Directives sur le financement pour Gavi 6.0

Gavi
L'Alliance du Vaccin

DÉTAILS DU DOCUMENT

VERSION	DATE
1.0	8 avril 2026
2.0	20 octobre 2026

Gavi, the Vaccine Alliance
Global Health Campus
Ch. du Pommier 40, 1218 Le Grand-Saconnex
Geneva, Switzerland
Tel. +41 22 909 65 00
Fax +41 22 909 65 50
www.gavi.org

Table des matières

Acronymes **6**

En un coup d'œil **7**

1. Introduction **9**

1.1. Objet des présentes directives 9

1.2. À qui s'adressent ces directives ? 9

1.3. Comment utiliser ce document 9

1.4. Ce qui a changé pour Gavi 6.0 11

1.5. Survol des modalités du soutien de Gavi 6.0 14

1.6. Éligibilité 16

Partie A : Soutien planifié par le biais de la demande du pays (pays en phase AI, TA et TP) **17**

2. Vaccins **18**

2.1. Optimisation et priorisation du portefeuille de vaccins 18

2.2. Budget vaccinal et programmes de vaccination éligibles 19

2.3. Utilisations du soutien à l'achat des vaccins 22

2.4. Intégration avec d'autres programmes de santé 24

2.4.1. Considérations relatives au programme de vaccination contre le paludisme 24

2.4.2. Considérations relatives à la poliomyélite et collaboration avec l'IMEP 25

3. Soutien en espèces **25**

3.1. Budget en espèces 26

3.2. Exigences liées au budget en espèces 31

3.3. Intégration dans les soins de santé primaires et d'autres initiatives de la santé mondiale 35

3.4. Assistance technique 38

4. Diagnostics **39**

Partie B : Exigences de cofinancement et d'investissement conjoint des pays (tous les pays) **41**

5. Exigences de cofinancement et d'investissement conjoint des pays **41**

5.1. Cofinancement 41

Gavi, the Vaccine Alliance
Global Health Campus
Ch. du Pommier 40, 1218 Le Grand-Saconnex
Geneva, Switzerland
Tel. +41 22 909 65 00
Fax +41 22 909 65 50
www.gavi.org

5.2. Investissement conjoint des pays dans les équipements de la chaîne du froid 46

Partie C : Soutien de la phase catalytique (pays en phase catalytique seulement) 47

6. Soutien de la phase catalytique 47

6.1. Soutien disponible pour l'introduction de nouveaux vaccins 48

6.2. Soutien disponible pour l'optimisation des vaccins (y compris les changements de produits) 49

Partie D : Soutien d'urgence, riposte aux flambées épidémiques et besoins imprévus (tous les pays) 51

7. Soutien disponible pour les urgences, les besoins imprévus et les flambées épidémiques 51

7.1. Riposte aux flambées épidémiques coordonnée par des mécanismes mondiaux 51

7.2. Mécanisme de résilience de Gavi 53

7.3. Fonds de première riposte de Gavi 57

Partie E : Suivi des subventions (tous les pays) 59

8. Suivi des subventions 59

Annexe 1 : Directives relatives à la priorisation 63

Vue d'ensemble de la priorisation du portefeuille 63

Phase 1 – Vue d'ensemble du portefeuille 64

Phase 2 – Évaluation 67

Optimisation et priorisation du portefeuille de vaccins 67

Priorisation du soutien en espèces 70

Phase 3 – Prise de décision finale 73

Annexe 2 : Directives relatives au processus 76

Alignement des cycles de subvention 76

Transition vers la période stratégique 6.0 76

Deux voies pour solliciter un soutien au titre de Gavi 6.0 76

Feuille de route pour la demande 77

Examen par le Comité d'examen indépendant 86

Résolution des problèmes et examen par le Groupe d'opérationnalisation des subventions 87

Modification d'une subvention 87

Autres types de soutien 88
Annexe 3 : Liste des vaccins 90
Vaccin oral contre le choléra (VOC) 91
Produits de diagnostic du choléra 93
Doses de rappel de vaccins contenant la diphtérie, le tétanos et la coqueluche 94
Vaccin contre le virus Ebola (vaccination préventive) 97
Vaccin contre l'hépatite B à la naissance 99
Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) 100
Vaccin antirabique humain en prophylaxie post-exposition 102
Vaccin contre l'encéphalite japonaise 104
Vaccin antipaludique 105
Vaccin contre la rougeole/rougeole-rubéole 108
Produits de diagnostic de la rougeole 111
Vaccins contre la méningite à méningocoque 113
Vaccin pentavalent (vaccin conjugué contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, l'hépatite B et l'*Haemophilus Influenza* de type b) 114
Vaccin antipneumococcique conjugué 116
Vaccin inactivé contre la poliomyélite (VPI) 118
Vaccin maternel contre le virus respiratoire syncytial chez les nourrissons 120
Vaccin antirotavirus 121
Vaccin conjugué contre la fièvre typhoïde (VTC) 123
Vaccin contre la fièvre jaune 125
Produits de diagnostic de la fièvre jaune 126
Annexe 4 : Domaines d'investissement de la stratégie pour les systèmes de santé 129
1. Prestation de services 130
2. Gestion des ressources humaines 136
3. Chaîne d'approvisionnement 151
4. Données, suivi et apprentissage, manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI) .. 159
5. Surveillance des maladies 169
6. Création de la demande et mobilisation communautaire 172

Gavi, the Vaccine Alliance
Global Health Campus
Ch. du Pommier 40, 1218 Le Grand-Saconnex
Geneva, Switzerland
Tel. +41 22 909 65 00
Fax +41 22 909 65 50
www.gavi.org

7. Gouvernance, politique, planification stratégique et gestion des programmes 178

8. Financement de la santé 185

Annexe 5: Engagement des partenaires élargis 193

Annexe 5a: Engagement des partenaires élargis dans le cadre de Gavi 6.0 193

Annexe 5a: Orientations des partenaires élargis en matière de conflits d'intérêts 197

Annexe 6: Chaîne à température contrôlée (CTC) 199

Annexe 7: Éligibilité budgétaire 204

Annexe 8: Domaines soutenus à la phase catalytique et directives relatives au processus 210

Annexe 9: Cadre de redevabilité en matière de subventions 217

Annexe 10: Optimisation des campagnes 222

Annexe 10A: Informations détaillées sur les méthodes de suivi, d'évaluation et d'apprentissage aux fins de la mesure des performances des campagnes 233

Annexe 10B : Évaluation de l'état de préparation d'un pays aux paiements numériques dans le cadre des campagnes et liste de contrôle aux fins de la transition 254

Gavi, the Vaccine Alliance
Global Health Campus
Ch. du Pommier 40, 1218 Le Grand-Saconnex
Geneva, Switzerland
Tel. +41 22 909 65 00
Fax +41 22 909 65 50
www.gavi.org

Acronymes

Acronyme	Terme entier
AI	Phase d'autofinancement initial
ECF	Équipements de la chaîne du froid
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPPV	Optimisation et priorisation du portefeuille de vaccins
PC	Phase catalytique
PEP	Prophylaxie post-exposition
RNB	Revenu national brut
SGS	Système de gestion des subventions
TA	Phase de transition accélérée
TP	Phase de transition préparatoire
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
WUENIC	Estimations OMS / UNICEF de la couverture vaccinale nationale

En un coup d'œil

À quoi servent ces directives ?	• Expliquer la portée du soutien de Gavi aux pays au cours de la période stratégique 2026-2030 (Gavi 6.0), notamment en ce qui concerne le financement des vaccins et le financement en espèces. • Expliquer comment les pays doivent planifier et prioriser leurs programmes de vaccination à l'intérieur des balises du soutien pour les vaccins et du soutien en espèces fournis par Gavi. • Clarifier les exigences relatives à la candidature des pays au titre de Gavi 6.0. • Expliquer comment accéder à d'autres types de soutien (p. ex. pour les flambées épidémiques, les urgences).
À qui s'adressent ces directives ?	**Aux pays qui sont dans l'une des quatre phases de transition de Gavi :** autofinancement initial (AI), transition préparatoire (TP), transition accélérée (TA) et phase catalytique (PC). Voir la politique d'éligibilité de Gavi ici : https://www.gavi.org/programmes-impact/programmatic-policies/eligibility-policy
Quoi de neuf dans Gavi 6.0 ?	**Pour les pays en phase AI, TP et TA :** • **Une seule demande par pays,** alignée sur la période stratégique de Gavi 6.0, couvrant les budgets en espèces et vaccinaux, qui facilite la prise de décision au niveau national. • **Un seul budget vaccinal** dédié à l'achat de vaccins soutenus par Gavi pour toute la période stratégique (2026-2030), qui rend la planification et la budgétisation plus prévisibles et aide les pays à établir leurs priorités. • **Un seul budget en espèces** regroupant de multiples subventions pour toute la période stratégique (2026-2030), qui renforce l'appropriation par le pays et facilite l'intégration. • **De nouvelles règles de cofinancement,** notamment un cofinancement en pourcentage pour certains vaccins dans les pays en phase d'autofinancement initial, des plafonds pour les pays en phase de transition préparatoire, de nouvelles exigences de cofinancement pour les campagnes soutenues par Gavi et des exigences actualisées pour les vaccins antipaludiques. **Pour les pays en phase catalytique :** • Soutien ciblé à l'introduction de nouveaux vaccins dans les pays à revenu intermédiaire ayant bénéficié ou non d'un soutien de Gavi dans le passé. **Pour les contextes fragiles et humanitaires, les urgences et les besoins imprévus :** • Une **approche pour les contextes fragiles et humanitaires** offrant un soutien sur mesure aux pays en situation de fragilité ou d'urgence, complétée par le nouveau Mécanisme de résilience de Gavi pour les besoins imprévus. • **Riposte aux flambées épidémiques :** soutien distinct à la vaccination en riposte aux flambées épidémiques par le biais de mécanismes mondiaux, y compris les réserves d'urgence gérées par le Groupe international de coordination de l'approvisionnement en vaccins. • **Fonds de première riposte :** financement de pointe prépositionné pour les urgences de santé publique majeures, y compris les flambées épidémiques, les épidémies et les pandémies. **Pour les pays dans toutes les phases de transition :** • **Un seul cadre de redevabilité en matière de subventions** offrant une vision plus globale de la performance des subventions, y compris les contributions attendues des bénéficiaires individuels, et simplifiant la communication de l'information et les examens. • **Un seul système de gestion des subventions,** soit une nouvelle plateforme numérique pour l'envoi des demandes, qui regroupe toutes les données

	relatives au financement et simplifie la gestion des subventions et la communication de l'information.
Durée du soutien	**Pour les pays en phase AI, TP et TA :** la subvention couvre la période stratégique de Gavi 6.0 (2026-2030). **Pour les pays en phase catalytique :** les programmes sont limités dans le temps (deux ans maximum) et fonctionnent indépendamment du cycle quinquennal de subvention, ce qui permet aux pays d'accéder à un soutien à tout moment de la période stratégique de Gavi 6.0.
Comment envoyer une demande ?	Les pays envoient leur demande par l'intermédiaire du système de gestion des subventions, en coordination avec leur équipe de pays du Secrétariat de Gavi.
À qui demander de l'aide ?	Les pays sont invités à contacter en premier lieu leur responsable pays senior au sein du Secrétariat de Gavi.

1. Introduction

1.1. Objet des présentes directives

Les présentes directives expliquent aux autorités des pays comment elles peuvent planifier et demander un soutien de Gavi au cours de la période stratégique 2026-2030 (Gavi 6.0). Elles décrivent les types de soutiens disponibles, la manière dont chaque soutien peut contribuer à l'atteinte des objectifs de vaccination du pays en cohérence avec les objectifs stratégiques de Gavi, ainsi que les modalités d'accès au soutien.

Des informations détaillées sur la préparation, l'envoi et l'examen des demandes sont fournies à l'annexe 2 – Directives relatives au processus.

1.2. À qui s'adressent ces directives ?

Ces directives s'adressent aux pays qui sont dans l'une des quatre phases de transition de Gavi : autofinancement initial (AI), transition préparatoire (TP), transition accélérée (TA) et phase catalytique (PC), ainsi qu'aux parties prenantes dans les pays, aux partenaires de l'Alliance et aux organisations participant à la planification, à la demande, à la mise en œuvre et au suivi du soutien de Gavi.

Veuillez consulter la politique d'éligibilité de Gavi et la liste actualisée des pays éligibles ici : https://www.gavi.org/programmes-impact/programmatic-policies/eligibility-policy

Dans les présentes directives, le terme « pays » désigne les autorités et institutions nationales chargées de la planification, de la demande et de la supervision du soutien de Gavi. Le terme « bénéficiaires » désigne toutes les entités qui reçoivent et gèrent des fonds de Gavi.

1.3. Comment utiliser ce document

Ce document se divise en cinq parties, les parties A à E, exposant les modalités d'accès aux différents types de soutien.

Partie A : Soutien planifié par le biais de la demande du pays (pays en phase AI, TA et TP)

La partie A décrit la structure du soutien de Gavi 6.0 et les types de soutien que les pays peuvent solliciter, énumérés ci-dessous.

- **Le budget vaccinal** à l'appui de l'achat de vaccins.
- **Le budget en espèces** à l'appui des systèmes de santé et de la mise en œuvre, pour des objectifs de renforcement de la vaccination systématique, de soutien aux introductions de nouveaux vaccins et de planification et d'exécution des campagnes de prévention. Ce budget sert également à financer l'achat d'équipements de la chaîne du froid et la fourniture d'assistance technique par des partenaires principaux (UNICEF, OMS, Banque mondiale, CDC/F) ou des partenaires élargis (p. ex. organisations de la société civile [sans but lucratif], secteur privé [but lucratif], autres organes des Nations Unies).
- **Le soutien au diagnostic,** y compris les maladies pour lesquelles ce soutien est disponible et la manière dont les pays peuvent y accéder.

La partie A contient également des orientations qui aideront les pays à prioriser et à ordonner leurs investissements au regard des ressources à leur disposition dans le cadre de la préparation de leur demande au titre de Gavi 6.0. Elle expose une approche de planification et d'établissement des priorités pour les programmes de vaccination qui est dirigée par les pays, ainsi que les interventions, les campagnes et l'assistance technique soutenues par des financements en espèces, le tout en adéquation avec les objectifs nationaux et la stratégie nationale de vaccination.

Partie B : Exigences de cofinancement et d'investissement conjoint des pays (tous les pays)

La partie B décrit les exigences de cofinancement et d'investissement conjoint des pays, notamment pour les vaccins de routine, les campagnes de prévention et les équipements de la chaîne du froid.

Partie C : Soutien de la phase catalytique (pays en phase catalytique seulement)

La partie C décrit le soutien à la disposition des pays en phase catalytique.

Partie D : Soutien d'urgence, riposte aux flambées épidémiques et besoins imprévus (tous les pays)

La partie D décrit la manière dont les pays, toutes phases confondues, peuvent obtenir un **soutien supplémentaire hors de la demande de financement** pour réagir à des évènements imprévus, notamment des flambées épidémiques, des pandémies et des situations d'urgence, au moyen de mécanismes mondiaux et du financement de Gavi dédié aux urgences.

Partie E : Suivi des subventions (tous les pays)

La partie E définit les attentes en matière de mise en œuvre, de suivi, d'apprentissage et de redevabilité en matière de subventions, une fois le soutien approuvé.

Le document contient des encadrés thématiques, comme suit :

Orientations pour les contextes fragiles et humanitaires
Un encadré thématique met en lumière les adaptations de l'approche aux contextes fragiles et humanitaires, qu'il s'agisse de soutien sur mesure ou d'exigences ou de considérations spéciales. Les pays et les partenaires évoluant dans des contextes fragiles et humanitaires doivent s'appuyer à la fois sur les directives principales et sur les dispositions propres à ces contextes. Veuillez consulter le document du Conseil d'administration de Gavi sur l'approche relative aux contextes fragiles et humanitaires (document 10, réunion de juillet 2025) : https://www.gavi.org/governance/gavi-board/minutes/24-25-july-2025

Références
Cet encadré thématique contient des liens vers les politiques de Gavi, les documents du Conseil d'administration et d'autres documents d'information et ressources des partenaires de l'Alliance. • **Documents du Conseil d'administration de Gavi :** https://www.gavi.org/fr/propos/gouvernance/conseil-d-administration

- **Politiques des programmes de Gavi :** https://www.gavi.org/fr/pays-partenaires/politiques-des-programmes
- **Orientations et outils des partenaires de l'Alliance :** les orientations et les ressources techniques pertinentes seront référencées dans les présentes directives, le cas échéant

1.4. Ce qui a changé pour Gavi 6.0

Le soutien de Gavi 6.0 est conçu pour aider les pays à mettre en place et à maintenir des programmes de vaccination prioritaires, à atteindre les enfants zéro dose et sous-vaccinés – que ce soit par la vaccination systématique ou des campagnes – et à renforcer la pérennisation des programmes nationaux de vaccination au fil du temps. La stratégie de Gavi 6.0 établit les priorités programmatiques et introduit plusieurs changements par rapport à la période stratégique précédente, qui façonneront le soutien que l'Alliance offrira aux pays. Bon nombre de ces changements visent à faciliter l'intégration programmatique et à prioriser les investissements de Gavi dans le soutien aux vaccins et le soutien en espèces, tout en renforçant l'impact, l'efficacité et la pérennité de la vaccination.

