insécurité résiduelle dans les régions nord du pays.

Il ressort de ces expériences que le succès de l'introduction d'un vaccin repose sur plusieurs paramètres notamment :

- l'élaboration d'un plan d'introduction ;
- l'existence d'une capacité suffisante de stockage des vaccins au niveau central, régional et district ;
- l'élaboration d'un chronogramme de mise en œuvre des activités au niveau central et dans toutes les régions ;
- l'introduction simultanée du vaccin dans tous les districts sanitaires ;
- l'actualisation des supports de gestion du PEV ;
- la formation des acteurs au niveau central, régional et district avant l'introduction ;
- l'existence d'une capacité suffisante de gestion des déchets ;
- l'existence et le fonctionnement d'un système de gestion des manifestations adverses post immunisation (MAPI) ;
- la supervision des activités de vaccination après l'introduction.

### 3.2.5.6 Improving coverage and equity of routine immunisation

Explain how the proposed NVS support will be used to improve the coverage and equity of routine immunisation, by detailing the proposed activities and budget will contribute to overcoming key barriers.

Une analyse de l'équité en immunisation au Mali a été intégré dans le rapport de l'évaluation conjointe 2017 (Voire chapitre 3.1)

Le Mali fait partie des six pays de la sous-région où la couverture vaccinale des enfants de moins de un an n'a cessé de diminuer depuis 2010. En effet, selon les estimations OMS/Unicef, la couverture vaccinale en DTC3 est passée de 75% en 2010 à 68% en 2016.

L'objectif visé par le Plan d'Action Mondial pour les Vaccins en termes d'atteinte de l'équité est de 100% des districts atteignant 80% de couverture en DTC3 dans un pays. Au Mali, selon l'enquête de couverture vaccinale réalisée en 2015 chez les enfants de 12 à 23 mois, seulement 20 districts sur 65 (31%) avaient une couverture vaccinale en DTC3 supérieure ou égale à 80% en fin 2016.

Selon les résultats de l'enquête MICS réalisée en 2015, seulement 55.5% des enfants de 12-23 mois ont reçu trois doses du vaccin pentavalent (DTC-Hib-Hep) au Mali et moins de 25% ont reçu toutes les doses de vaccins requises avant leur premier anniversaire. 20% des enfants n'avaient reçu aucune dose de quelconque vaccin selon la même enquête.

Il existe également des disparités en matière de couverture vaccinale. On constate que c'est dans la région de Bamako qu'elle est la plus élevée (80.5%) et, à l'opposé, dans la région de Gao qu'elle est la plus faible (21%). En outre, la proportion d'enfants vaccinés au penta3 varie avec le niveau d'instruction de la mère, de 51.9% parmi les enfants dont la mère n'a aucune instruction à 59.6% parmi ceux dont la mère a un niveau primaire et à 79.2% pour ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus. Le taux de couverture vaccinale varie aussi avec le niveau économique du ménage de l'enfant, de 38.8% dans les ménages classés dans le quintile le plus bas à 74.5% dans ceux du quintile le plus élevé. Il n'a pas été observé de différence significative de couverture vaccinale selon le sexe de l'enfant.

L'analyse des données des différentes enquêtes démographiques et de santé réalisées au Mali depuis 1995 montre que ces écarts de couverture vaccinale sont persistants dans le temps. En effet, l'écart de couverture vaccinale selon les régions n'a pas changé sur les vingt dernières années malgré une progression globale de la couverture vaccinale. Pour les autres déterminants, une réduction des écarts était perceptible entre 2000 et 2005 avec rechute à partir de 2010.

Devant la persistance de la stagnation de la couverture vaccinale dans certaines régions et districts sur une longue période et malgré les efforts déployés, il est apparu opportun d'investiguer les principales causes de cette situation. 11 districts prioritaires (Bafoulabé, Diéma, Kéniéba, Kita, Bougouni, Koutiala, Yorosso, Macina, Niono, Commune1 et Commune 6) ont été sélectionnés sur base du nombre élevé d'enfants non vaccinés, le du taux d'abandon et l'incidence de maladies épidémiques évitables par la vaccination (e.g rougeole) pour abriter les ateliers d'analyse des goulots d'étranglement à l'accès et l'utilisation des services de vaccination.

