**DEMANDE DE CHANGEMENT DU VACCIN HEXAVALENT**

Par [PAYS]

|  |
| --- |
|  |
| Le cas échéant, la demande de changement doit être soumise en tant que partie intégrante du processus de planification de l’ensemble du portefeuille, auquel cas les informations requises dans ce formulaire peuvent être incluses dans les documents pertinents du dossier de demande ([https://www.gavi.org/our-support/guidelines](https://www.gavi.org/fr/notre-soutien/directives)), conformément aux [Instructions pour les Détails du soutien de Gavi](https://www.gavi.org/sites/default/files/support/GaviSupportDetail_Instructions_FR.pdf).  |
| 1. Liste de contrôle
 |
| Pour traiter cette demande, Gavi demande à votre pays de soumettre les documents/éléments suivants: |
|  | **OUI** | **S/O** |
| 1. **Signature du ministère de la Santé**
 | [ ]  |  |
| 1. **Approbation du CCIA** (procès-verbal d'une réunion approuvant la décision de changement)
 | [ ]  |  |
| 1. **Recommandation du GTCV** (procès-verbal de la réunion)
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Si ce changement augmente les coûts financiers du pays: **Signature du ministère de la Santé**
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. **Plan d'action détaillé**
 | [ ]  | [ ]  |
| 1. Si une subvention de changement est demandée: **Budget détaillé[[1]](#footnote-2)**
 | [ ]  | [ ]  |
|  |
|  |
| 1. Motif du changement
 |
| Passer du Pentavalent à l'Hexavalent (série primaire de 3 doses) et introduire une 4e dosede rappel entre 12 et 23 mois  | [ ]  |
| Passer du pentavalent à l'hexavalent (série de 3 ou 4 doses) | [ ]  |
| 1. Inventaire actuel des vaccins pentavalent et VPI

Vaccin pentavalent |
| 1. Veuillez indiquer le niveau de stock du vaccin pentavalent
 |  |
| * + Stock au niveau central (nombre de doses)
 | ………………………………. doses |
| * + Stock au niveau secondaire (nombre de doses)
 | ………………………………. doses |
| 1. Date des informations de niveau de stock
 | JJ-MM-AA |
| Vaccin VPI

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Veuillez indiquer le niveau de stock du vaccin VPI
 |  |
| * + Stock au niveau central (nombre de doses)
 | ………………………………. doses |
| * + Stock au niveau secondaire (nombre de doses)
 | ………………………………. doses |
| 1. Date des informations de niveau de stock
 | JJ-MM-AA |

1. Présentation/du produit
 |
| Pour de plus amples informations sur les choix de présentation et de produit, veuillez consulter les [**Profils détaillés des produits de Gavi**](https://www.gavi.org/our-alliance/market-shaping/product-information-vaccines-cold-chain-equipment) |
|  |
| La nouvelle présentation dispose-t-elle d'une licence dans le pays ? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
|  |
| Si la présentation préférée ne dispose pas encore de licence ou d'approbation, veuillez laisser le temps nécessaire pour obtenir une licence ou une approbation et précisez si la réglementation nationale prévoit une exemption ou une procédure d'enregistrement accélérée pour les vaccins préqualifiés par l'OMS. Veuillez confirmer si la procédure d'enregistrement sera terminée avant l'expédition. |
|  |
|
|  |