Vaccins

- Gavi 6.0 offre aux pays éligibles un accès au portefeuille le plus vaste de vaccins essentiels jamais constitué.

- L'Alliance aide les pays à introduire des vaccins et à étendre leur utilisation pour prévenir les maladies endémiques et à potentiel épidémique, avec de nouveaux budgets vaccinaux adaptés à chaque pays couvrant l'ensemble de la période stratégique. Les pays utiliseront ce budget pour prioriser et optimiser leurs programmes de vaccination et maximiser les résultats en matière de santé, notamment en améliorant l'efficacité des campagnes de vaccination préventive. La partie A – Budget vaccinal contient davantage d'informations à ce sujet.

- Gavi continue également d'offrir un accès équitable et rapide aux vaccins et aux financements opérationnels pour la riposte aux flambées épidémiques, aux épidémies et aux pandémies. Cet engagement s'appuie notamment sur des mécanismes tels que des réserves d'urgence élargies de vaccins et un nouveau « Fonds de première riposte » pour les urgences de santé publique majeures. La partie D contient davantage d'informations à ce sujet.

Stratégie pour les systèmes de santé et équité

- Avec l'introduction d'une nouvelle stratégie pour les systèmes de santé, de nouveaux budgets en espèces et une assistance technique, l'Alliance aidera les pays à améliorer l'équité et la pérennité de la vaccination systématique. Parmi les principaux changements d'orientation, on compte la planification intégrée du soutien de Gavi et les investissements axés sur les soins de santé primaires (en coordination avec les autres bailleurs de fonds, comme le Fonds mondial et les banques multilatérales de développement), ainsi qu'un suivi plus rapproché des investissements dans les systèmes de santé. Un nouveau cadre de différenciation aide les pays à adapter le soutien en fonction de leurs besoins et de leur contexte. Le cadre prévoit une série d'« interventions phares », censées obtenir l'impact catalytique maximum. La partie A – Budget en espèces contient davantage d'informations à ce sujet.

- Une nouvelle approche à l'égard des contextes fragiles et humanitaires introduit des changements ciblés améliorant la portée des programmes dans ces contextes. Il s'agit notamment d'un soutien à la vaccination des enfants âgés de 1 à 5 ans qui n'ont jamais été vaccinés, d'un soutien différencié pour les zones difficiles d'accès et de nouveaux moyens plus efficaces d'acheminer le soutien de Gavi aux communautés négligées. Les pays dont certaines régions sont fragilisées et les pays en phase catalytique en situation de fragilité ou d'urgence peuvent bénéficier d'un soutien particulier. Un nouveau mécanisme de financement (le Mécanisme de résilience de Gavi) contribuera à répondre aux besoins imprévus pendant la période stratégique de Gavi 6.0. La partie D contient davantage d'informations à ce sujet.

Pérennisation

- Gavi continue d'œuvrer à la pérennisation de la vaccination, tant sur le plan financier que programmatique. Pour Gavi 6.0, cela signifie de changer la manière dont les pays s'affranchiront du soutien de Gavi. Parallèlement à la mise à jour des règles de cofinancement pour les vaccins de routine et les équipements de la chaîne du froid, la pérennisation passera par un cofinancement accru et plus cohérent des vaccins utilisés dans les campagnes de vaccination préventive. Une nouvelle phase catalytique de Gavi procure un soutien ciblé à l'introduction de nouveaux vaccins dans les pays à revenu intermédiaire ayant bénéficié ou non d'un soutien de Gavi dans le passé.

- Dans de rares cas de conflits ou de catastrophes de grande ampleur entravant fondamentalement le fonctionnement du gouvernement, un pays peut bénéficier d'une dispense complète ou partielle de cofinancement (jusqu'à trois ans).

Architecture du financement pour Gavi 6.0

- **Une seule demande pour l'ensemble du soutien de Gavi.** Les pays enverront une nouvelle demande de financement ou une demande de reprogrammation et de consolidation des subventions existantes en une seule subvention pour les vaccins et financements en espèces au titre de Gavi 6.0. Afin de maximiser l'impact, l'efficacité et la pérennité de son soutien, Gavi encourage les pays à adopter une approche intégrée et globale dans leurs demandes de financement, qui associe les besoins en matière d'achat de vaccins à leurs demandes de soutien en espèces.

- **Un seul budget vaccinal pour les pays en phase AI, TA et TP.** Les pays se verront allouer un budget vaccinal pour l'achat de vaccins au cours de la période de Gavi 6.0. Il est composé de deux parties : 1) un budget garanti pour des vaccins spécifiques, et 2) un budget discrétionnaire pour d'autres vaccins éligibles au soutien de Gavi.

- **Un seul budget en espèces pour les pays en phase AI, TA et TP.** Les pays se verront allouer un budget en espèces pour le renforcement des systèmes de santé et de la vaccination. Ce budget comporte trois allocations réservées, soit : i) une allocation minimale de 10 % du budget en espèces total pour les organisations de la société civile ; ii) une dépense minimale pour l'achat d'équipements de la chaîne du froid ; et iii) des dépenses minimale et maximale (la fourchette spécifique à chaque pays étant communiqué individuellement) pour les coûts de fonctionnement des campagnes de suivi de la rougeole/rougeole-rubéole. Le budget en espèces réunira les subventions antérieures de Gavi, notamment les subventions pour le renforcement des systèmes de santé, le Fonds

d'accélération de l'équité en matière de vaccination, l'aide ciblée aux pays, la plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid et le soutien en espèces pour l'introduction de nouveaux vaccins, les substitutions et les activités de campagne. En mars 2026, chaque pays a reçu un budget en espèces indicatif pour la période de Gavi 6.0. Les budgets en espèces définitifs seront communiqués en juillet 2026.

Les pays peuvent planifier l'assistance technique et y accéder par deux voies. A) Les subventions du soutien fondamental aux pays, qui apportent un soutien prévisible et à long terme aux cinq fonctions essentielles de la vaccination, principalement par l'intermédiaire de l'OMS, de l'UNICEF et, dans certains contextes, d'autres partenaires ; et B) le budget en espèces, qui intègre désormais la majeure partie de l'assistance technique qui était auparavant fournie par des mécanismes distincts. Les pays sont censés planifier, prioriser et comptabiliser dans leur budget en espèces tout besoin d'assistance technique supplémentaire qui excède les ressources fournies au titre des subventions pour le soutien fondamental aux pays.

- **Cadre de redevabilité en matière de subventions.** Gavi 6.0 remplace l'ancienne approche de suivi et d'apprentissage par ce cadre, qui est plus intégré et axé sur la mise en œuvre. Le suivi met désormais un accent accru sur les résultats au niveau des bénéficiaires, comme l'absorption du budget, la mise en œuvre des activités et une combinaison d'indicateurs obligatoires et personnalisés sur lesquels les bénéficiaires sont censés se baser pour établir des cibles. Le suivi du cadre de redevabilité en matière de subventions doit reposer sur une base solide de suivi et d'examen réguliers au niveau infranational.

Tableau 1 : Sommaire des principaux changements entre Gavi 5.0/5.1 et Gavi 6.0

Catégorie	***Avant (Gavi 5.0/5.1)***	***Maintenant (Gavi 6.0)***
Soutien aux vaccins	Les pays demandaient un soutien pour les vaccins éligibles sur une base continue.	**Un seul budget vaccinal :** les pays reçoivent un budget vaccinal définitif pour toute la période de Gavi 6.0 et doivent établir leurs priorités à l'intérieur de ce budget.
Soutien en espèces	Plusieurs sources distinctes de financement en espèces.	**Un seul budget en espèces :** les pays reçoivent un budget en espèces définitif pour toute la période de Gavi 6.0 qui regroupe les subventions antérieures de Gavi.
Cofinancement	Les pays en phase AI payaient un montant fixe de 0,20 dollar US par dose pour la plupart des vaccins ; aucun cofinancement n'était affecté aux campagnes de prévention ; aucun plafond n'était fixé pour les pays en phase TP ; des règles de cofinancement ad hoc étaient établies pour les vaccins antipaludiques.	Les pays en phase AI cofinancent des programmes de vaccination sélectionnés sur la base d'un pourcentage du prix du vaccin, notamment 4 % pour l'anti-VPH et 7 % pour le VPC. Le cofinancement s'applique aux campagnes de prévention soutenues par Gavi à hauteur de 2 %, 10 % ou 20 %. Cofinancement plafonné à 80 % pour les pays en phase TP. Nouvelles règles de cofinancement pour les vaccins antipaludiques. AI : 0,20 dollar US par dose (aucun changement). TP : 0,20 dollar US au départ, avec augmentation annuelle de 30 %. TA : politique standard, augmentation linéaire

		jusqu'à 100 % (autofinancement complet).
Investissement conjoint des pays dans les équipements de la chaîne du froid (ECF)	Les pays prenaient en charge une part plus importante des coûts d'investissement liés aux ECF.	Exigences en matière d'investissement conjoint des pays pour les ECF : dans Gavi 6.0, réduction de 20 % à 10 % pour les pays en phase AI, de 50 % à 20 % pour les pays en phase TP et de 50 % à 35 % pour les pays en phase TA.
Modèle de demande	Plusieurs subventions pour les vaccins et financements en espèces, et demandes en continu tout au long de la période stratégique.	**Une seule demande par pays** envoyée au cours des deux premières années de la période 6.0, qui couvre à la fois le soutien aux vaccins et le soutien en espèces. Les pays qui ont récemment effectué le processus de Planification de l'ensemble du portefeuille peuvent regrouper et reprogrammer leurs subventions existantes au titre des nouveaux budgets vaccinaux et en espèces.
Assistance technique	L'assistance technique était fournie par plusieurs mécanismes distincts, y compris des mécanismes d'appui autonomes.	Les fonctions de base à long terme sont appuyées par le soutien fondamental aux pays, et tout soutien supplémentaire est financé par le budget en espèces.
Contextes fragiles et situations d'urgence	Les politiques et les mécanismes en place procuraient un soutien pour les contextes fragiles et les situations d'urgence, mais les modalités d'accès étaient plus fragmentées.	Gavi 6.0 introduit une approche plus explicite pour les contextes fragiles et humanitaires, notamment des modalités de soutien adaptées, le Mécanisme de résilience de Gavi pour les besoins imprévus et le Fonds de première riposte pour les urgences de santé publique majeures.
Suivi	Démarches de suivi spécifiques à la subvention.	Un cadre de redevabilité en matière de subventions révisé régit le suivi des subventions intégrées et des contributions des bénéficiaires individuels.

1.5. Survol des modalités du soutien de Gavi 6.0

Gavi 6.0 offre aux pays un soutien intégré et complet, allant de l'achat des vaccins à leur administration par le biais de la vaccination systématique et de campagnes préventives, complété par des investissements ciblés dans les diagnostics, les systèmes de santé et le renforcement de la vaccination.

Tableau 2 : Soutiens de Gavi 6.0 et modalités d'accès

Type / pays éligibles	Domaine de soutien	Activités soutenues dans Gavi 6.0	Modalités d'accès au soutien
Planifié – AI, TP, TA	Achat de vaccins (programmes de vaccination systématique, introductions de nouveaux vaccins de routine, campagnes de prévention)	Achat de vaccins pour les programmes existants de vaccination systématique, les introductions de nouveaux vaccins et les mises à l'échelle planifiées ; campagnes de rattrapage ponctuelles liées aux introductions ; campagnes	Demande de financement ou de reprogrammation du pays, avec un financement fourni par l'intermédiaire du **budget vaccinal**.

		périodiques de suivi de la rougeole/rougeole-rubéole ; et campagnes de prévention ciblées ou à grande échelle.	
Planifié – AI, TP, TA	Soutien au renforcement des systèmes de santé et de la vaccination	Renforcement de la vaccination systématique, y compris les équipements de la chaîne du froid ; soutien opérationnel à l'introduction de nouveaux vaccins ; planification et mise en œuvre de campagnes de prévention.	Demande de financement ou de reprogrammation du pays et consolidation des subventions existantes, avec un financement fourni par l'intermédiaire du **budget en espèces**.
Planifié – AI, TP, TA	Diagnostics (liés aux vaccins)	Achat de tests de diagnostic pour des maladies sélectionnées avec un programme de vaccination concomitant, y compris le choléra, la fièvre jaune et la rougeole, à l'appui d'un ciblage efficace de la vaccination.	Candidature du pays. Financement assuré par un soutien distinct pour l'achat de produits de diagnostic, **en dehors du budget de vaccination et du budget en espèces.**
Planifié – AI, TP, TA	Assistance technique	Assistance technique à court terme ; assistance technique par projet ; assistance technique à plus long terme couvrant les coûts de personnel et d'exploitation pour la mise en œuvre pérenne du programme.	Demande de financement ou de reprogrammation du pays et consolidation des subventions existantes, avec un financement fourni par l'intermédiaire du budget en espèces. Financement assuré par le **budget en espèces** (assistance technique à court terme et à long terme). Pour les fonctions essentielles à long terme, par l'intermédiaire de la demande et de la subvention au titre du **soutien fondamental aux pays.**
Planifié – phase catalytique	Soutien de la phase catalytique	Soutien ciblé et limité dans le temps pour l'introduction de nouveaux vaccins, l'optimisation des vaccins, les changements de produits et le soutien aux contextes fragiles et dans les situations d'urgence (le cas échéant).	Candidature du pays, financée par les modalités d'appui différencié pour les **pays en phase catalytique.**
Non planifié – phases AI, TP, TA et PC	Achat de vaccins pour les flambées épidémiques et les urgences et	Achat de vaccins, financement opérationnel et autres formes de soutien en réponse à des flambées épidémiques, des épidémies ou des pandémies	Accessible par des **mécanismes dédiés,** en dehors de la demande du pays, du

	financement opérationnel	confirmées et à d'autres besoins imprévus éligibles.	budget vaccinal et du budget en espèces.

1.6. Éligibilité

Le soutien de Gavi accorde la priorité aux pays aux revenus les plus faibles du monde. Le revenu national brut (RNB) par habitant est le principal critère d'éligibilité. Pour 2026, le seuil d'éligibilité au soutien de Gavi est un RNB par habitant de 2 300 dollars US (d'après les données de la méthode Atlas de la Banque mondiale de 2024). L'éligibilité, qui est réévaluée chaque année, détermine le positionnement d'un pays dans l'une des quatre phases de transition, chacune ayant des exigences de financement et de cofinancement distinctes.

Orientations pour les contextes fragiles et humanitaires
Il est reconnu, dans Gavi 6.0, que les contextes fragiles et humanitaires nécessitent une approche différenciée du financement des programmes. Les pays classés comme « fragiles » en vertu de la politique en matière de contextes fragiles, d'urgences et de populations déplacées, ainsi que les régions fragilisées à l'intérieur d'un pays non fragile, peuvent bénéficier des modalités de soutien personnalisées décrites dans les présentes directives. Les pays ayant des régions fragilisées bien identifiées doivent collaborer avec leur responsable pays senior pour déterminer les modalités d'éligibilité et d'accès à un soutien différencié.

Références
Veuillez consulter la **politique d'éligibilité de Gavi** et la liste actualisée des pays éligibles ici : https://www.gavi.org/programmes-impact/programmatic-policies/eligibility-policy

Partie A : Soutien planifié par le biais de la demande du pays (pays en phase AI, TA et TP)

La partie A établit le soutien prévu pour les pays en phase d'autofinancement initial, de transition préparatoire et de transition accélérée dans le cadre de Gavi 6.0. Les pays devront établir leurs plans et leurs priorités de manière holistique dans la limite des ressources à leur disposition réparties dans un budget vaccinal et un budget en espèces définis. Il leur faudra notamment choisir minutieusement les programmes de vaccination à conserver, à introduire, à intensifier ou à optimiser, ainsi que les investissements à prioriser pour la mise en œuvre, les systèmes, les campagnes et l'assistance technique en lien avec ces programmes. Les pays sont encouragés à entreprendre un exercice de priorisation de leur portefeuille vaccinal pour étayer ces choix, en s'appuyant sur les priorités nationales, y compris la stratégie nationale de vaccination, et au regard des ressources nationales et extérieures disponibles et de l'accessibilité financière à long terme des programmes. **Ainsi, la priorisation et l'optimisation du soutien pour les vaccins et du soutien en espèces sont des aspects essentiels de Gavi 6.0.**

Points clés à retenir :

- Toute planification des services de vaccination systématique, des introductions et des campagnes devrait accorder la priorité aux enfants zéro dose et aux communautés négligées.
- Les pays doivent identifier et lever les obstacles liés au genre afin de garantir un accès équitable aux vaccins pour toutes les populations.
- Le soutien de Gavi est destiné à jouer un rôle de catalyseur. Dans le cadre de leur exercice de priorisation, les pays sont encouragés à prendre en considération les implications programmatiques et financières à moyen et à long terme de leurs choix, y compris le cofinancement national et les engagements pérennes de financement national, ainsi que le renforcement stratégique à long terme des systèmes de santé, qui sont tous des éléments essentiels à la pérennisation programmatique et financière.
- Le soutien de Gavi vise principalement l'exécution en temps voulu de la vaccination systématique, qui est au cœur des programmes nationaux de vaccination et sur laquelle repose l'atteinte des objectifs de vaccination de manière efficace et efficiente. Gavi explicite des considérations particulières pour les pays qui demandent un soutien pour des campagnes.