Les principaux goulots d'étranglement identifiés lors des ateliers déjà réalisés dans certains districts sont essentiellement :

- La faible disponibilité des intrants de vaccination dans les formations sanitaires consécutives à des ruptures de stock en vaccins et ruptures de chaîne de froid.
- L'insuffisance quantitative et qualitative de ressources humaines pour la vaccination
- La faible accessibilité géographique des structures de soins avec faible mise en œuvre des stratégies avancées.
- Une faible utilisation des services de vaccination avec un fort taux de déperditions sur le calendrier vaccinal.

L'analyse des goulots d'étranglement a permis de relever les principales causes suivantes :

- Absence de microplans des activités de vaccination au niveau des formations sanitaires
- Non maîtrise de la population cible (l'utilisation des données du RGPH n'est pas applicable au niveau des formations sanitaires).
- Méconnaissance des populations difficiles d'accès et absence d'actions orientées vers elles
- Mauvaise planification/analyse des stratégies avancées et non intégration d'autres interventions de SMI.
- Absence de stratégies de recherche des perdus de vue.
- Faible qualité des supervisions formatives.
- Absence d'analyse régulière des performances du PEV (pas de réunion mensuelle de

monitorage avec ASACO).

- Faible implication/participation communautaire (absence de cartographie sociale des parties prenantes).

Parallèlement à l'analyse des goulots d'étranglement du système de vaccination, une analyse des communautés difficiles d'accès a été réalisée dans les 11 districts prioritaires. Les résultats de cette analyse ont identifiés comme communautés difficiles d'accès :

- Les nomades : Ce sont des groupes de communautés d'éleveurs et de bergers transhumants, sans village fixe, qui se déplacent à la recherche de points d'eau et de pâturages pour leurs animaux. Ils sont caractérisés par leur grande mobilité et l'absence d'habitats permanents fixes, mais ils suivent généralement des itinéraires précis en fonction de la période de l'année.

- Communautés occupant le lit des fleuves (Niger et Senegal) : Pêcheurs, elles sont installées de façon périodique, le long des fleuves à la recherche de poissons. Elles sont caractérisées par leur grande mobilité, changeant de site au rythme de la crue et de la décrue, et en suivant le mouvement migratoire des poissons.

- Populations dispersées/éloignées : agriculteurs à la recherche constante de champs fertiles, ce sont des populations vivant dans des habitats dispersés sur de grande surface, souvent très loin de leurs villages d'origine ou elles sont recensées. Elles sont installées dans des sites difficiles à atteindre pendant la période hivernale et la période des récoltes.

- Communautés affectées par les conflits : ce sont des communautés vivant dans les zones d'insécurité des régions du centre et du nord du pays.

- Communautés vivant sur les sites d'orpaillage : venant de divers horizons dont les pays frontaliers (Burkina Faso, Guinée, Sénégal et Cote d'Ivoire). Elles se déplacent d'un site à un autre à la recherche de l'or. Elles sont caractérisées par leur grande mobilité. Ces communautés sont constamment renouvelables en fonction de la teneur en or des dites localités. Ces communautés sont organisées en associations gérées par des leaders appelés Ton Boloman qui sont très influents.

- Groupes religieux extrémistes (sunnites et pieds nus) : qui pensent que la protection est divine et ne veulent pas que les femmes fréquentent les lieux publics. Ils rejettent tout ce qui est moderne ou venant de l'occident. On les retrouve dans les régions du centre et du nord du pays.

- Populations périurbaines : Population vivant dans les quartiers spontanés aux abords des grandes villes sur les collines et en milieu périurbain, elles sont constituées en majorité de vendeuses ambulantes, de jardiniers, d'aide-ménagères, d'ouvriers saisonniers et des migrants. Elles sont caractérisées par la précarité.