|  |
| --- |
| 1. Achat des vaccins
 |
| Gavi compte que la plupart des pays achètent des matériels de vaccination par l’intermédiaire de l’UNICEF ou du Fonds renouvelable de l’OPS. Le pays a-t-il besoin d'un autre moyen d'approvisionnement et de livraison de matériels de vaccination (financé par le pays ou par Gavi)? |
| Oui [ ]  Non [ ] Si vous avez répondu Oui, veuillez joindre une description du mécanisme et des vaccins ou biens que le pays entend acquérir par le biais de ce mécanisme. |
| 1. Raison(s) du choix du produit ou de la présentation (autant que nécessaire)
 |
| **Raison(s) principale(s)** | **Observation** |
| **Considérations d'ordre économique** (par exemple: taux de perte, prix, engagements quant au prix) | [ ]  | ………………………………… |
| **Profil clinique du vaccin** (par exemple: données spécifiques au pays, profil d'innocuité) | [ ]  | ………………………………… |
| **Considérations logistiques** (par exemple: type des pastilles de contrôle des vaccins, taille des cartons) | [ ]  | ………………………………… |
| **Adéquation du programme de vaccination** (par exemple: calendrier des doses, facilité d'administration) | [ ]  | ………………………………… |
| **Raisons stratégiques/épidémiologiques** | [ ]  | ………………………………… |
| **Autre(s) raison(s)** | [ ]  | (Veuillez préciser) ……………………………… |
| 1. Considérations programmatiques
 |
| * Y a-t-il suffisamment de capacité de la chaîne du froid à tous les niveaux pour recevoir le vaccin cette année et dans les années à venir ?
 | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| * Date de livraison demandée pour le nouveau vaccin ou la nouvelle présentation (l'expédition effective dépendra de la disponibilité du vaccin)
 | JJ-MM-AA |
| * Date de changement prévue
 | JJ-MM-AA |
| * Nombre d'enfants dans la cohorte des naissances au cours de l'année où le changement est prévu (si connu, harmoniser avec l'approbation pluriannuelle de Gavi pour les vaccins)
 |  ……………….# |
| * À quel âge/point de contact la première dose du vaccin hexavalent sera-t-elle administrée?
 |  ……………… |
| * Nombre de nourrissons qui recevront la première dose du vaccin hexavalent au cours de l'année du changement de date prévu (veuillez ajuster en fonction du mois)
 |  ……………….# |
| * À quel âge/point de contact la deuxième dose d’hexavalent sera-t-elle administrée?
 |  ……………… |
| * Nombre de nourrissons qui recevront la deuxième dose d’hexavalent au cours de la première année du changement de date prévu (veuillez ajuster en fonction du mois)
 |  ……………….# |
| * À quel âge/au point de contact la troisième dose d'hexavalent sera-t-elle administrée ?
 |  ……………… |
| * Nombre de nourrissons qui recevront la troisième dose au cours de l'année où le changement est prévu (veuillez ajuster en fonction du mois)
 |  ……………….# |
| * À quel âge/point de contact la quatrième dose d'hexavalent sera-t-elle administrée ?
 |  ……………… |
| * Nombre de nourrissons qui recevront la quatrième dose dans l'année de la date d'introduction prévue (veuillez ajuster en fonction du mois)
 |  ……………….# |
|  |
| Justification du choix du calendrier : |
| Veuillez fournir des informations contextuelles telles que l'épidémiologie locale, les implications programmatiques et la faisabilité de l'administration pour justifier le calendrier choisi. |
| Vue d'ensemble du plan d'action : |
| Veuillez fournir des éléments du plan d'action qui sont pertinents pour l'examen de la demande et mettre en évidence la cohérence avec ces objectifs stratégiques |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Utilisation d'un appui financier pour financer des besoins supplémentaires en assistance technique
 |
| Grâce à la participation des partenaires ACP de Gavi, celle-ci finance une assistance technique ciblée et différenciée destinée à répondre aux besoins spécifiques des pays. Veuillez examiner le plan d'assistance technique actuellement approuvé (également appelé "plan d'assistance technique unique") pour évaluer si le soutien nécessaire à la mise en œuvre du changement est inclus dans le plan d'assistance technique approuvé. Si des lacunes dans l'assistance technique sont détectées, l'assistance technique supplémentaire requise peut être financée par la subvention de changement. Dans ce cas, les coûts pertinents doivent être indiqués dans le modèle de budgétisation et de planification. |
|