Orientations supplémentaires
Voir l'**annexe 1** – **Directives relatives à la priorisation** pour des orientations détaillées sur les exercices nationaux de priorisation et d'optimisation du soutien vaccinal et en espèces, ainsi que des liens vers les outils et ressources disponibles.

2. Vaccins

2.1. Optimisation et priorisation du portefeuille de vaccins

L'exercice de planification que doivent réaliser les pays pour établir leurs priorités vaccinales est nommé « optimisation et priorisation du portefeuille de vaccins » qui, aux fins du présent document, est défini comme suit :

Priorisation. La priorisation consiste à choisir les objectifs programmatiques à privilégier, les vaccins dans lesquels investir et dans quel ordre. Les pays, en particulier ceux limités par la rareté des ressources, des capacités ou des approvisionnements, doivent procéder à un exercice systématique et fondé sur des données probantes pour déterminer quels vaccins ils pourront introduire, mettre à l'échelle ou conserver dans la limite des ressources disponibles. Cet exercice doit tenir compte du contexte et des besoins du pays et viser la pérennisation des programmes.

Optimisation. L'optimisation consiste à choisir les produits, les présentations ou les schémas vaccinaux qui conviennent le mieux au contexte du pays (voir le tableau 3 ci-dessous pour les options soutenues par Gavi). Cet exercice est l'occasion pour les pays d'évaluer et de réviser leur portefeuille de vaccins, y compris les implications sur les coûts, afin de maximiser l'impact, l'efficacité et la couverture. Pour certains pays, les économies réalisées grâce aux décisions d'optimisation peuvent dégager des ressources et élargir l'éventail des options.

Comme ils disposent d'un budget vaccinal fixe pour les achats de vaccins, les pays devront faire des compromis et prendre des décisions plus stratégiques au cours de la période de Gavi 6.0. Les pays sont encouragés à examiner leur portefeuille au regard de critères pertinents, notamment les implications programmatiques, les coûts et l'impact opérationnel, en suivant une approche fondée sur des données probantes et centrée sur leur stratégie nationale de vaccination.

Gavi et ses partenaires ont préparé des orientations, des outils et un soutien technique afin d'aider les Groupes techniques consultatifs nationaux sur la vaccination, les équipes du programme essentiel de vaccination, les ministères de la Santé et les ministères des Finances dans leur prise de décision sur les compromis nécessaires. Toutes les décisions relatives à l'introduction de vaccins, à l'organisation de campagnes ou aux substitutions de vaccins sont censées être étayées par des processus techniques nationaux, y compris le processus d'évaluation et de recommandation d'un Groupe technique consultatif national sur la vaccination ou d'un organisme équivalent ; les pays qui n'en disposent pas doivent présenter un plan de formation d'un tel groupe dans leur demande de soutien aux nouveaux vaccins.

Outre les préparatifs à l'élaboration d'une demande globale, d'autres occasions se présentent aux pays d'évaluer leur portefeuille, comme la publication d'une nouvelle recommandation technique (p. ex. le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, ou SAGE) ou des changements sur le marché des vaccins. Si, au terme de cette évaluation, le pays décide de changer ou de redéfinir ses priorités d'introduction de nouveaux vaccins, il peut faire une demande à ce titre en suivant la procédure de modification de la subvention.

Tableau 3. Aperçu des options d'optimisation au sein du portefeuille de Gavi

Vaccin	Formulation / présentation du produit	Schéma
Virus du papillome humain (VPH)	• 5 options de produits (+1 soumis pour préqualification par l'OMS)	• Passage au schéma à une dose
Vaccin conjugué contre le pneumocoque (PCV)	• 5 options de produits	• Schéma 3+0 ou 2+1 • Schéma 1+1 pour les programmes matures répondant à des critères précis*
Rotavirus	• 7 présentations[1]	• Schéma à 2 ou 3 doses
Vaccin hexavalent / Vaccin pentavalent + vaccin inactivé contre la poliomyélite (VPI)	• Options de présentation pour le vaccin pentavalent et le VPI	• Passage d'un schéma pentavalent 3 doses + VPI 2 doses à un schéma hexavalent 3 doses
Fièvre jaune	• Changement de présentation de 10 à 5 doses/flacon	S.O.
Méningite à méningocoques	• Remplacement de MenA par Men5CV (MenACYWX)	S.O.
Rougeole/rougeole-rubéole	• 2 présentations (flacons de 5 doses et de 10 doses)	S.O.
Vaccin inactivé contre la poliomyélite (VPI)	• 3 présentations (flacons de 1, 5 et 10 doses)	S.O.
Pentavalent	• 2 présentations (flacons de 1 et 10 doses) • DTC à cellules entières ou pentavalent pour le rappel à la deuxième année de vie	S.O.

2.2. Budget vaccinal et programmes de vaccination éligibles

Le budget vaccinal est le financement à la disposition d'un pays pour soutenir ses achats de vaccins pendant la période de Gavi 6.0 (2026-2030). Son montant est communiqué aux pays au début de la période stratégique et peut être mis à jour ponctuellement à la suite d'un examen annuel réalisé par

[1] Marché affecté par des contraintes d'approvisionnement liées à la disponibilité limitée de certaines présentations.

Gavi. Il favorise une planification plus prévisible et exige des pays qu'ils fassent des choix dans le cadre d'un budget définitif. Le budget vaccinal couvre les programmes de vaccination systématique, les introductions de nouveaux vaccins, les substitutions de vaccins et les campagnes de prévention planifiées. Il ne couvre pas les vaccins utilisés pour la riposte aux flambées épidémiques, aux épidémies ou aux pandémies, qui sont accessibles au moyen de mécanismes distincts.

Orientations supplémentaires
Des orientations supplémentaires sur le soutien d'urgence, la riposte aux flambées épidémiques et les besoins imprévus sont présentées à la partie D.

Le budget vaccinal de chaque pays est composé de deux volets : un budget garanti et un budget discrétionnaire. L'impact sur la santé, l'optimisation des ressources, la pertinence mondiale, l'équité entre les pays et la continuité du soutien sont autant d'éléments qui entrent en ligne de compte pour déterminer les vaccins inclus dans le budget garanti. Cette classification n'est pas fondée sur une orientation de l'OMS ni sur une quelconque politique nationale, et n'y fait pas référence.

Tableau 4 : Composantes des budgets vaccinaux

Composante	Description	Programmes de vaccination
Budget garanti	Pour continuer à financer les programmes de vaccination existants ; ou en introduire de nouveaux / mener des campagnes de vaccination préventive avec les vaccins ci-contre. Calcul initial basé sur la demande prévisionnelle pour la période de Gavi 6.0.	• **Hépatite B - dose à la naissance** • **Virus du papillome humain (VPH)** (y compris la cohorte multiâges initiale) • **Rougeole/rougeole-rubéole** (routine [y compris le passage à la présentation en cinq doses], campagnes de rattrapage 6/9 mois à <10 ans et campagnes de suivi [6/9 à 59 mois]) • **Vaccin pentavalent et vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) ou vaccin hexavalent** • **Vaccin antipneumococcique conjugué** (routine et campagnes de rattrapage) • **Rotavirus** • **Fièvre jaune** (routine seulement)
Budget discrétionnaire	Pour financer tous les autres vaccins éligibles au soutien de Gavi (voir la liste ci-contre). Ces fonds peuvent ne pas suffire à couvrir tous les besoins, auquel cas les pays devront établir des priorités parmi les programmes éligibles ou mobiliser des fonds supplémentaires pour autofinancer ces vaccins. Calcul basé sur une formule d'allocation (mortalité des moins de 5 ans inversement proportionnelle au RNB par habitant), en tentant compte de	Tous les autres vaccins (dans les limites du budget alloué) figurant sur la liste de Gavi, soit les suivants à l'heure actuelle : • **Doses de rappel de vaccins contenant la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) à cellules entières** • **Encéphalite japonaise** (+ rattrapage) • **Paludisme** • **Méningocoque A/vaccin antiméningococcique conjugué multivalent (VMCM)** (+ rattrapage) • **Vaccin anticholérique oral (VCO)** (campagnes)

	l'investissement minimum pour l'autofinancement initial[2].	• **Vaccin antirabique en prophylaxie post-exposition (PEP)** • **Virus respiratoire syncytial (VRS)** • **Vaccin antityphoïdique conjugué (VTC)** (+ rattrapage) • **Fièvre jaune** (campagnes) • **Tranche d'âge élargie pour la rougeole/rougeole-rubéole (suivi >5 ans ou rattrapage 10-14 ans)** • Doses destinées à la vaccination systématique contre la rougeole/rougeole-rubéole chez les 24 à 59 mois (p. ex. pour l'intensification périodique de la vaccination systématique) • D'éventuels vaccins contre la dengue, les streptocoques du groupe B et la tuberculose seront ajoutés dès qu'ils seront disponibles.

Points clés à retenir :

- Les termes « garanti » et « discrétionnaire » font référence à la portion du financement des vaccins assurée par Gavi. Ils ne reflètent pas le coût total des programmes de vaccination, qui peut également comprendre le cofinancement du pays, le cas échéant.
- Le budget garanti :
    - établit le financement à la disposition de chaque pays pour un ensemble défini de programmes de vaccination, qu'il s'agisse de vaccins déjà introduits ou de vaccins dont l'introduction est prévue (voir le tableau 4). Il se base sur la demande prévisionnelle du pays pour la période de Gavi 6.0. Au moment de préparer leur candidature pour solliciter le soutien de Gavi, les pays peuvent répartir leur budget garanti disponible entre ces différents programmes de vaccination en fonction des résultats du processus d'optimisation et de priorisation du portefeuille de vaccins (voir la section 2.1) et des présentes directives – en tenant compte, par exemple, des besoins et du calendrier d'introduction des vaccins, du choix des produits et des objectifs de couverture des programmes en cours. Les pays ne sont pas autorisés à réaffecter vers d'autres programmes les « économies » réalisées en interrompant un programme déjà lancé.
    - Si un programme au titre du budget garanti est interrompu ou n'est pas lancé au cours de la période stratégique, il ne sera pas possible d'utiliser les fonds Gavi qui y sont associés.
    - Un pays ne peut utiliser les fonds du budget garanti pour l'achat de vaccins figurant sur la liste du budget discrétionnaire, sauf s'il choisit d'autofinancer intégralement le programme d'un vaccin figurant sur la liste du budget garanti. Dans ce cas, le pays

[2] L'investissement minimum pour l'autofinancement initial permet de garantir que les budgets vaccinaux pour les pays en phase d'autofinancement initial prévoient un soutien suffisant pour assurer la continuité des programmes de vaccination existants financés au titre du budget discrétionnaire et pour assurer l'intensification et l'introduction de vaccins antipaludiques dans jusqu'à 70 % des zones de transmission modérée à élevée.

peut réaffecter une somme équivalente du budget garanti à des vaccins figurant sur la liste du budget discrétionnaire.

- Le budget discrétionnaire :
  - établit un financement à la disposition de chaque pays dont l'objectif premier est d'appuyer les programmes de vaccination, qu'il s'agisse de vaccins déjà introduits ou de vaccins dont l'introduction est prévue, qui ne sont pas inclus dans le budget garanti ;
  - peut également servir à couvrir les besoins de financement liés aux vaccins dans le cadre du budget garanti ;
  - est alloué selon une formule conçue pour équilibrer la simplicité et l'équité, une part plus importante étant allouée aux pays à faible revenu et à mortalité élevée chez les enfants de moins de 5 ans. Dans le cas des pays en phase d'autofinancement initial, cela comprend, au minimum, un financement suffisant pour couvrir la part de Gavi pour :
    - les coûts prévisionnels des programmes de vaccination existants financés au titre du budget discrétionnaire ;
    - l'intensification et de la mise à l'échelle du vaccin antipaludique dans jusqu'à 70 % des zones de transmission modérée à élevée.
- Si ses besoins en vaccins sont supérieurs à son budget vaccinal au moment où il sollicite le soutien de Gavi, le pays pourra être amené à déterminer quels programmes maintenir ou introduire en priorité, à optimiser les programmes existants, à inscrire ses besoins supplémentaires sur la liste d'attente ou, si nécessaire, à autofinancer certains programmes.
- **Les pays sont fortement encouragés à utiliser la liste d'attente.** Il s'agit d'un registre où figurent les besoins supplémentaires de financement au titre des budgets garanti et discrétionnaire, tels qu'ils sont indiqués dans la candidature du pays. Ces besoins sont examinés lors de l'évaluation annuelle de Gavi. Ils pourront être satisfaits à mesure que de nouvelles ressources de Gavi deviennent disponibles, conformément à l'ordre de priorité défini dans la politique relative au budget vaccinal (voir l'annexe 2 – Simulateur de budget vaccinal).

Orientations supplémentaires
Voir **l'annexe 3 – Liste des vaccins** pour des orientations détaillées et spécifiques à chaque vaccin sur l'éligibilité, les modalités de soutien et les exigences. La **partie D** décrit l'assistance disponible pour les vaccins utilisés pour les ripostes aux flambées épidémiques et autres besoins imprévus. Pour plus d'informations sur les produits pour les vaccins et les équipements de la chaîne du froid, voir https://www.gavi.org/fr/our-alliance/market-shaping/product-information-vaccines-cold-chain-equipment

2.3. Utilisations du soutien à l'achat des vaccins

Le soutien à la vaccination de Gavi comprend l'achat de vaccins préqualifiés par l'OMS par l'intermédiaire de la Division des approvisionnements de l'UNICEF, en adéquation avec les profils détaillés des produits de Gavi.

Le soutien à la vaccination peut couvrir l'administration de routine en site fixe, de proximité, mobile et en milieu scolaire, ainsi que l'intensification périodique de la vaccination systématique et les campagnes de prévention planifiées. Il peut également inclure, au titre du budget vaccinal du pays, des doses de rattrapage pour des enfants (jusqu'à l'âge de 5 ans) ayant raté des doses.

Le soutien de Gavi 6.0 à l'achat de vaccins couvre les trois domaines d'utilisation suivants.

- **Vaccination systématique.** Achat de vaccins pour les programmes de vaccination systématique dirigés par les pays, y compris le rattrapage systématique, dans le but de vacciner tous les enfants par le biais des services de vaccination systématique.

- **Introductions et mise à l'échelle.** Achat de vaccins pour les introductions de nouveaux vaccins et l'élargissement de la couverture, y compris les activités éligibles des campagnes de rattrapage.

- **Campagnes de prévention planifiées.** Achat de vaccins pour les trois principaux types de campagnes de prévention planifiées, décrits ci-dessous.
    - **Campagnes de rattrapage liées aux introductions en vaccination systématique.** Campagnes conçues pour augmenter rapidement l'immunité parmi la population et accélérer l'impact des vaccins nouvellement introduits (p. ex. rougeole-rubéole, virus du papillome humain, typhoïde, méningite A, méningite - multivalent, encéphalite japonaise, pneumocoque).
    - **Campagnes de prévention à grande échelle.** Campagnes nationales ou infranationales visant à protéger les populations à risque, en vue de prévenir des flambées épidémiques importantes et perturbatrices (p. ex. choléra, Ebola - prévention, fièvre jaune).
    - **Campagnes de suivi périodique rougeole/rougeole-rubéole (R/RR).** Campagnes conçues pour combler les déficits d'immunité contre la rougeole dans les pays où la couverture de la vaccination systématique ne suffit pas à prévenir les flambées épidémiques. Les campagnes doivent servir à renforcer le système de vaccination systématique et d'atteindre les enfants zéro dose et les populations sous-vaccinées.

Les campagnes peuvent être mises en œuvre de manière intégrée à travers des prestations ou une planification conjointes, par exemple pour renforcer la couverture des antigènes de la vaccination systématique, pour mettre en œuvre plusieurs approches préventives à la fois, ou pour être combinées à des interventions non vaccinales.

Toutes les décisions relatives à l'introduction de vaccins ou à l'organisation de campagnes doivent s'appuyer sur des processus techniques nationaux, y compris le processus d'évaluation et de recommandation d'un Groupe technique consultatif national sur la vaccination ou d'un organisme équivalent. Les pays qui ne disposent pas d'un Groupe technique consultatif national sur la vaccination doivent présenter un plan de formation d'un tel groupe dans leur demande de soutien aux nouveaux vaccins.

Orientations pour les contextes fragiles et humanitaires
Pendant des années, de nombreuses communautés en contextes fragiles et humanitaires ont été négligées, avec pour conséquence un nombre grandissant d'enfants zéro dose ou sous-

vaccinés concentrés dans des grappes de population qui risquent d'enregistrer des taux élevés de mortalité et de devenir des foyers épidémiques.

Gavi 6.0 encourage les pays à recourir à la vaccination de rattrapage pour atteindre ces enfants, y compris ceux âgés de 1 à 5 ans, si nécessaire. Cet effort est particulièrement important dans les contextes fragiles et humanitaires, où les enfants âgés non vaccinés peuvent courir des risques plus élevés.

Les pays en contexte fragile et humanitaire doivent inclure des stratégies de rattrapage dans leurs demandes et peuvent demander un soutien supplémentaire pour la vaccination des cohortes plus âgées, si les données épidémiologiques le justifient.