- Les communautés sans domicile fixe : elles sont composées de mendiants qui vivent dans certains lieux publics dans les grandes villes : mosquées, le long des grandes artères, marches, gares routières. Elles sont caractérisées par la grande précarité.

Au cours de l'analyse de l'équité en immunisation, les obstacles retenus comme limitant l'accès des communautés difficiles aux services de vaccination sont :

- Méconnaissance de certaines populations difficiles d'accès par les gestionnaires des services de santé et absence d'actions orientées vers elles : en effet, avant l'exercice d'analyse de l'équité, le processus de microplanification ne prenait pas en compte l'identification des populations difficiles d'accès.

- Non prise en compte des communautés dispersées et éloignées de leurs villages dans la microplanification des activités de vaccination. En effet, elles ne figuraient pas sur la cartographie des aires de santé.

- Absence de cartographie des itinéraires des populations nomades (pasteurs et pêcheurs).

- Couverture insuffisante des communautés par la programmation et la réalisation des stratégies de vaccination.

- Absence ou insuffisance de cadre d'échanges avec les responsables communautaires sur



l'organisation et la réalisation des stratégies de vaccination.

- Absence de cartographie sociale des acteurs potentiels dans l'organisation et la mise en œuvre des stratégies de vaccination.

- L'organisation insuffisante des services de vaccination dans les grandes villes : horaires inadaptés avec la longue file d'attente

- Absence de stratégies orientées vers les enfants des quartiers périurbains et des quartiers pauvres des villes

Dans les 11 districts prioritaires, des plans d'actions ont été développés pour la période 2018 et visent à améliorer l'accès des populations difficiles d'accès aux services de vaccination tout en levant les goulots d'étranglement du système de vaccination.

Les principales interventions pro-équité identifiées sont entre autres: - Participer à la mise à jour des microplans des districts prioritaires et à la sélection des interventions pro-équité

- Elaboration de la cartographie sociale des intervenants en vaccination aussi bien au niveau des districts prioritaires qu'au niveau des aires de santé

- Mise en place du registre communautaire de vaccination dans les aires de santé des districts prioritaires

- Analyse des données DVDMT et DIHS2 lors de sessions de revues trimestrielles des données du PEV et partage de feed-back.

- Mise en place d'un cadre de suivi et de monitoring des interventions orientées vers les communautés difficiles d'accès,

- suivi trimestriel des tableaux de bord et des goulots d'étranglements du système de vaccination des districts prioritaires

- Documentation de l'utilisation de la téléphonie mobile pour la récupération des abandons dans la ville de Bamako et autres innovations

- Mise en place d'un cadre de redevabilité des différents intervenants en matière de vaccination.

### 3.2.5.7 Synergies

Describe potential synergies across planned introductions or campaigns. If relevant, comment on capacity and appropriate systems to introduce multiple vaccines in a year. Also describe how the country will mitigate any programmatic and financial risks associated with multiple introductions.

Un plan spécifique de communication pour l'introduction de la deuxième dose de vaccin anti rougeoleux sera élaboré. Ce plan mettra l'accent sur les raisons et les avantages de l'introduction de la deuxième dose et le nouveau calendrier vaccinal.

Le monitoring permettra de montrer que les ressources allouées au programme ont été utilisées efficacement, non seulement pour atteindre la population cible en termes de couverture vaccinale mais aussi pour réduire la charge de morbidité et de la mortalité liées à la rougeole.

### 3.2.5.8 Indicative major measles and rubella activities planned for the next 5 years

Summarise in one paragraph the indicative major measles and rubella activities planned for the next five years that are reflected in the annual EPI plan (e.g. measles second dose introduction, measles or measles follow up campaign, etc.).

Le Mali a élaboré un plan stratégique national d'élimination de la rougeole 2013-2020. Le présent plan stratégique dont le but est de parvenir à l'élimination complète de la rougeole au Mali d'ici la fin 2020, a comme principales approches stratégiques :

- Améliorer l'accès,
- Assurer l'équité,
- Promouvoir l'intégration,
- Favoriser et renforcer les partenariats,
- Assurer un soutien politique et de financement,
- Assurer une gestion du programme basée sur l'analyse des données,
- Assurer le plaidoyer, la mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportement.