|  |
| --- |
| 1. Subventions au changement
 |
| Les pays peuvent faire une demande de subvention au changement pour faciliter cette transition ([veuillez vous référer aux sections 2.5 et 3.4 des directives sur le financement des vaccins](https://www.gavi.org/sites/default/files/support/guidelines-2023/Gavi_Vaccine_Funding_Guidelines_FR.pdf)). Cette subvention vise à couvrir une partie des investissements ponctuels liés au changement de produit, de présentation ou d'utilisation (par exemple formation, production et impression de documents, achat de boîtes isothermes). Le plafond de la subvention est de 0,25 USD par enfant de la cohorte des naissances de l’année du changement ou une somme forfaitaire de 30 000 USD, le montant le plus élevé étant retenu pour les pays qui passent du pentavalent et du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) au vaccin hexavalent. Les pays qui passent du pentavalent et du VPI à l'hexavalent et qui n'ont pas encore reçu un rappel de vaccin contenant le DTC au cours de la deuxième année de vie (2YL) ont droit à une subvention à l’introduction d’un vaccin (SIV) unique de 0,80/0,70/0,60 USD (selon la phase de cofinancement du pays) par enfant ciblé, ou à une somme forfaitaire de 100 000 USD, le montant le plus élevé étant retenu. Si vous ne demandez pas de subvention au changement, veuillez ne pas remplir le tableau ci-dessous. |
| a) Contribution de Gavi par enfant |  USD |
| b) Nombre d'enfants de la cohorte des naissances de l'année où le changement doit commencer | …………..# |
| Contribution totale de Gavi  | (a x b) **............**USD  |
| Fonds nécessaires dans le pays au (date prévue de décaissement) |  JJ-MM-AA |
| Veuillez joindre le [Modèle de budgétisation et de planification de Gavi](https://www.gavi.org/library/gavi-documents/guidelines-and-forms/budgeting-and-planning-template---user-guide/) afin de montrer comment la subvention de changement sera utilisée pour faciliter la mise en œuvre rapide et efficace des activités essentielles avant et pendant la vaccination. |

 |

|  |
| --- |
| 1. Signature(s) du gouvernement et des comités de coordination et consultatifs

Le gouvernement de (PAYS) souhaite poursuivre le partenariat existant avec Gavi pour l'amélioration du programme de vaccination du pays, et demande spécifiquement par la présente le soutien de Gavi pour passer au programme à trois doses d’hexavalent ou quatre doses d’hexavalent.Veuillez noter que cette demande ne sera pas examinée par GAVI sans la signature des ministres de la Santé et des Finances ou de leur représentant autorisé.*Nous, soussignés, déclarons que les objectifs et les initiatives de la présente demande sont en parfaite adéquation avec les plans stratégiques gouvernementaux de santé publique et de vaccination (ou leurs équivalents), et que les fonds nécessaires à la mise en œuvre de ces initiatives, notamment les fonds nationaux et le cofinancement éventuel des vaccins seront inscrits au budget annuel du ministère de la Santé.* *Nous, soussignés, affirmons en outre que les termes et les conditions de l'accord-cadre de partenariat conclu entre Gavi et le pays continuent d'être pleinement en vigueur et s'appliqueront à toute aide accordée par Gavi en vertu de la présente demande.* |

|  |  |
| --- | --- |
| Ministre de la Santé (ou autorité déléguée) | **Ministre des Finances (ou autorité déléguée)** |
| Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| *Veuillez envoyer le présent formulaire et toutes les pièces jointes demandées à* *proposals@gavi.org**avec copie au Gestionnaire de Programmes Pays de Gavi pour votre pays.* |
|  |
| Pièce jointe obligatoire:1. **Procès-verbal de la réunion** **du CCIA** au cours de laquelle la présente demande a été examinée et approuvée, avec signatures.
 |
| Annexe facultative:1. **Procès-verbal de la réunion du GTCV** au cours de laquelle le calendrier VPI a été recommandé
 |
| 1. **Plan d'action détaillé**
 |
| 1. **Budget détaillé**
 |

1. En utilisant le [Modèle de budgétisation et de planification de Gavi](https://www.gavi.org/library/gavi-documents/guidelines-and-forms/budgeting-and-planning-template---user-guide/) [↑](#footnote-ref-2)