Orientations supplémentaires

Stratégies et pratiques mondiales de vaccination systématique (SPMVS) : https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/essential-programme-on-immunization/implementation/global-routine-immunization-strategies-and-practices-(grisp)

Orientations de l'OMS sur les campagnes de vaccination : https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/essential-programme-on-immunization/implementation/immunization-campaigns

2.4. Intégration avec d'autres programmes de santé

Pour certains programmes de vaccination, les pays doivent effectuer leur planification en étroite coordination avec les programmes de santé et les partenaires concernés, afin de garantir la cohérence de la priorisation, de la mise en œuvre et de l'utilisation des ressources disponibles. Les considérations ci-dessous mettent en évidence les domaines dans lesquels l'intégration des programmes est particulièrement importante dans Gavi 6.0.

2.4.1. Considérations relatives au programme de vaccination contre le paludisme

Les demandes de financement liées au vaccin antipaludique doivent reposer sur des stratégies nationales de lutte contre le paludisme et des programmes de vaccination priorisés et chiffrés. Ces stratégies programmatiques doivent tenir compte de la combinaison optimale d'interventions de lutte contre le paludisme, y compris les vaccins antipaludiques, en fonction du contexte du pays, afin d'optimiser l'utilisation et l'impact de toutes les ressources disponibles, y compris les fonds nationaux.

Il est fortement recommandé de planifier la lutte contre le paludisme de manière intégrée avec le programme national de lutte contre le paludisme ou son équivalent et avec d'autres partenaires, y compris le Fonds mondial. Gavi et le Fonds mondial fourniront conjointement une trousse d'information des bailleurs de fonds pour la lutte contre le paludisme, qui décrira le soutien disponible à l'appui d'une planification holistique des programmes de lutte contre le paludisme.

Orientations supplémentaires

Voir l'**annexe 3 – Liste des vaccins** pour des informations supplémentaires sur la portée du soutien de Gavi au vaccin antipaludique.

2.4.2. Considérations relatives à la poliomyélite et collaboration avec l'IMEP

Gavi et l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) ont convenu de renforcer leur collaboration dans les pays et les régions prioritaires où la poliomyélite sévit toujours, reconnaissant que l'éradication n'est pas terminée et que les ressources se raréfient. Les partenaires se concentreront sur des stratégies qui : 1) améliorent le ciblage et la couverture des vaccins antipoliomyélitiques de routine, y compris le VPI, le vaccin hexavalent et le VPOb ; et 2) font progresser une approche plus systématique et complète de l'intégration pendant et entre les campagnes.

Dans les contextes à haut risque de poliomyélite, en particulier ceux où la couverture du VPI reste faible, la substitution du vaccin hexavalent combiné au vaccin pentavalent conjugué avec le VPI offre des avantages programmatiques potentiels, car elle simplifie le schéma vaccinal, facilite l'adoption en proposant une plateforme de prestation unique et appuie une prestation de services plus efficace, intégrée et durable, parallèlement à d'autres antigènes essentiels.

Dans le cadre de Gavi 6.0, Gavi et l'IMEP veilleront à ce que les investissements soutenus par Gavi dans la vaccination systématique soient coordonnés et en synergie avec les actifs de la lutte contre la poliomyélite. Les partenaires cibleront notamment les efforts visant à atteindre les enfants zéro dose et sous-vaccinés dans les contextes à plus haut risque, notamment en Afghanistan, à Djibouti, en Éthiopie, au Niger, au Nigéria, au Pakistan, en République démocratique du Congo, en Somalie, au Soudan, au Tchad et au Yémen. Parallèlement, l'IMEP priorisera l'utilisation de ses ressources et capacités résiduelles pour appuyer Gavi dans ses activités visant à améliorer les résultats de vaccination, notamment les activités d'approche intégrées et la prestation de services dans les régions prioritaires, entre autres domaines de coordination.

Gavi et l'IMEP approcheront les pays prioritaires afin de clarifier les attentes, le soutien disponible et la manière dont l'intégration sera mise en œuvre avec des enveloppes de financement réduites. L'appui sera axé sur les risques et ciblé géographiquement, avec un accent particulier sur le niveau infranational. Des priorités convenues conjointement ont été établies pour les plans de travail nationaux du programme essentiel de vaccination/poliomyélite, notamment l'intensification des campagnes multiantigènes et des approches de proximité et le renforcement de la vaccination systématique. Enfin, les économies, les obstacles et les enseignements tirés seront systématiquement documentés pour référence future.

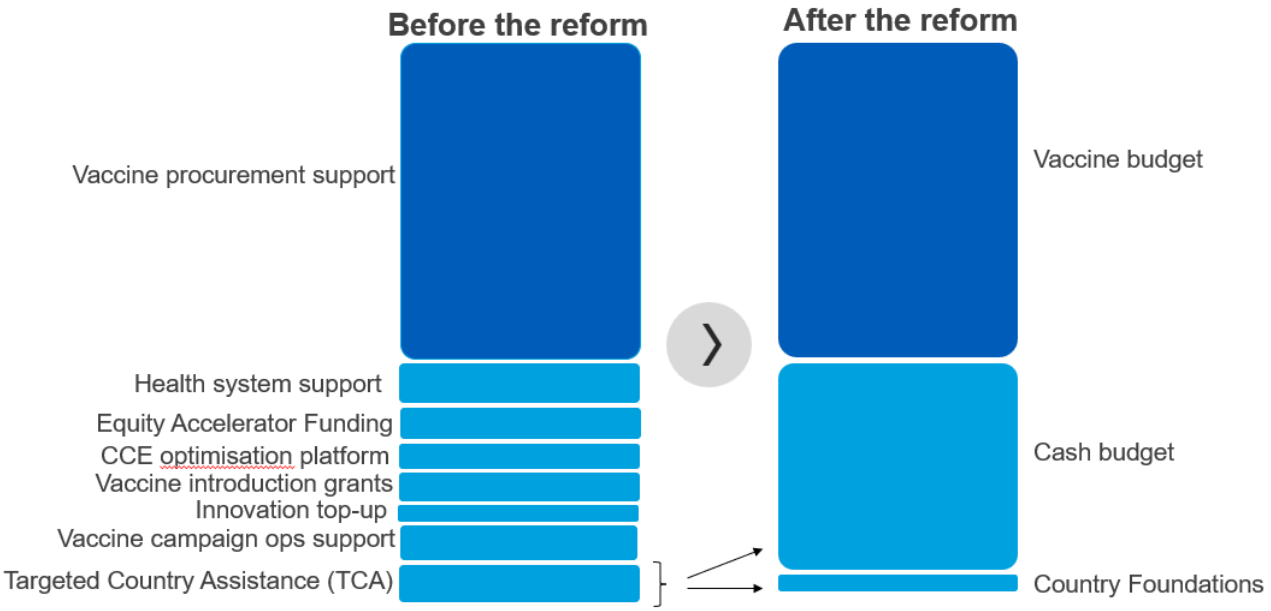
Orientations supplémentaires
Voir l'**annexe 3 – Liste des vaccins** pour des informations supplémentaires sur la portée du soutien de Gavi au vaccin hexavalent.

3. Soutien en espèces

3.1. Budget en espèces

Le budget en espèces est une somme allouée aux pays pour les activités à l'appui des systèmes de santé et de la mise en œuvre, dont le but est de soutenir les objectifs du programme de vaccination. Il remplace les multiples sources de financement en espèces précédentes en une seule subvention, et vise à soutenir une planification plus intégrée des priorités.

Figure 1. Regroupement de plusieurs sources de financement en espèces en un seul budget en espèces sous Gavi 6.0



La stratégie pour les systèmes de santé de Gavi 6.0 oriente la planification, la mise en œuvre et le suivi des investissements en espèces de Gavi en faveur du renforcement des programmes nationaux de vaccination et de leurs résultats. La stratégie pour les systèmes de santé comporte **deux objectifs** à l'appui de la stratégie de Gavi 6.0 :

- **Équité.** Il s'agit de maintenir une couverture vaccinale systématique élevée, ainsi que d'atteindre les enfants zéro dose et sous-vaccinés, notamment avec des services de soins de santé primaires intégrés, l'intensification périodique de la vaccination systématique, des campagnes de grande qualité et la réduction du taux d'abandon, afin que les enfants soient complètement vaccinés jusqu'à leur deuxième année de vie. En outre, la stratégie a pour but d'aider les pays à renforcer d'autres points de contact de la vaccination (par exemple pour les adolescents) et à mettre en œuvre des approches de vaccination de rattrapage.

- **Pérennisation.** Il s'agit de renforcer les capacités et d'augmenter les ressources financières des pays pour le maintien d'une couverture élevée et équitable par l'intermédiaire des soins de santé primaires, ainsi que de riposter aux crises, dans le but ultime de pérenniser les programmes de vaccination sans le soutien de Gavi.

Les pays peuvent utiliser le budget en espèces pour renforcer l'équité et la pérennité de leurs programmes de vaccination en soutenant la vaccination et les systèmes sous-jacents (y compris l'achat d'ECF), en soutenant l'introduction de nouveaux vaccins, en maintenant ou en améliorant la couverture, en atteignant les enfants zéro dose et sous-vaccinés (y compris par le biais de

campagnes préventives), en finançant les coûts opérationnels des campagnes et en fournissant une assistance technique allant au-delà du soutien fondamental aux pays. À l'exception des trois allocations réservées (voir 3.2), les pays ont la possibilité d'allouer le budget en espèces à ces domaines prioritaires, en adéquation avec leurs objectifs et priorités et conformément aux orientations de Gavi.

Les pays doivent planifier simultanément l'utilisation du budget en espèces et du budget vaccinal. Sous Gavi 6.0, les pays sont censés faire des choix délibérés entre le soutien aux vaccins et le soutien en espèces, dans la limite des ressources à leur disposition. Ainsi, ils sont appelés à déterminer quels programmes de vaccination doivent être maintenus, introduits, mis à l'échelle ou optimisés, mais aussi quels investissements dans la mise en œuvre, les systèmes de santé, les campagnes et l'assistance technique sont nécessaires au soutien de ces programmes. Ils doivent également atteindre les objectifs plus généraux de la vaccination systématique, y compris l'atteinte des communautés négligées et des enfants zéro dose.

Orientations supplémentaires
Des orientations supplémentaires sur l'exercice de priorisation du soutien à la vaccination et du soutien en espèces que doivent réaliser les pays sont fournies dans la partie B et dans l'**annexe 1 – Directives relatives à la priorisation**.

Les ECF financés par le budget en espèces sont achetés conjointement par l'intermédiaire de l'UNICEF, conformément aux exigences et aux orientations de Gavi en matière d'équipements de la chaîne du froid.

En ce qui concerne le budget en espèces, les pays sont encouragés à envisager l'éventail complet des stratégies de prestation de services et aux manières de combiner celles-ci pour atteindre les différentes communautés et les objectifs du programme. Cela englobe la vaccination systématique, les campagnes de prévention et d'autres stratégies complémentaires, telles que l'intensification périodique de la vaccination systématique. Les pays sont encouragés à tirer parti de la complémentarité entre les différentes stratégies pour améliorer l'équité, renforcer la vaccination systématique et soutenir la pérennisation.

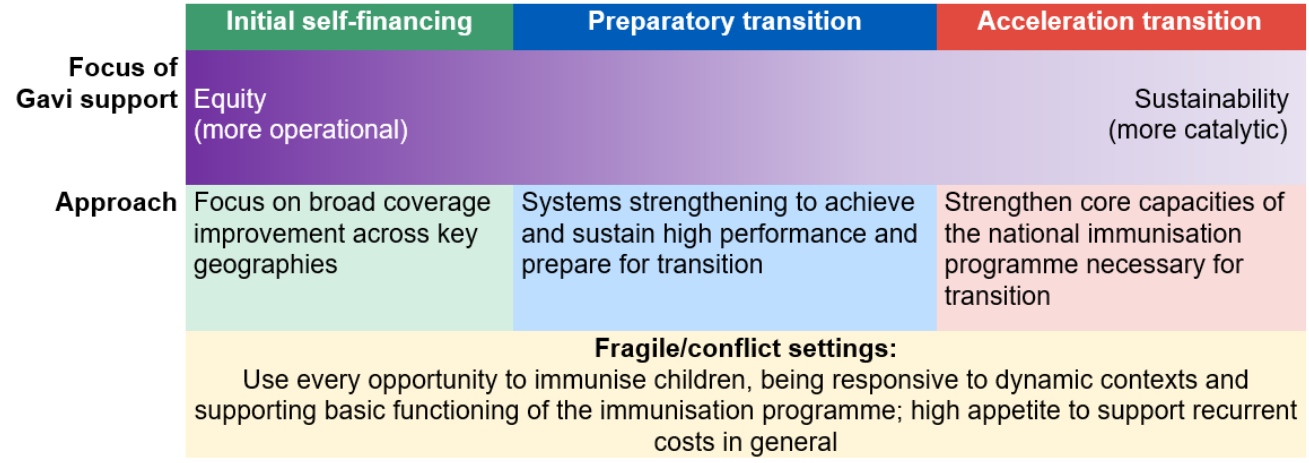
Le cadre de différenciation de la stratégie pour les systèmes de santé présenté dans la figure 2 sert d'orientation générale qui aidera les pays à équilibrer leur engagement envers ces deux objectifs en fonction de leur statut de transition, de leurs performances en matière de vaccination ou de leur statut de contexte fragile et humanitaire.

- **Priorités des pays en autofinancement initial.** Amélioration de la couverture et de l'équité avec une capacité accrue pour Gavi de soutenir les activités récurrentes et opérationnelles. La planification d'un financement pérenne de ces coûts est critique.

- **Priorités des contextes fragiles et humanitaires.** Soutien flexible et adapté aux systèmes de santé aligné sur l'approche de Gavi en matière de contextes fragiles et humanitaires. Cela inclut une collaboration essentielle avec les partenaires humanitaires, une flexibilité dans les schémas de vaccination et les tranches d'âge, ainsi qu'une plus grande ouverture à l'égard des programmes novateurs et à plus haut risque.

- **Priorités des pays en transition préparatoire et en transition accélérée.** Renforcement de la pérennisation et de la capacité institutionnelle, avec une moindre dépendance envers le financement de Gavi pour les coûts opérationnels récurrents et une utilisation accrue du financement de Gavi pour des activités catalytiques de renforcement des systèmes.

Figure 2 : Cadre de différenciation de la stratégie pour les systèmes de santé de Gavi 6.0



La stratégie pour les systèmes de santé décrit également **cinq réorientations dans la manière dont Gavi soutiendra les pays :**

- Une approche plus différenciée et adaptée au regard des investissements dans les systèmes de santé, afin de soutenir chaque pays en fonction de son contexte et de ses besoins (voir ci-dessus).
- Un financement des systèmes de santé réuni en une seule subvention, afin de simplifier le soutien de Gavi et de permettre une planification holistique sur l'ensemble des stratégies de prestation de services.
- Une approche plus délibérée et fondée sur des données probantes pour catalyser l'innovation en matière de vaccination, qui met l'accent sur la résolution des défis persistants auxquels sont confrontés les pays.
- Le renforcement des partenariats et de la collaboration en matière de systèmes de santé, notamment en mettant davantage l'accent sur l'intégration des soins de santé primaires et l'alignement de l'aide sur celle d'autres partenaires de développement.
- Des mesures, un suivi et des apprentissages davantage intentionnels relatifs à la programmation des systèmes de santé (voir la partie E – Suivi des subventions).

Orientations pour les contextes fragiles et humanitaires
L'augmentation de la couverture des communautés négligées dans les contextes fragiles et humanitaires nécessite des systèmes de santé agiles et résilients. Pour qu'ils contribuent à

l'élimination des obstacles, les investissements dans les systèmes de santé dans ces contextes doivent être adaptés aux besoins spécifiques de chaque communauté.

Parmi les domaines clés du soutien différencié, on compte : la formation des agentes et agents de santé communautaires et du personnel de soins de santé primaires adaptée aux contextes de conflit et de déplacement ; des approches de participation communautaire qui tiennent compte des difficultés d'accès, des déficits de confiance et de la mobilité de la population, ainsi que de la nécessité éventuelle d'atteindre les enfants jusqu'à l'âge de 5 ans ; des solutions de chaîne du froid adaptées aux environnements peu sûrs ou isolés ; et des processus de planification flexibles pour la prestation de services adaptables à des circonstances qui évoluent rapidement.

Les pays en contexte fragile et humanitaire doivent se référer à la théorie du changement sur le sujet pour élaborer les investissements dans les systèmes de santé, en veillant à s'aligner sur l'objectif d'atteindre les communautés négligées par le biais d'une programmation agile.

Voir la théorie du changement de l'approche relative aux contextes fragiles et humanitaires ici : https://www.gavi.org/sites/default/files/%20/board/minutes/2025/24-25-july10%20-%20Annex%20A%20-%20Supporting%20information.pdf

Domaines d'investissement et interventions phares de Gavi

La stratégie pour les systèmes de santé introduit des « interventions phares » dans les différents domaines d'investissement de Gavi. Ces interventions, et les activités recommandées pour chacune d'entre elles, servent à orienter les pays qui procèdent à la priorisation du financement de Gavi pour les systèmes de santé dans le but d'atteindre les objectifs de leur programme national de vaccination. Les pays ne sont pas censés mettre en œuvre toutes les interventions phares. Ils doivent plutôt identifier celles qui sont les plus pertinentes dans leur contexte et qui auront le plus d'impact sur les résultats de la vaccination, qu'il s'agisse d'atteindre durablement les enfants zéro dose, de s'attaquer aux obstacles persistants à une couverture équitable ou de compléter les ressources nationales et extérieures existantes.