Dans le cadre de l'introduction de la 2ème dose de VAR le pays a élaboré deux plans (introduction et AVS) avec l'appui technique de l'OMS.

les activités principales retenues pour l'introduction de la 2ème dose de VAR et la campagne de suivi se résume en:

La révision des supports du programme;

Les formations en cascade;

L'élaboration d'un plan de communication;

La supervision formative à tous les niveaux;

Le renforcement de la surveillance cas par cas de la rougeole à tous les niveaux;

La microplanification;

L'évaluation post introduction et de la campagne;

La mise en place des intrants à tous les niveaux etc..

## Report on Grant Performance Framework

### 3.2.6.1 Grant Performance Framework – Application Instructions

The Grant Performance Framework (GPF) contains all indicators that will be used to monitor programmatic performance for your requested type of support. Targets that were entered for number to be vaccinated in section 3 on the Target Information tab, have been carried over into their respective indicators in the GPF. Based on these numbers, coverage and dropout rate targets were calculated (where applicable). These appear as “calculated targets”. If you wish to revise these target values, please revise in the application form – they are not editable in the performance framework. In addition, as a part of your application, there are several items to be filled directly into the GPF. These are broken into required and optional items, below:

#### Required

1. In addition to the calculated targets, country targets are required to be submitted for outcome indicators. These targets should align to those in your cMYP or NHSP. If these targets are not in your cMYP or NHSP, or are the same as the calculated targets, please enter “NA” for each target value.
2. Additional indicators that appear in the Performance Framework that are not included in the application form. Please enter targets for these indicators.
3. For many indicators, reporting dates have been pre-populated. For those that have not yet been pre-populated, please add reporting dates.

#### Optional

1. Adding data sources to existing indicators: If there are data sources for indicators that you would like to include, you may add an additional source by clicking on the pencil icon next to the indicator name.
2. Adding new indicators: Gavi requires all countries to report on core indicators, which are already included in the GPF. If you wish to add supplemental indicators to monitor performance, you may do so by clicking the “Add indicator” button at the respective performance level (Outcome, Intermediate Result, or Process).

Please note that the GPF is filtered by default to only show indicators that are relevant to the specific types of support contained in the application. You may view the entire GPF by using the “Grant Status” filter.

If you have any questions, please send an email to [countryportal@gavi.org](mailto:countryportal@gavi.org).



## Upload new application documents

### 3.2.7.1 Upload new application documents

Below is the list of **application specific documents** that must be provided with your application.

In the case a document cannot be provided, please use the comment box to explain why, or by when it will be available.

### Vaccine specific

	<p><b>cMYP addendum</b></p> <p>Situation analysis and 5 year plan captured in the cMYP or as an addendum to the cMYP</p>	<p><a href="#">cMYP_Costing_Tool_V3.9.3 (5)_21-12-17_14.19.21.xlsx</a></p> <p><a href="#">MALI_PPAC 2017-2021_final_mai 2017_21-12-17_14.18.44.pdf</a></p>
	<p><b>Annual EPI plan</b></p> <p>Annual EPI plan detailing planning of all measles and rubella-related activities for the current year, including realistic timelines, designated responsible individual(s) and a budget</p>	<p><a href="#">PO PEV 2017 VVF_21-12-17_14.20.28.xls</a></p>
	<p><b>MCV1 self-financing commitment letter</b></p> <p>If the country is not yet financing the measles monovalent component of MCV1, a letter signed by the Minister of Health and Minister of Finance</p>	<p><b>No file uploaded</b></p>

---

committing for the country to self-finance MCV1 from 2018 onwards.