Les domaines d'investissement prioritaires sont les suivants :

1. Prestation de services
2. Création de la demande et mobilisation communautaire
3. Gestion des ressources humaines
4. Gouvernance, politique, planification stratégique et gestion des programmes
5. Chaîne d'approvisionnement
6. Données, suivi et apprentissage, MAPI
7. Surveillance des maladies
8. Financement de la santé

Planification du soutien à la mise en œuvre des vaccins (introductions, campagnes et substitutions)

Dans le cadre de cette approche globale, les pays qui planifient des introductions de vaccins, des campagnes de prévention ou des substitutions de vaccins au titre du budget vaccinal doivent également prévoir les coûts de mise en œuvre et opérationnels connexes au titre du budget en espèces. Des ressources financières suffisantes doivent être allouées au soutien d'une mise en œuvre de qualité, intégrée et efficace au regard des coûts.

Les pays doivent démontrer que la combinaison de stratégies de prestation de services qu'ils ont choisie – qu'il s'agisse de vaccination systématique, de campagnes ou d'activités supplémentaires – est justifiée, réalisable sur le plan opérationnel et conforme aux priorités de vaccination, au profil épidémiologique, à la capacité programmatique et aux objectifs plus larges des systèmes de santé du pays. Les accords de mise en œuvre doivent prendre en compte de manière adéquate la coordination et la mise en œuvre, la participation communautaire, les systèmes de données, le contrôle de la sécurité, la planification de la chaîne d'approvisionnement et de la chaîne du froid et le financement, et veiller à ce que les activités planifiées renforcent le système de santé.

Ces stratégies de mise en œuvre devront refléter le contexte du pays. Il pourra s'agir de stratégies d'administration adaptées ou ciblées (p. ex. une campagne infranationale non sélective) associées, si cela est pertinent, à des activités de vaccination systématique renforcées (p. ex. journées ou semaines d'intensification périodique de la vaccination systématique, journées ou semaines de la santé infantile, renforcement de la vaccination de rattrapage mobile, de proximité ou à l'entrée à l'école).

Les pays doivent planifier les campagnes en appliquant les changements décrits dans la stratégie pour les systèmes de santé de Gavi en matière d'efficacité des campagnes approuvée par le Conseil d'administration en 2025, soit : améliorer la conception des campagnes, leur ciblage et leur intégration avec la vaccination systématique ; tirer parti des mécanismes financiers pour les campagnes (y compris les allocations réservées pour la rougeole-rubéole) et appliquer des principes MERLA (suivi, évaluation, recherche, apprentissage et adaptation) améliorés pour le renforcement de la vaccination systématique.

Soutien à la mise en œuvre des vaccins associé au budget vaccinal garanti

Pour les introductions de vaccins, les campagnes préventives et les substitutions de vaccins prévues au titre du budget garanti, Gavi a intégré, dans le budget en espèces du pays, un montant correspondant au soutien à la mise en œuvre des vaccins, sur la base de ses dernières prévisions financières.

Les pays sont tenus d'inclure dans leur candidature l'activité de vaccination correspondante et de préciser clairement le budget prévu pour sa mise en œuvre. Le financement associé est subordonné à l'intégration de l'activité de vaccination concernée dans le plan national et à sa mise en œuvre effective. Si les pays ne réalisent pas cette activité, les fonds correspondants ne seront pas décaissés.

Dans ce cadre, les pays peuvent répartir leur budget en espèces de manière flexible entre les différentes activités éligibles dès la phase de planification, conformément à leurs priorités nationales et dans le respect des limites définies dans la politique relative de renforcement des systèmes de santé et de la vaccination.

Le montant alloué par Gavi au titre du soutien à la mise en œuvre des vaccins, dans le cadre du budget garanti, est un montant prévisionnel. Il ne détermine pas le montant qu'un pays doit inscrire à son budget ou dépenser pour l'activité de vaccination correspondante. Les pays doivent établir leur budget en fonction des nécessités d'une mise en œuvre efficace et peuvent prévoir, dans le cadre de leur budget en espèces global, des montants supérieurs ou inférieurs à ceux alloués par Gavi. Les

fonds restants après la mise en œuvre pourront être affectés à d'autres activités éligibles dans le cadre du budget en espèces.

De plus amples informations sur les activités éligibles et non éligibles sont fournies à l'annexe 4 – Domaines d'investissement de la stratégie pour les systèmes de santé, y compris des options supplémentaires pour les contextes fragiles et humanitaires et pour les différents stades de transition. Conformément à la politique en matière de genre de Gavi, les pays sont également encouragés, dans le cadre de leur programmation Gavi 6.0, à relever et à éliminer les obstacles liés au genre qui affectent la demande, l'utilisation et la couverture vaccinales.

Orientations supplémentaires
Pour des orientations détaillées sur la manière dont Gavi mobilise les partenaires élargis (y compris les organisations de la société civile, les partenaires du secteur privé et les agences des Nations Unies partenaires) dans le cadre de la période stratégique 6.0, voir l'annexe 5a – Engagement des partenaires élargis dans le cadre de Gavi 6.0. Pour obtenir plus d'informations, voir l'annexe 5b – Orientations des partenaires élargis en matière de conflits d'intérêts. Pour des orientations sur le soutien en cas de flambée épidémique ou d'urgence, voir la partie D. Politique en matière de genre de Gavi : https://www.gavi.org/fr/notre-action/politiques-des-programmes/politique-de-genre Les pays qui planifient des campagnes doivent s'efforcer d'aligner leurs plans sur les orientations techniques et les recommandations de l'OMS : https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/essential-programme-on-immunization/implementation/immunization-campaigns Les pays qui planifient des intensifications périodiques de la vaccination systématique doivent s'efforcer d'aligner leurs plans sur les orientations techniques et les recommandations de l'OMS : https://www.who.int/publications/m/item/periodic-intensification-of-routine-immunization

3.2. Exigences liées au budget en espèces

3.2.1. Allocations réservées dans le budget en espèces

Les pays sont censés réserver une portion du budget en espèces pour trois domaines (les « allocations réservées », énumérées ci-dessous), aux fins du maintien des fonctions essentielles des programmes et des résultats en matière de santé publique.

- **Participation de la société civile.** Les pays doivent affecter un minimum de 10 % du budget en espèces aux organisations de la société civile pour la vaccination, la participation communautaire et les interventions ciblées sur l'équité dans les communautés négligées et mal desservies.
- **Équipements de la chaîne du froid.** Les pays doivent prévoir un niveau minimum d'investissement dans les ECF éligibles, sur la base des estimations des besoins du pays calculées au début de la période stratégique.

- **Campagnes de suivi de la rougeole/rougeole-rubéole.** Les pays doivent mettre de côté un financement opérationnel suffisant pour les campagnes de suivi de la rougeole/rougeole-rubéole, dans la fourchette communiquée à chaque pays par le Secrétariat de Gavi.

Des informations plus détaillées sur ces allocations réservées sont fournies ci-dessous et dans les annexes correspondantes.

Participation de la société civile

Les pays doivent affecter **un minimum de 10 % du budget en espèces** aux organisations de la société civile pour la mise en œuvre d'interventions visant à améliorer la couverture vaccinale dans les communautés historiquement négligées et mal desservies, à moins qu'ils puissent solidement justifier que cette allocation ne convient pas à leur contexte. Il s'agit notamment de compléter et de faciliter la prestation des services et de renforcer la participation communautaire afin de stimuler la demande et d'atténuer la réticence vaccinale. Les organisations de la société civile peuvent aussi collaborer avec des acteurs de la santé communautaires existants, comme des associations de femmes, des militants locaux ou des leaders communautaires, dans le but de lever les obstacles à la vaccination propres au contexte et, en fin de compte, d'accroître l'utilisation des services de vaccination.

Selon la définition de Gavi, une organisation de la société civile appartient à l'ensemble des organisations formelles et informelles, non gouvernementales et à but non lucratif qui représentent les intérêts, l'expertise et les valeurs des communautés (p. ex. les organisations communautaires, les organisations confessionnelles, les organisations non gouvernementales internationales, les réseaux de la société civile, les associations professionnelles locales, le réseau universitaire et les organisations de défense des intérêts à but non lucratif).

Orientations pour les contextes fragiles et humanitaires – allocation réservée aux organisations de la société civile
Dans la plupart des contextes fragiles et humanitaires, l'allocation minimale de 10 % du financement en faveur des organisations de la société civile sera dépassée. Cette situation témoigne du rôle critique que jouent les organisations de la société civile et les acteurs humanitaires dans l'atteinte des communautés négligées dans les contextes où les programmes nationaux de vaccination ne parviennent pas à surmonter certains obstacles. Les pays en contexte fragile et humanitaire peuvent envisager d'augmenter l'allocation aux organisations de la société civile dans leurs demandes globales, en particulier pour les éléments suivants : expertise humanitaire dans la négociation de l'accès et la fourniture de services ; participation communautaire et création de la demande dans les zones difficiles d'accès ou touchées par un conflit ; fourniture de services par le biais de réseaux d'organisations de la société civile et de partenaires humanitaires ; et surveillance et suivi dans les zones où la présence gouvernementale est faible. L'allocation doit être déterminée sur la base d'une analyse du contexte et en consultation avec le responsable pays senior et les partenaires de l'Alliance.

Équipements de la chaîne du froid

Les pays doivent prévoir un niveau minimum d'investissement dans les ECF éligibles, sur la base des estimations des besoins calculées par l'Alliance au début de la période stratégique. Aux fins de

planification, cet investissement minimum sert de point de référence garantissant que le pays continuera de combler les lacunes critiques de la chaîne du froid.

Le seuil minimum d'investissement dans les ECF n'est pas immuable. Les pays peuvent prévoir un investissement supérieur ou inférieur à l'investissement minimum indiqué, si cela est justifié. Par exemple, si un inventaire actualisé et des analyses des lacunes démontrent que les besoins ont été comblés par un financement national ou le soutien d'autres partenaires, le pays peut investir en deçà du seuil minimum. D'autres équipements liés à la chaîne du froid, comme les chambres froides, les chambres de congélation ou les véhicules réfrigérés, peuvent être achetés au titre de la subvention en espèces régulière.

Les ECF seront achetés conjointement par l'intermédiaire de l'UNICEF, conformément aux orientations de Gavi et aux exigences en matière d'investissement conjoint du pays.

Orientations supplémentaires
Pour plus d'informations, voir le programme et le guide technologique sur les équipements de la chaîne du froid, ainsi que la liste des produits de la chaîne du froid de Gavi : https://www.gavi.org/news/document-library/cold-chain-equipment-programme-and-technology-guide Équipements de la chaîne du froid éligibles au soutien de Gavi – Liste des produits : https://www.gavi.org/news/document-library/gavi-eligible-cold-chain-equipment-product-list

Campagnes de suivi de la rougeole/rougeole-rubéole

Les campagnes régulières de suivi contre la rougeole/rougeole-rubéole constituent un élément important du maintien de l'immunité de la population et doivent être envisagées en alignement avec les orientations pertinentes de l'OMS concernant les intervalles entre les campagnes, les campagnes ciblées et sélectives, et l'intégration des campagnes. Les décisions relatives au calendrier, au ciblage et à la mise en œuvre doivent être guidées par le contexte épidémiologique du pays, notamment l'épidémiologie locale de la rougeole à partir des données de surveillance des cas (et de la modélisation lorsqu'elle est disponible), ainsi que par les profils nationaux actualisés de l'immunité de la population face à la rougeole.

Afin de soutenir la planification nationale et de garantir la faisabilité financière de ces campagnes, Gavi a prévu des allocations réservées pour les campagnes de suivi rougeole/rougeole-rubéole, soit : 0,30 à 0,45 dollar US par enfant pour les pays en phase TA ; 0,30 à 0,55 dollar US par enfant pour les pays en phase TP ; 0,30 à 0,70 dollar US par enfant pour les pays en phase AI ; ou une allocation forfaitaire d'au moins 100 000 dollars US, le montant le plus élevé étant retenu. Les pays doivent s'assurer que des ressources suffisantes sont réservées à cet effet dans le budget en espèces. Des exceptions à ces fourchettes peuvent être envisagées pour les contextes fragiles et humanitaires, si les coûts de livraison sont plus élevés. Dans les autres cas, les exceptions doivent être solidement justifiées. Les exceptions seront envisagées si, par exemple, un pays démontre qu'il dispose des ressources nécessaires pour réaliser les campagnes (avec d'autres sources de financement). Les allocations réservées pour la rougeole/rougeole-rubéole ne couvrent que les coûts opérationnels pour la vaccination des enfants de 6/9 mois à 59 mois. Le financement des campagnes de rattrapage pour les enfants âgés de 5 ans à moins de 10 ans est inclus dans le budget en espèces.

Orientations supplémentaires
Pour des orientations plus détaillées sur le vaccin contre la rougeole/rougeole-rubéole, voir l'annexe 3 – Liste des vaccins.

3.2.2. Éligibilité des coûts

Gavi offre une grande souplesse pour la conception et la mise en œuvre du budget, mais exige toutefois que les bénéficiaires respectent certaines règles et exigences d'éligibilité dans leur budgétisation. À l'appui de cette approche d'éligibilité, Gavi fournit un cadre d'activités et de coûts éligibles conçu pour guider les choix d'investissement et la budgétisation connexe. Le modèle de budget consiste en un plan de travail chiffré des activités, avec les éléments de coûts détaillés (énumérés dans la liste ci-dessous) pour chacune des activités.

Si des coûts et des types d'activité non éligibles sont inclus, Gavi se réserve le droit de les rejeter de la demande de financement ou de les traiter comme des dépenses inéligibles au cours de la mise en œuvre.

Liste des éléments de coûts sous Gavi 6.0 :

- Salaires et traitements (personnel des programmes, administratif, technique et de proximité)
- Indemnités journalières, allocations et autres formes de rémunération
- Transport, déplacements et coûts associés
- Services professionnels
- Consommables associés à la prestation de services
- Coûts liés aux évènements (formations, réunions, ateliers)
- Actifs – achat/maintenance/construction et rénovation
- Plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid (POECF) – équipements éligibles et services associés (allocation réservée du Conseil d'administration de Gavi)
- Activités liées aux technologies de l'information et de la communication
- Coûts de soutien aux programmes[3], administration et frais généraux des programmes

[3] *Les coûts de soutien aux programmes sont les coûts indirects engagés par une organisation afin de permettre la mise en œuvre des programmes. Sous Gavi 6.0, les coûts de soutien aux programmes seront gérés dans les limites du budget en espèces. Différentes modalités peuvent s'appliquer pour les prolongations approuvées dans le cadre de la période de transition entre Gavi 5.0/5.1 et le début des nouveaux programmes au titre de Gavi 6.0.*

- Financement basé sur les résultats

Orientations supplémentaires
Les définitions complètes et le cadre d'éligibilité des coûts détaillé figurent à l'annexe 7 – Éligibilité budgétaire.

3.3. Intégration dans les soins de santé primaires et d'autres initiatives de la santé mondiale

Souhaitant atteindre les objectifs de Gavi 6.0 et maximiser les ressources limitées, Gavi encourage les pays à chercher des moyens d'intégrer les programmes de vaccination dans une approche de soins de santé primaires, ainsi qu'à coordonner les ressources nationales et externes entre les programmes. L'intégration permet une utilisation plus efficace des ressources et peut mieux répondre aux besoins des communautés en matière de santé.

Exemples d'intégration :

- Coordonner la gouvernance nationale et infranationale des programmes de santé pour harmoniser la planification, la gestion et le suivi des services de santé.
- Intégrer les activités au sein du programme de vaccination. Adopter des stratégies unifiées garantissant la coordination de la vaccination systématique, des campagnes et des introductions de nouveaux vaccins. Par exemple, élaborer une stratégie de prestation de services unique pour atteindre les communautés, ou un plan de formation unique couvrant toutes les activités de vaccination. Chaque introduction d'un nouveau vaccin doit être considérée comme une occasion de renforcer les systèmes, la vaccination systématique et les soins de santé primaires. Les pays doivent préparer des plans d'introduction qui non seulement garantissent le succès de l'introduction du nouveau vaccin elle-même, mais qui contribuent également à la résilience, à l'équité et à l'efficacité des systèmes de vaccination et à une meilleure acceptation de la vaccination par la communauté.
- Administrer la vaccination conjointement avec d'autres soins de santé primaires, en particulier au sein des communautés mal desservies ou négligées, y compris en accordant un rôle plus important aux agentes et agents de santé communautaires dans les approches de soins de santé primaires basés dans la communauté. Il s'agit notamment de former des partenariats avec des programmes de santé prénatale, maternelle et adolescente, d'autres services (p. ex. activités de prévention du paludisme) et d'autres secteurs (ministères des Finances, de l'Éducation, de la Protection sociale, etc.) pour administrer des vaccins en dehors de la tranche d'âge cible du programme essentiel de vaccination.
- **Se coordonner avec d'autres initiatives de santé mondiale et sources de financement.** Les pays doivent planifier les ressources en espèces de Gavi parallèlement aux financements nationaux et externes, notamment ceux du Fonds mondial, de la Banque mondiale et d'autres partenaires. Les secrétariats de Gavi et du Fonds mondial s'engagent à aider les pays à mieux coordonner le soutien qu'ils reçoivent, en particulier pour les programmes de lutte contre le paludisme et de renforcement des systèmes de santé. Pour de nombreux pays, l'alignement du cycle de Gavi 6.0 et du cycle CS8 du Fonds mondial offre l'occasion d'opérer cette

coordination plus efficacement. L'objectif est d'utiliser au mieux les ressources limitées, d'éviter les doubles emplois et les lacunes dans les domaines clés des systèmes de santé, et de soutenir la planification et l'investissement dans les systèmes de santé transversaux, dans une perspective de soins de santé primaires intégrés. Dans un premier temps, il s'agit de déterminer, par le biais de consultations dans le pays, quelles sont les ressources disponibles et à quoi elles peuvent servir. Le Secrétariat de Gavi peut aider les pays à collaborer avec les équipes du Fonds mondial afin de mieux comprendre leurs investissements. Dans un deuxième temps, l'accent est mis sur la collaboration pour le soutien à des domaines techniques spécifiques du système santé, tels que le financement de la santé, les ressources humaines, les données et la chaîne d'approvisionnement. Cela peut conduire à des initiatives conjointes ou à des investissements complémentaires, ou encore à l'utilisation de ressources provenant d'une seule source pour le soutien à un domaine particulier. Le Secrétariat peut fournir des exemples de ce qui a fonctionné dans d'autres pays.

- Un exemple de cette approche élargie est le multiplicateur des banques multilatérales de développement, décrit en détail ci-dessous, qui permet aux pays de coordonner une partie de leur soutien de Gavi avec des investissements plus importants des banques multilatérales de développement.

Orientations supplémentaires
Voir l'**annexe 4 – Domaines d'investissement de la stratégie pour les systèmes de santé** pour des orientations détaillées sur l'intégration dans le cadre du renforcement des systèmes de santé.

Orientations pour les contextes fragiles et humanitaires – intégration avec les interventions humanitaires en santé
L'Alliance renforcera sa collaboration avec le secteur humanitaire dans le but d'établir la vaccination comme une pratique humanitaire de base en matière de santé. Par exemple, elle entend collaborer avec des mécanismes clés, comme les groupes sectoriels de santé humanitaire au niveau mondial et national ou encore les ripostes du secteur de la santé, pour améliorer la coordination entre les efforts du programme essentiel de vaccination et les interventions humanitaires. Si nécessaire, l'Alliance encouragera l'inclusion de la vaccination systématique dans ces interventions humanitaires en santé. Cette approche remplace le recours aux campagnes humanitaires par des moyens plus durables d'assurer la vaccination systématique des communautés négligées. Gavi s'appuiera sur sa collaboration actuelle avec l'IMEP pour amplifier les résultats dans les contextes humanitaires. Les pays et les partenaires doivent chercher des moyens d'intégrer les activités de vaccination dans les mécanismes plus larges de coordination de la santé humanitaire.

Le multiplicateur des banques multilatérales de développement

Gavi 6.0 accorde une grande importance au recours aux financements extérieurs des banques multilatérales de développement, lorsque ceux-ci ouvrent des possibilités de synergies multipliant l'impact sur les systèmes de santé et de vaccination. Le multiplicateur des banques multilatérales de développement est un mécanisme qui permet aux pays d'investir une partie de leur subvention en

espèces et/ou de leur budget vaccinal, aux côtés du financement de ces banques, dans des projets de santé, de nutrition, d'éducation et d'assainissement qui augmentent l'impact des investissements dans les systèmes de santé et de vaccination. Ainsi, les ressources de Gavi peuvent être conjuguées avec les investissements plus importants des banques multilatérales de développement dans les systèmes de santé. Le but est de renforcer les soins de santé primaires, d'améliorer les résultats de la vaccination et de pérenniser la viabilité financière des programmes. Les banques multilatérales de développement (comme la Banque mondiale et la Banque asiatique de développement) représentent une source majeure de financement des systèmes de santé dans de nombreux pays soutenus par Gavi. Cette approche, qui a fait ses preuves avec la Banque mondiale, englobe désormais d'autres banques multilatérales de développement sous Gavi 6.0. Il convient de noter que si les subventions en espèces de Gavi ne peuvent être utilisées pour les achats de vaccins, ces achats sont possibles par le biais d'une opération d'une banque multilatérale de développement.

La consolidation des financements de Gavi et des banques multilatérales de développement peut dégager des synergies importantes et améliorer le ciblage des résultats de la vaccination, tout en évitant les doubles emplois dans le financement de la vaccination et des activités connexes de renforcement des systèmes de santé. Parmi ces activités, on compte le renforcement des systèmes de surveillance et de contrôle des maladies évitables par la vaccination, ainsi que le renforcement des systèmes d'information et des chaînes du froid. Cette consolidation contribue également à la coordination de l'aide extérieure, dont la faiblesse actuelle fait obstacle aux progrès globaux en matière de santé dans un contexte de rareté des ressources et de capacité limitée de mise en œuvre des programmes et des projets qui ne sont pas intégrés dans les processus nationaux.

Les pays ne sont pas tenus d'allouer un montant déterminé au titre de leurs subventions en espèces ; Gavi *ne s'attend pas* à ce que les pays allouent la totalité de son soutien en espèces à un programme financé par une banque multilatérale de développement. Par exemple, dans les projets financés conjointement avec la Banque mondiale au cours de Gavi 5.0, les contributions au titre du soutien en espèces de Gavi se sont chiffrées entre 2 et 52 millions de dollars.

Orientations supplémentaires
Pour en savoir plus sur les moyens d'appuyer la vaccination dans le cadre d'un projet élargi financé conjointement avec une banque multilatérale de développement, voir les exemples suivants : Soudan du Sud : https://documents1.worldbank.org/curated/en/099121123152529349/pdf/BOSIB12886229a02a1bcdc12ee681b5fe59.pdf Pakistan : https://documents1.worldbank.org/curated/en/438401654609799746/pdf/Pakistan-National-Health-Support-Program.pdf Indonésie : https://documents1.worldbank.org/curated/en/099092923114530998/pdf/BOSIB-cf27c2f3-67ae-4b79-b328-9ff0e750abd1.pdf Ces liens renvoient au « Document d'évaluation du projet » de la Banque mondiale, qui est une description complète du projet, y compris sa raison d'être, ses objectifs et son plan de mise en œuvre.

Les possibilités varient selon le contexte de chaque pays. Les pays sont encouragés à procéder à une évaluation structurée des possibilités de financement conjoint. Le Secrétariat de Gavi peut

conseiller les pays qui souhaitent déterminer le montant du soutien en espèces de Gavi qu'ils pourraient canaliser par le biais d'une opération d'une banque multilatérale de développement.

Les meilleures occasions de créer des synergies apparaissent généralement au début de la conception de l'opération de la banque multilatérale de développement, car c'est à cette étape que les objectifs, les activités et les indicateurs de la vaccination peuvent être intégrés à un investissement plus large de la banque multilatérale de développement dans le secteur de la santé. Des occasions peuvent également être relevées au cours de la mise en œuvre de la subvention Gavi 6.0. Dans ce cas, des fonds non alloués peuvent être affectés à un financement conjoint, ou encore des fonds précédemment alloués peuvent être réaffectés pour un financement conjoint.

Elles doivent également montrer une coordination entre le ministère de la Santé, le ministère des Finances, les partenaires de Gavi et les équipes de projet des banques multilatérales de développement, et indiquer les types d'activités devant être financées par le soutien en espèces de Gavi. Il est important de préciser comment l'aide financière de Gavi sera acheminée jusqu'au ministère de la Santé.

3.4. Assistance technique

Les pays peuvent demander l'aide de partenaires techniques, qui leur fourniront une assistance technique pour la planification et la mise en œuvre de leurs programmes de vaccination. Dans Gavi 6.0, les pays peuvent planifier l'assistance technique et y accéder de deux manières, présentées ci-après.

Soutien fondamental aux pays. Les subventions au titre du soutien fondamental aux pays procurent aux ministères un soutien technique et stratégique prévisible et à long terme à l'appui du renforcement et du maintien des fonctions essentielles des programmes de vaccination. Ce soutien est fourni par l'OMS, l'UNICEF et, dans certains contextes, par d'autres partenaires. Ce soutien est financé hors de la subvention en espèces et vise cinq fonctions essentielles du programme : 1) la planification et la coordination des programmes ; 2) la création de la demande ; 3) les systèmes de données ; 4) la gestion des vaccins et de la chaîne du froid ; et 5) la préparation aux flambées épidémiques et aux situations d'urgence. Les décisions sur les candidatures sollicitant un soutien fondamental aux pays ont été confirmées, et les programmes seront lancés à partir du troisième trimestre de 2026 (avant la subvention en espèces consolidée), afin que les capacités de base soient en place pour soutenir les pays dans la planification et la mise en œuvre de leurs programmes de vaccination sous Gavi 6.0.

Budget en espèces. La majorité de l'assistance technique qui était auparavant fournie par le biais de mécanismes distincts (p. ex. l'aide ciblée aux pays) est désormais intégrée dans le budget en espèces. Le budget en espèces ne prévoit pas d'allocation réservée à l'assistance technique. Les pays sont censés planifier, prioriser et financer l'assistance technique dont ils ont besoin dans leur budget en espèces (la fourniture d'une assistance technique adéquate sera prise en compte par le Comité d'examen indépendant lors de l'examen des candidatures). Le budget en espèces peut financer autant l'assistance technique à court terme basée sur des projets que l'assistance technique à long terme (comme les frais de personnel) pour tous les partenaires, y compris ceux de la société civile et du secteur privé. L'attribution des contrats d'assistance technique doit suivre une procédure de sélection transparente et compétitive.

Fait important à souligner, le financement de l'assistance technique au titre du budget en espèces doit être utilisé en complément du soutien fondamental aux pays si les sommes des subventions du soutien fondamental aux pays ne suffisent pas à répondre à tous les besoins du pays. Un plan d'assistance technique solide est un élément important de la candidature qui sera pris en compte dans l'examen et l'approbation de celle-ci, en particulier s'il n'est pas possible de consacrer des ressources suffisantes à l'assistance technique dans le cadre du soutien fondamental aux pays.

Les partenaires qui aident un pays à préparer sa demande globale ne peuvent par la suite se voir attribuer des activités d'assistance technique ou de mise en œuvre pour ce même pays.

Les performances des bénéficiaires dans le cadre du budget en espèces sont contrôlées au moyen du cadre de redevabilité en matière de subventions (voir la partie E). Dans le cas des partenaires recevant des fonds du soutien fondamental aux pays, des rapports supplémentaires sont exigés au titre du cadre de redevabilité des partenariats (voir les lignes directrices ci-dessous).

Orientations supplémentaires
Voir l'annexe 5a – Engagement des partenaires élargis dans le cadre de Gavi 6.0 pour des obtenir des orientations plus détaillées. Pour plus d'informations sur les orientations des partenaires élargis en matière de conflits d'intérêts, voir l'annexe 5b – Orientations des partenaires élargis en matière de conflits d'intérêts. Orientations sur le soutien fondamental aux pays : https://www.gavi.org/news/document-library/60-country-foundations-application-guidance

4. Diagnostics

Gavi aide les pays à acheter les différents tests nécessaires à la détection et à la confirmation des cas **de choléra, de fièvre jaune et de rougeole**.

Le soutien à l'achat de tests liés à la surveillance vise à renforcer la détection et la confirmation rapides des cas, afin d'assurer une riposte vaccinale rapide, ciblée, fondée sur des données probantes et équitable, y compris aux flambées épidémiques. Les tests optimisent les programmes de vaccination et assurent l'alignement sur les stratégies pertinentes de l'OMS, notamment en évitant la tenue de campagnes superflues.

Les pays peuvent demander un soutien au diagnostic au titre de leur demande globale. En outre, les pays éligibles au soutien de Gavi, y compris ceux qui demandent un soutien pour un vaccin spécifique (p. ex. VCO, fièvre jaune ou rougeole), sont encouragés à demander un soutien pour l'achat des diagnostics correspondants. Les coûts d'achat des diagnostics ne seront pas imputés au budget vaccinal ou en espèces du pays ; ils seront financés à titre de soutien complémentaire.

Les achats sont effectués par l'intermédiaire de la Division des approvisionnements de l'UNICEF, qui garantit l'assurance qualité et la coordination au niveau des pays. D'une manière générale, le soutien aux technologies de diagnostic englobe les tests rapides, les kits ELISA, les réactifs/kits PCR et les paquets de consommables connexes, selon la maladie. Il n'y a pour l'instant aucune obligation de cofinancement pour les pays qui sollicitent l'aide de Gavi pour l'achat de diagnostics.

Orientations supplémentaires
Voir l'**annexe 3 – Liste des vaccins** pour des orientations détaillées sur le soutien aux diagnostics des maladies suivantes : • **Choléra** • **Rougeole** • **Fièvre jaune**

Partie B : Exigences de cofinancement et d'investissement conjoint des pays (tous les pays)

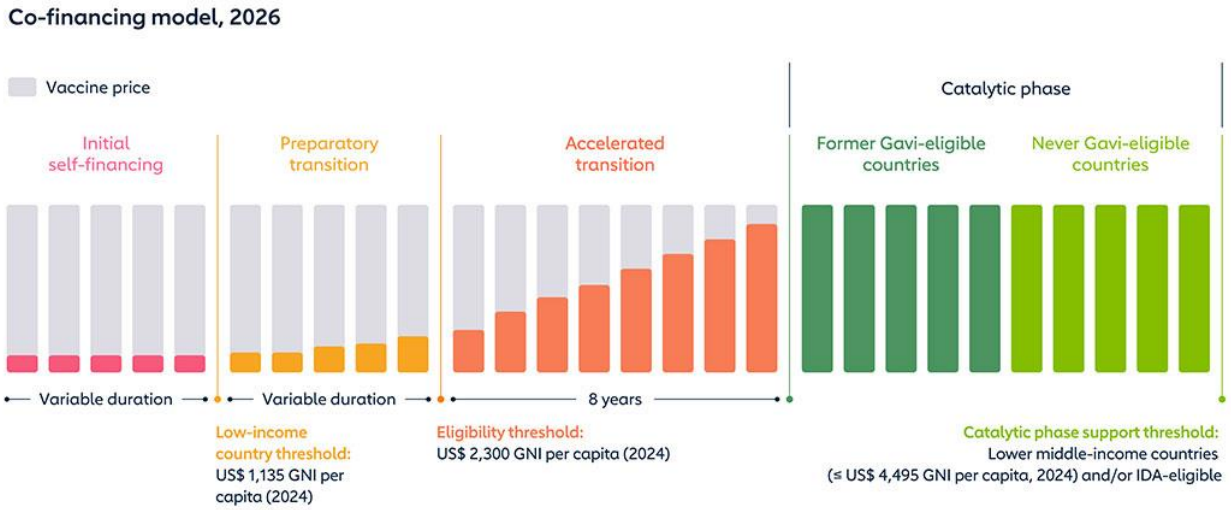
5. Exigences de cofinancement et d'investissement conjoint des pays

5.1. Cofinancement

Le cofinancement est le mécanisme par lequel les pays soutenus par Gavi contribuent au coût des vaccins et des fournitures connexes en finançant une partie des doses requises. Cette contribution augmente progressivement à mesure qu'un pays chemine dans les quatre phases de transition de Gavi.

Orientations supplémentaires
Voir la politique d'éligibilité et de transition et la politique de cofinancement de Gavi pour en savoir plus sur les phases de transition, les seuils d'éligibilité et les exigences connexes : https://www.gavi.org/programmes-impact/programmatic-policies/eligibility-policy. https://www.gavi.org/sites/default/files/2026-08/2026-Board-approved-Co-financing-policy.pdf Voir l'annexe 3 – Liste des vaccins pour des informations plus détaillées sur les exigences de cofinancement de vaccins spécifiques.

Figure 3. Aperçu des seuils d'éligibilité et des exigences de cofinancement de Gavi



Le tableau ci-dessous présente les exigences, les types de soutien et les obligations de cofinancement et d'investissement conjoint pour chacune des quatre phases de transition de Gavi.