---



**Measles (and rubella) strategic plan for elimination**

If available

[Plan stratégique élimination rougeole sikasso\\_Mali 2013\\_2020 23 Aout 2013 version finale\\_21-12-17\\_14.21.37.doc](#)

---

**Other documents (optional)**

**No file uploaded**

**Endorsement by coordination and advisory groups**



**National coordination forum meeting minutes, with endorsement of application, and including signatures**

The minutes of the national coordination forum meeting should mention the domestic funding of MCV1

[CR CCIA Validation\\_11-01-18\\_12.33.39.docx](#)



**NITAG meeting minutes**

with specific recommendations on the NVS introduction or campaign

[Recommandations CCIA Validation\\_11-01-18\\_12.34.25.docx](#)

**Application documents**



**New vaccine introduction plan (NVIP) and/or campaign plan of action (PoA), including checklist & activity list and timeline**

If support for a campaign and routine introduction is requested at the same time, the new vaccine introduction plan and campaign plan of action can be combined into one document to minimise duplication.

[Plan Introduction VAR 2\\_Mali\\_Final\\_10 nov 2017\\_21-12-17\\_14.23.21.doc](#)



[Modèle de prévision budgétaire\\_21-12-17\\_14.24.01.xlsm](#)

---

## Gavi budgeting and planning template

---

### Most recent assessment of burden of relevant disease

No file uploaded

If not already included in detail in the Introduction Plan or Plan of Action.

## Review and submit application

### Submission Details

#### Country vaccine funding summary

Please review the estimated projections for new vaccine programmes included in this application.

##### New vaccine support requested

Measles follow-up campaign

	2018	2019	2020	2021
Country Co-financing (US\$)	37,000			
Gavi support (US\$)	1,246,000			

Measles 1st and 2nd dose routine

	2018	2019	2020	2021
Country Co-financing (US\$)	243,000	503,500	421,000	436,000
Gavi support (US\$)	176,500	365,500	302,500	313,000

	2018	2019	2020	2021
Total country co-financing (US\$)	280,000	503,500	421,000	436,000
Total Gavi support (US\$)	1,422,500	365,500	302,500	313,000
Total value (US\$) (Gavi + Country co-financing)	1,702,500	869,000	723,500	749,000

## Contacts

Person(s) who should be contacted in case Gavi needs to ask for more information in regard to the application.

Name	Position	Phone Number	Email
<hr/>			
<hr/>			

Please let us know if you have any comments about this application

Pas de commentaire pour le moment

## Government signature form

The Government of (country) would like to expand the existing partnership with Gavi for the improvement of the immunisation programme of the country, and specifically hereby requests Gavi support for:

(enter type of application)

The Government of (country) commits itself to developing national immunisation services on a sustainable basis in accordance with the national health and immunisation strategic plans. The Government requests that Gavi and its partners contribute financial and technical assistance to support immunisation of children as outlined in this application.

The co-financing commitments in this application include the amount of support in either supplies or cash that is requested from Gavi, and the financial commitment of the Government for the procurement of this new vaccine.

Please note that Gavi will not review this application without the signatures of both the Minister of Health and Minister of Finance (and Minister of Education, if applicable) or their delegated authority.

*We, the undersigned, affirm that the objectives and activities in this request are fully aligned with the national health and immunisation strategic plans (or equivalent), and that funds for implementing all activities, including domestic funds and any needed vaccine co-financing will be included in the annual budget of the Ministry of Health.*

*We, the undersigned, further affirm that the requested funding for salaries, salary top-ups/allowances, per diems and incentives does not duplicate funding from other sources (e.g. from other donors).*

*We, the undersigned, further affirm that the terms and conditions of the Partnership Framework Agreement between Gavi and the Country remain in full effect and shall apply to any and all Gavi support made pursuant to this application.<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> In the event the Country has not yet executed a Partnership Framework Agreement, the terms and conditions of this application shall apply to any and all Gavi support made pursuant to this application.

**Minister of Health (or delegated authority)**

Name

Date

Signature

**Minister of Finance (or delegated authority)**

Name

Date

Signature

For countries requesting HPV support, with a school linked strategy, the signature of the Minister of Education (or delegated authority) is also required.

**Minister of Education (or delegated authority)**

Name

Date

Signature