Tableau 5 : Éligibilité, cofinancement et investissement conjoint dans les quatre phases de transition de Gavi

	1. Autofinancement initial (AI)	2. Transition préparatoire (TP)	3. Transition accélérée (TA)	4. Phase catalytique (PC)
Définition	Les pays dont le RNB par habitant est égal ou inférieur au seuil de revenu faible fixé par la Banque mondiale entrent dans la phase d'autofinancement initial. Cette phase, qui marque le début des programmes de vaccination soutenus par Gavi, prévoit des obligations de cofinancement relativement faibles.	Les pays dont le RNB par habitant se situe entre le seuil de revenu faible de la Banque mondiale et le seuil d'éligibilité du pays au soutien de Gavi entrent dans cette phase, qui prépare les pays à une responsabilité budgétaire accrue et à l'indépendance programmatique.	Les pays dont le RNB par habitant le plus récent et la moyenne sur trois ans du RNB par habitant sont supérieurs au seuil d'éligibilité, et dont le cofinancement est égal ou supérieur à 35 %, entrent dans cette phase.	Les pays n'ayant jamais été dans l'une des phases précédentes, mais dont le RNB par habitant est égal ou inférieur au seuil de revenu intermédiaire de la tranche inférieure de la Banque mondiale ou qui sont éligibles à l'aide de l'Association internationale de développement (IDA), entrent dans cette phase. Cette phase comprend les pays anciennement éligibles au soutien de Gavi et ceux qui ne l'ont jamais été.
Éligibilité au soutien financier de Gavi	Éligibilité au soutien programmatique de base, y compris l'achat de vaccins, les diagnostics, l'infrastructure de la chaîne du froid, le renforcement des systèmes de santé et de la vaccination, ainsi que l'assistance technique.	Éligibilité au soutien programmatique de base, y compris l'achat de vaccins, les diagnostics, l'infrastructure de la chaîne du froid, le renforcement des systèmes de santé et de la vaccination, ainsi que l'assistance technique. Accent accru sur la planification de la pérennisation et la mobilisation des ressources nationales.	Éligibilité au soutien programmatique de base, y compris l'achat de vaccins, les diagnostics, l'infrastructure de la chaîne du froid, le renforcement des systèmes de santé et de la vaccination, ainsi que l'assistance technique. Attentes accrues en matière de planification de la pérennisation et de mobilisation des ressources nationales.	Soutien ciblé et limité dans le temps pour l'introduction et l'optimisation des vaccins (VPH, VPC, rotavirus et éventuels vaccins contre la tuberculose et la dengue). Éligibilité au financement catalytique des vaccins, à l'assistance technique et au financement de coûts ponctuels.

Exigences de cofinancement (vaccination systématique)	• 0,20 dollar US par dose, sans augmentation annuelle pour la plupart des vaccins • Exceptions : - Aucun cofinancement pour le VPI - Rougeole-rubéole : 0,30 dollar US/dose - Rotavirus (3 doses) : 0,13 dollar US/dose - VPH : 4 % du prix du vaccin - VPC : 7 % du prix du vaccin - PEP antirabique : 0,20 dollar US / flacon 1 ml • Introductions de nouveaux vaccins : - Aucune règle distincte concernant les introductions de nouveaux vaccins pour les pays en phase AI	• Année 1 : identique à la phase d'autofinancement initial • Années suivantes : augmentation annuelle de 15 % de la fraction du prix, jusqu'à 80 % • Exceptions : - Aucun cofinancement pour le VPI jusqu'à l'arrêt du VPOb, après quoi le cofinancement est de 0,30 dollar US/dose - Cofinancement final pour le vaccin hexavalent réduit pour tenir compte du soutien équivalent de Gavi au VPI - Rougeole et rougeole-rubéole : augmentation du cofinancement par dose de 15 % par an, jusqu'à 80 % - Paludisme : augmentation du cofinancement par dose de 30 % par an, jusqu'à 80 % - PEP antirabique : en fraction du prix d'un flacon de 1 ml • Introductions de nouveaux vaccins : - Année 1 : identique à la phase d'autofinancement initial - Années suivantes : fraction du prix identique à celle utilisée pour les vaccins du portefeuille du pays n'étant pas visés par une exception	• Année 1 : augmentation de 15 % de la fraction du prix • Années 2 à 8 : augmentation linéaire jusqu'au prix intégral de Gavi • Exceptions : - Aucun cofinancement pour le VPI jusqu'à l'arrêt du VPOb, après quoi le cofinancement est de 0,30 dollar US/dose - Cofinancement final pour le vaccin hexavalent réduit pour tenir compte du soutien équivalent de Gavi au VPI - PEP antirabique : en fraction du prix d'un flacon de 1 ml • Introductions de nouveaux vaccins : - Année 1 : identique au reste du portefeuille - Années 2 à 8 : fraction du prix allant de 40 % à 90 % (voir la politique de cofinancement) - Seuil minimum de cofinancement de la dose de vaccin contre l'hépatite B à la naissance et des doses de rappel DTC de 0,20 dollar US/dose pour les introductions de nouveaux vaccins - Introductions de nouveaux vaccins antirougeoleux à 0,20 dollar US/dose	Cofinancement non applicable, car les pays en phase catalytique sont censés financer intégralement les vaccins qu'ils introduisent. Les pays peuvent demander un financement catalytique des vaccins équivalent à 50 % du coût des vaccins pour la première cohorte cible. Les pays en transition accélérée qui entrent dans la phase catalytique continueront à recevoir le soutien pour le VPI pendant la première année de la phase catalytique suivant les règles de la transition accélérée en vigueur, après quoi ils cofinanceront 50 % des coûts du VPI à la deuxième année, puis 100 % à la troisième année. Les pays en transition accélérée qui entrent dans la phase catalytique bénéficieront d'un soutien limité au vaccin hexavalent au cours de la première et de la deuxième année de la phase catalytique, uniquement pour tenir compte du soutien

		- Seuil minimum de cofinancement de la dose de vaccin contre l'hépatite B à la naissance et des doses de rappel DTC : 0,20 dollar US/dose pour les introductions de nouveaux vaccins - Introductions de nouveaux vaccins antirougeoleux et antipaludiques à 0,20 dollar US/dose - Introductions de nouveaux vaccins contre la rougeole-rubéole à 0,30 dollar US/dose	- Introductions de nouveaux vaccins contre la rougeole-rubéole à 0,30 dollar US/dose	équivalent de Gavi au VPI.
Exigences de cofinancement (campagnes de prévention planifiées)	• 2 % du prix total des doses de vaccins pour les campagnes soutenues par Gavi.	• 10 % du prix total des doses de vaccins pour les campagnes soutenues par Gavi.	• 20 % du prix total des doses de vaccins pour les campagnes soutenues par Gavi.	Non applicable
Note : Le cofinancement des campagnes de prévention s'applique aux campagnes de rattrapage ponctuelles et aux campagnes de suivi périodiques. Aucun cofinancement n'est requis pour les campagnes de riposte aux flambées épidémiques et les campagnes mises en œuvre avec les vaccins d'une réserve d'urgence, comme la vaccination préventive contre le virus Ebola, qui sont entièrement financées par Gavi. Pour les vaccins cofinancés destinés à la vaccination systématique et aux campagnes, si la présentation normalement privilégiée par un pays n'est pas disponible à court terme, les obligations de cofinancement peuvent être ajustées pour correspondre à celles de ladite présentation. Quand deux campagnes de vaccination soutenues par Gavi ou plus – ou une campagne soutenue par Gavi et une campagne non soutenue par Gavi contre la poliomyélite – sont gérées au titre du même budget intégré et mises en œuvre sous 12 mois, les obligations de cofinancement du pays se voient réduites de 50 %.				

Investissement conjoint des pays dans les ECF	• 10 % du coût total des ECF éligibles et des services connexes achetés avec le soutien en espèces de Gavi au titre de l'investissement minimum dans les ECF.	• 20 % du coût total des ECF éligibles et des services connexes achetés avec le soutien en espèces de Gavi au titre de l'investissement minimum dans les ECF.	• 35 % du coût total des ECF éligibles et des services connexes achetés avec le soutien en espèces de Gavi au titre de l'investissement minimum dans les ECF.	Non applicable, les ECF étant entièrement autofinancés.

5.2. Investissement conjoint des pays dans les équipements de la chaîne du froid

Les pays sont tenus de réaliser des investissements avec leurs propres fonds dans les ECF éligibles tout au long du cycle stratégique quinquennal de Gavi. Cette exigence d'investissement conjoint facilite la mobilisation et le maintien du financement national pour ces équipements introduits avec le soutien de Gavi. L'exigence a été réduite dans Gavi 6.0 par rapport à Gavi 5.0. Les pays devront s'acquitter des frais d'approvisionnement de l'UNICEF en plus de leur contribution à l'investissement conjoint.

- L'investissement conjoint obligatoire d'un pays dans les ECF est équivalent à la valeur de ses achats éligibles d'équipements et de services connexes au titre de l'investissement minimum du budget en espèces. Il est échelonné en fonction de la phase de la transition au moment de la présentation de la candidature (réduit de **20 % à 10 %** pour l'autofinancement initial, de **50 % à 20 %** pour la transition préparatoire et de **50 % à 35 %** pour la transition accélérée).
- Les pays ne peuvent pas utiliser les fonds de Gavi pour leurs investissements conjoints dans les ECF. S'il leur est impossible d'engager des fonds nationaux, les pays peuvent utiliser les fonds d'autres donateurs.
- L'investissement conjoint du pays dans les ECF peut être effectué en un seul versement au moment de l'achat. Les équipements éligibles au titre de Gavi 6.0 achetés avec des fonds nationaux et des fonds d'autres donateurs (à l'exclusion des fonds de Gavi) seront comptabilisés au titre de l'exigence d'investissement conjoint du pays.
- Un pays peut être exempté de l'exigence d'investissement conjoint susmentionnée dans des circonstances exceptionnelles, conformément à la politique en matière de contextes fragiles, d'urgences et de populations déplacées de Gavi et dans les circonstances spécifiques décrites dans la politique de cofinancement des vaccins.

Orientations supplémentaires
Pour plus d'informations, voir le programme et le guide technologique sur les équipements de la chaîne du froid, ainsi que la liste des produits de la chaîne du froid de Gavi : https://www.gavi.org/news/document-library/cold-chain-equipment-programme-and-technology-guide Équipements de la chaîne du froid éligibles au soutien de Gavi – Liste des produits : https://www.gavi.org/news/document-library/gavi-eligible-cold-chain-equipment-product-list

Partie C : Soutien de la phase catalytique (pays en phase catalytique seulement)

6. Soutien de la phase catalytique

Dans Gavi 6.0, les pays éligibles à la phase catalytique obtiennent un soutien ciblé et limité dans le temps. Les pays classés par la Banque mondiale parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ou admissibles à un emprunt auprès de l'Association internationale de développement[1] sont éligibles au soutien de la phase catalytique. Contrairement aux pays en phase d'autofinancement initial, de transition préparatoire et de transition accélérée, les **pays en phase catalytique ne reçoivent pas de budget vaccinal ou en espèces pluriannuel.** Ces derniers bénéficient en effet d'un soutien en fonction de leurs besoins, qu'ils peuvent solliciter par le biais de processus de demande et d'approbation distincts.

Le soutien de la phase catalytique vise principalement à favoriser l'introduction pérenne des principaux vaccins manquants (soit, à l'heure actuelle, le VPC, l'antirotavirus et l'anti-VPH), avec un soutien futur pour d'éventuels vaccins contre la dengue et la tuberculose. Les pays en phase catalytique peuvent également demander un soutien pour l'optimisation des vaccins et, le cas échéant, un soutien éligible pour les contextes fragiles et les situations d'urgence dans le cadre de l'approche relative aux contextes fragiles et humanitaires (voir l'encadré ci-dessous).

Les pays en phase catalytique peuvent demander un soutien selon une **démarche différenciée de demande et d'approbation.**

Orientations pour les contextes fragiles et humanitaires – soutien aux pays en phase catalytique
Le soutien pour les situations d'urgence et de fragilité à l'intention des pays en phase catalytique est pleinement intégré dans l'approche relative aux contextes fragiles et humanitaires. Le financement de ce soutien est inclus dans le Mécanisme de résilience de Gavi, un instrument de l'approche relative aux contextes fragiles et humanitaires. Les pays en phase catalytique confrontés à des situations d'urgence et de fragilité ont accès de manière temporaire à un soutien à l'achat de vaccins ainsi qu'à un soutien en espèces pour la vaccination systématique ou la riposte aux flambées épidémiques. Pour les autres pays en phase catalytique, toute action de vaccination préventive et toute riposte aux flambées épidémiques devra être fortement justifiée et la réponse apportée sera tributaire des fonds disponibles.

Orientations supplémentaires
Voir l'**annexe 8 – Domaines soutenus à la phase catalytique et directives relatives au processus** pour des orientations plus détaillées sur les domaines bénéficiant d'un soutien de la phase catalytique et sur les exigences de candidature. Voir l'**annexe 3 – Liste des vaccins** pour des orientations détaillées sur les vaccins.

Voir la **partie D** : Soutien d'urgence, riposte aux flambées épidémiques et besoins imprévus (tous les pays)

6.1. Soutien disponible pour l'introduction de nouveaux vaccins

Gavi vise à atteindre l'objectif de la phase catalytique, à savoir favoriser l'introduction durable des principaux vaccins manquants, en travaillant sur deux niveaux. Premièrement, Gavi travaillera au niveau mondial et multipays pour résoudre les problèmes systémiques qui entravent couramment l'introduction durable et équitable de nouveaux vaccins (par exemple les lacunes en matière de données probantes et de capacité décisionnelle) ou les problèmes liés à la pérennité et à l'accessibilité financière (voir l'**annexe 8** pour des orientations plus détaillées sur les domaines soutenus à la phase catalytique).

Deuxièmement, Gavi demeure flexible pour répondre aux besoins spécifiques des pays, en fournissant un soutien par l'intermédiaire de **catalyseurs au niveau national**, comme l'assistance technique, les coûts ponctuels et le soutien au financement des vaccins. Le soutien pour l'introduction de nouveaux vaccins à la phase catalytique n'est disponible que pour les introductions à l'échelle nationale (ou les intensifications conduisant à un déploiement à l'échelle nationale).

Catalyseurs au niveau national

Assistance technique

L'assistance technique peut être fournie avant ou après qu'un pays a officiellement pris la décision d'introduire un vaccin. Elle peut soutenir les activités de planification, de prise de décision, de préparation, de mise en œuvre, d'apprentissage et d'évaluation liées à l'introduction de nouveaux vaccins. L'assistance technique peut être fournie par l'intermédiaire des partenaires principaux de Gavi, dont l'OMS et l'UNICEF, ainsi que par des partenaires élargis (organisations de la société civile, organisations confessionnelles, institutions universitaires, etc.), en fonction des besoins du pays et des avantages comparatifs des partenaires dans le pays.

Coûts ponctuels

Les coûts ponctuels procurent un financement flexible pour les activités éligibles liées aux introductions qui sont essentielles à la mise en œuvre, mais difficiles à financer par d'autres sources. Un pays peut demander un soutien au titre des coûts ponctuels dès qu'il a pris la décision officielle d'introduire le vaccin. Dans leurs demandes, les pays doivent montrer un ferme engagement en faveur de l'introduction et de la pérennité. Le soutien au titre des coûts ponctuels peut être acheminé par l'intermédiaire du ministère de la Santé, des partenaires principaux ou des partenaires élargis de Gavi (organisations de la société civile, organisations confessionnelles, institutions universitaires, etc.).

Financement catalytique des vaccins

Le financement catalytique des vaccins aide les pays à accélérer l'introduction de nouveaux vaccins en soutenant l'achat de vaccins pour la moitié (50 %) de la première cohorte de naissance (ou de la cohorte cible), afin de faciliter l'adoption précoce et de réduire les obstacles financiers initiaux. Ce financement n'est disponible que pour les vaccins éligibles au financement pendant la phase catalytique, et pour le schéma d'administration du produit privilégié par le pays.

6.2. Soutien disponible pour l'optimisation des vaccins (y compris les changements de produits)

Le soutien à l'optimisation des vaccins est accessible à tous les pays éligibles en phase catalytique. Il vise à compléter les introductions de nouveaux vaccins, dans les limites de la portée du mandat de la phase catalytique. Son objectif est de soutenir les évaluations menées par les pays et, le cas échéant, la mise en œuvre d'actions d'optimisation contribuant à la pérennité de l'introduction des vaccins anti-VPH, antipneumococciques et antirotavirus.

Comme il est décrit en partie A, l'optimisation des vaccins désigne le processus consistant à déterminer les produits, les présentations et les schémas vaccinaux les mieux adaptés au contexte d'un pays. Les pays en phase catalytique ayant déjà introduit un ou plusieurs vaccins du portefeuille de vaccins de la phase catalytique et qui envisagent de lancer un processus d'optimisation, s'y préparent ou l'ont déjà amorcé peuvent solliciter un soutien. En phase catalytique, le soutien à l'optimisation vise avant tout à renforcer la pérennité des vaccins anti-VPH, antipneumococciques et antirotavirus déjà introduits. Si l'optimisation peut être envisagée dans le cadre d'un examen plus large du programme de vaccination ou du portefeuille de vaccins d'un pays, le soutien de Gavi pour les pays en phase catalytique vise à accélérer les activités directement liées aux vaccins du portefeuille de la phase catalytique.

Catalyseurs au niveau national pour l'optimisation des vaccins

Assistance technique

Les pays peuvent solliciter une assistance technique afin d'évaluer les options qui s'offrent à eux en matière d'optimisation, de prendre des décisions basées sur des données probantes et, s'ils y sont éligibles, de mettre en œuvre des activités d'optimisation. Ce soutien est adapté aux besoins propres à chaque pays et vise à garantir des processus d'optimisation rapides, coordonnés et alignés sur les objectifs à long terme de pérennité des programmes. L'assistance technique peut être fournie par l'intermédiaire des partenaires principaux de Gavi et/ou ses partenaires élargis.

L'**assistance technique pour l'évaluation et la prise de décision** est un soutien apporté au pays pour évaluer ses options en matière d'optimisation et encourager une prise de décision basée sur des données probantes au sein des programmes essentiels de vaccination, des groupes techniques consultatifs nationaux sur la vaccination et d'autres organismes consultatifs nationaux pertinents.

L'**assistance technique pour la mise en œuvre** peut être sollicitée par les pays en phase catalytique qui ne sont plus soutenus par Gavi et souhaitant mettre en œuvre des activités d'optimisation. Leurs demandes doivent inclure une évaluation justifiant le changement proposé et décrivant la contribution de celui-ci à la pérennité financière du programme de vaccination.

Les financements dédiés à l'assistance technique et aux coûts ponctuels ne peuvent être utilisés que pour des activités directement liées aux vaccins anti-VPH, antipneumococciques et/ou antirotavirus, ou pour une part justifiée de ces activités à coûts partagés. L'achat de vaccins n'est pas éligible à ce soutien.

Coûts ponctuels

Les pays éligibles en phase catalytique qui ne sont plus soutenus par Gavi peuvent demander un soutien pour des coûts ponctuels précis et limités dans le temps associés à la mise en œuvre d'activités d'optimisation, y compris pour des substitutions de produits, de présentation ou de schémas vaccinaux. Ce soutien est destiné à couvrir des activités de mise en œuvre essentielles qui ne peuvent pas être facilement financées par d'autres sources. Il peut être acheminé par l'intermédiaire du ministère de la Santé ou des partenaires principaux ou élargis de Gavi. L'achat de vaccins n'est pas éligible à ce soutien.

Partie D : Soutien d'urgence, riposte aux flambées épidémiques et besoins imprévus (tous les pays)

7. Soutien disponible pour les urgences, les besoins imprévus et les flambées épidémiques

Gavi finance quatre mécanismes pour répondre aux urgences sanitaires et aux besoins imprévus, y compris les flambées épidémiques, tous axés sur la fourniture d'un soutien en lien avec la vaccination. Le financement, les vaccins ou l'assistance technique fournis par l'intermédiaire de ces mécanismes sont de nature complémentaire : ils n'entrent pas dans le budget vaccinal ni dans le budget en espèces.

Tableau 6 : Mécanismes de soutien financés par Gavi pour les urgences, les besoins imprévus et les flambées épidémiques

Mécanisme	Portée
Mécanismes mondiaux de riposte aux flambées épidémiques : A. **Groupe international de coordination de l'achat de vaccins (GIC)** **B. Fonds d'intervention en cas d'épidémie du Partenariat contre la rougeole et la rubéole**	A. Réserves d'urgence et fonds opérationnels pour la riposte aux flambées épidémiques de choléra, d'Ebola, de méningite, de mpox et de fièvre jaune B. Vaccins et fonds opérationnels pour la riposte aux flambées épidémiques de rougeole
Mécanisme de résilience de Gavi	A. Nouveaux besoins dans les contextes fragiles chroniques B. Contextes d'urgence (y compris les flambées épidémiques) C. Contextes nécessitant des programmes humanitaires D. Pays en phase catalytique confrontés à un contexte de fragilité ou d'urgence
Fonds de première riposte	Peut fournir un financement pour la riposte à des épidémies et à des pandémies importantes (80 % des fonds étant réservés aux urgences pandémiques et aux urgences de santé publique de portée internationale), sur recommandation du Secrétariat ou du Conseil d'administration de Gavi.

7.1. Riposte aux flambées épidémiques coordonnée par des mécanismes mondiaux

Par le biais des mécanismes du Groupe international de coordination et du Fonds d'intervention en cas d'épidémie du Partenariat contre la rougeole et la rubéole, Gavi fournit un soutien à la vaccination

d'urgence en cas de flambées de choléra, d'Ebola, de méningite, de fièvre jaune, de mpox[4] et de rougeole, en veillant à ce que les pays puissent mettre en œuvre des ripostes vaccinales rapides et endiguer rapidement ces flambées épidémiques.

Ces mécanismes peuvent financer les types de soutiens suivants :

- Vaccins et matériel de vaccination, expédiés en accéléré à partir des réserves d'urgence mondiales ou des stocks mondiaux de vaccins disponibles
- Financement opérationnel à l'appui de la mise en œuvre de la vaccination d'urgence (formation, communication et mobilisation, chaîne du froid et transport des vaccins, suivi et évaluation, assistance technique pour soutenir et renforcer rapidement les capacités nationales d'intervention d'urgence, etc.)

Note : Les pays peuvent demander à utiliser une partie de leurs subventions en espèces pour lancer rapidement la mise en œuvre des activités de vaccination en riposte à une flambée épidémique, une fois que la demande et le budget de la riposte ont été approuvés. Les fonds seront reconstitués par la suite, selon le budget approuvé de riposte aux flambées épidémiques.

Pour avoir accès au soutien :

La vaccination en riposte aux flambées épidémiques d'Ebola, de choléra, de méningite et de fièvre jaune est coordonnée par le Groupe international de coordination (GIC) pour l'approvisionnement en vaccins. La vaccination d'urgence contre la mpox sera également coordonnée par le GIC à partir du second semestre 2026.

La vaccination d'urgence contre la rougeole est coordonnée par l'intermédiaire du Fonds d'intervention en cas d'épidémie du Partenariat contre la rougeole et la rubéole.

Les pages Web contenant les instructions relatives aux demandes et les adresses de courriel auxquelles envoyer les demandes sont listées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Autres ressources pour la riposte aux flambées épidémiques

Mécanisme	Secrétariat	Instructions relatives à la demande	Courriel de destination des demandes	Lien vers les directives (vaccination en riposte aux flambées épidémiques)
Ebola	OMS (GIC)	https://www.who.int/groups/icg/ebola-virus-disease	ICGsecretariat@who.int	*Extraordinary meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization on Ebola vaccination*, mai 2024
Choléra	OMS (GIC)	https://www.who.int/groups/icg/cholera	ICGsecretariat@who.int	https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cholera

[4] La réserve d'urgence pour la mpox sera mise sur pied vers le milieu de 2026.

Méningite	OMS (GIC)	https://www.who.int/groups/icg/meningitis	ICGsecretariat@who.int	https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HSE-PED-CED-14.5
Fièvre jaune	OMS (GIC)	https://www.who.int/groups/icg/yellow-fever	ICGsecretariat@who.int	https://www.who.int/initiatives/eye-strategy
Rougeole	OMS (PRR)	https://measlesrubellapartnership.org/resources/outbreaks/	MRP-ORF@who.int	https://www.who.int/publications/i/item/9789240052079
Mpox	OMS (GIC)	À venir en 2026	ICGsecretariat@who.int	À venir en 2026

Note : Les pays sont vivement encouragés à maximiser l'utilisation de leur budget en espèces pour le renforcement de la résilience de leurs systèmes et des capacités de leur personnel, ainsi que pour le renforcement des activités de prévention des épidémies et de préparation et de riposte aux épidémies. La collaboration et l'investissement conjoint avec d'autres bailleurs de fonds, comme le Fonds mondial et la Banque mondiale, sont également encouragés. Les activités recommandées en lien avec la résilience et la préparation et la riposte aux urgences ont été intégrées dans les domaines d'investissement et les interventions phares. On en trouvera des exemples dans les annexes relatives aux domaines d'investissement dans les systèmes de santé, ainsi que dans divers documents d'orientation spécifiques aux maladies, notamment une série d'activités liées à la détection, à la préparation et à la riposte dans la section relative à la surveillance, aux laboratoires et aux diagnostics. Les pays sont également encouragés à identifier et à prioriser, dans le cadre de leur processus de candidature et de leur budget en espèces, l'assistance technique nécessaire au soutien de ces activités. Le renforcement de la surveillance numérique, des systèmes d'alerte rapide et des plateformes d'échange rapide des données est un élément essentiel de la préparation aux urgences qui peut être appuyé au titre du budget en espèces.

7.2. Mécanisme de résilience de Gavi

Le Mécanisme de résilience de Gavi est un mécanisme de financement flexible conçu pour réagir rapidement aux chocs imprévus, aux situations d'urgence et à la détérioration des conditions dans les contextes fragiles et humanitaires qui mettent en péril les systèmes de vaccination.

Cas d'utilisation du Mécanisme de résilience de Gavi

Ce mécanisme peut être utilisé dans quatre cas principaux.

1. **Nouveaux besoins dans les contextes fragiles chroniques.** Les contextes nationaux ou infranationaux caractérisés par une fragilité chronique, dans lesquels des situations émergentes ou qui s'aggravent – notamment les déplacements de population ou l'insécurité – mettent à rude épreuve les systèmes de vaccination systématique, ne peuvent être pris en charge par les budgets nationaux existants ni par une reprogrammation, et nécessitent un soutien limité dans le temps. *Exemple : achat de vaccins à la suite d'un afflux imprévu de personnes réfugiées aux frontières.*

2. **Situations d'urgence, y compris flambées épidémiques.** Une situation d'urgence aiguë ou une flambée épidémique confirmée, classifiée, déclarée ou validée par l'OMS ou l'UNICEF, et qui ne bénéficie d'aucun autre soutien provenant d'un autre mécanisme de Gavi. La riposte doit se concentrer sur la vaccination et nécessiter un soutien limité dans le temps pour le lancement, le

maintien ou le rétablissement de sa mise en œuvre. *Exemple : rétablissement des services de vaccination à la suite d'un cyclone ou riposte à une flambée épidémique de diphtérie.*

3. **Contextes nécessitant des programmes humanitaires.** Contextes dans lesquels l'accès aux services de vaccination publics est gravement limité en raison de conflits, de l'insécurité ou de facteurs politiques, entraînant une exclusion persistante et une accumulation de déficits d'immunité nécessitant des interventions de rattrapage ciblées. *Exemple : administration de la vaccination par l'intermédiaire de partenaires humanitaires dans les zones frontalières non couvertes par les systèmes publics.*

4. **Pays en phase catalytique confrontés à des situations d'urgence et de fragilité.** Soutien à l'achat de vaccins et soutien en espèces temporaires en vue d'appuyer la vaccination systématique et de riposter aux flambées épidémiques dans les pays en phase catalytique confrontés à des situations d'urgence et/ou de fragilité. Pour les autres pays en phase catalytique, toute action de vaccination préventive et toute riposte aux flambées épidémiques devra être fortement justifiée et la réponse apportée sera tributaire des fonds disponibles. *Exemple : achat de vaccins et soutien en espèces dans les zones touchées par des conflits actifs.*

Critères d'éligibilité du Mécanisme de résilience de Gavi

Les demandes de soutien au titre du Mécanisme de résilience de Gavi seront évaluées au regard d'un ensemble de critères d'éligibilité et en tenant compte des fonds disponibles. Cette évaluation étudiera le contexte et le ciblage des zones affectées, la nature du choc, de l'évènement ou de la détérioration de la vaccination dans les régions ciblées et son impact réel ou attendu, la faisabilité opérationnelle de la riposte proposée, y compris en matière d'accès et de capacité des partenaires, et la disponibilité de fonds alternatifs, y compris les budgets en espèces et les budgets vaccinaux de Gavi ou d'autres ressources provenant du gouvernement, de donateurs ou de partenaires. Elle déterminera également si le soutien proposé est limité dans le temps et s'il s'accompagne d'accords appropriés au service de la continuité, en prévision de la fin du soutien au titre du Mécanisme de résilience de Gavi.

Soutien fourni par le Mécanisme de résilience de Gavi

Selon le contexte, la riposte proposée et les besoins relevés dans la demande, le soutien du Mécanisme de résilience de Gavi peut à la fois se décliner sous forme d'espèces et de vaccins. Toute aide apportée sera guidée par les principes suivants :

- **Lien direct avec les perturbations.** Les activités doivent répondre à des déficits de vaccination causés ou aggravés par le choc, l'évènement ou la détérioration à l'origine de la demande.
- **Ciblage des populations touchées.** Les activités doivent se concentrer sur les populations directement affectées, y compris les communautés déplacées, inaccessibles ou négligées.
- **Opérationnalité et limite de durée.** Le soutien doit se concentrer sur la mise en œuvre concrète de la vaccination pendant la période de riposte, plutôt que sur le renforcement plus général ou à long terme du système de santé.

Soutien aux vaccins

Les demandes de vaccins doivent mentionner les stocks disponibles ainsi que les achats confirmés ou anticipés, et expliquer pourquoi ceux-ci sont insuffisants ou ne peuvent être mis à disposition dans les délais requis.

Gavi peut conserver une flexibilité exceptionnelle, limitée dans le temps (jusqu'à 12 mois), pour soutenir les vaccins traditionnels dans le cadre des cas d'utilisation existants du Mécanisme de résilience de Gavi, lorsque des programmes humanitaires sont nécessaires et que les autres options de financement ont été épuisées.

Soutien en espèces

Le Mécanisme de résilience de Gavi **peut financer** des activités de mise en œuvre limitées dans le temps nécessaires au maintien, au rétablissement ou à l'adaptation des services de vaccination en réponse aux perturbations. Il pourra notamment s'agir de prestation de services et d'activités de rattrapage, de mobilisation de la communauté, de mise en place de capacités supplémentaires temporaires, de coordination et de microplanification, de soutien logistique et à la chaîne du froid, de gestion des données et de suivi, ainsi que de surveillance ou de diagnostics directement liés à la riposte.

Le Mécanisme de résilience de Gavi **ne finance pas** le renforcement des systèmes de santé au sens large ou à plus long terme, les activités qui ne sont pas directement liées à la perturbation identifiée ou aux populations affectées, ni les coûts qui peuvent être couverts par des ressources existantes provenant de Gavi, de partenaires, ou du pays lui-même.

L'assistance technique, la chaîne du froid ou l'achat de produits autres que des vaccins **peuvent être financés uniquement à titre exceptionnel** dans le cas où ils sont essentiels à une riposte immédiate et qu'ils ne peuvent être financés par les ressources ou accords existants.

Accès au soutien au titre du Mécanisme de résilience de Gavi

Une demande peut être initiée par le gouvernement, les partenaires ou l'équipe de pays de Gavi à la suite d'un choc, d'un évènement ou d'une détérioration des circonstances pouvant justifier de faire appel au soutien du Mécanisme de résilience de Gavi. Les demandes doivent être adressées au responsable pays senior, qui accompagnera les équipes déposant la demande tout au long du processus.

Pour la réalisation du premier examen, les demandes initiales doivent décrire brièvement le choc, la détérioration, la situation d'urgence ou la flambée épidémique à l'origine de la démarche et son impact sur la vaccination, recenser les zones géographiques affectées et les populations ciblées pour la vaccination, préciser les montants demandés, la durée proposée du soutien et ce qu'il est prévu de mettre en place à la fin du soutien du Mécanisme de résilience de Gavi, confirmer l'accès et la faisabilité des accords de mise en œuvre et expliquer pour quelles raisons la riposte ne peut être financée par l'allocation de Gavi au pays, les ressources nationales ou les financements d'autres donateurs. Les demandes éligibles seront ensuite rattachées au cas d'utilisation pertinent du Mécanisme de résilience de Gavi et à un plafond indicatif de financement.

Une fois l'éligibilité et la disponibilité des fonds confirmées, une demande complète décrivant la riposte proposée sera demandée et évaluée à l'occasion d'un processus d'examen et d'approbation accéléré.

Orientations supplémentaires
Le Mécanisme de résilience de Gavi s'inscrit dans le cadre plus large de l'approche relative aux contextes fragiles et humanitaires de Gavi. Le document du Conseil d'administration de Gavi sur l'approche relative aux contextes fragiles et humanitaires (document 10, réunion de juillet 2025) contient de plus amples informations sur le sujet : https://www.gavi.org/governance/gavi-board/minutes/24-25-july-2025 Politique en matière de contextes fragiles, d'urgences et de populations déplacées : https://www.gavi.org/news/document-library/05a-annex-c-update-gavi-s-fragility-emergencies-and-displaced-fed-populations

Le Mécanisme de résilience de Gavi est un mécanisme de financement flexible conçu pour réagir rapidement aux chocs imprévus et aux situations qui s'aggravent mettant en péril les systèmes de vaccination. Il met des fonds à disposition pour répondre à des circonstances et à des besoins exceptionnels, seulement après que d'autres moyens de financement ont été envisagés (comme le financement disponible au titre du budget vaccinal ou du budget en espèces).

1. Critères d'éligibilité du Mécanisme de résilience de Gavi

Pour être éligibles au soutien au titre du Mécanisme de résilience de Gavi, les demandes doivent répondre à l'ensemble des cinq critères suivants :

1. Contexte. La demande concerne un pays éligible au soutien de Gavi ou en phase catalytique et identifie des régions infranationales clairement ciblées.
2. Perturbation ou détérioration. Un choc, un évènement ou une détérioration perturbe – ou va probablement perturber – les services de vaccination dans les régions ciblées, y compris l'approvisionnement en vaccins, la chaîne du froid, l'accès des populations ou le fonctionnement du système dans son ensemble.
3. Faisabilité. La riposte proposée est réalisable d'un point de vue pratique. Elle tient compte des questions d'accès aux régions touchées, de la mobilisation des partenaires de mise en œuvre et de leurs capacités, et de l'approbation des autorités compétentes.
4. Besoin imprévu de financement. Le besoin ne pouvait réellement pas être prévu, aucun mécanisme ou enveloppe de financement de Gavi en place n'est disponible, et aucune source existante de financement d'un autre donateur ne peut y répondre.
5. Durée et transition. Il est attendu que la perturbation perdure suffisamment longtemps pour que le soutien de Gavi soit constructif, et la demande est limitée dans le temps (généralement d'une durée maximum de 12 mois), assortie d'une voie de transition claire vers le budget vaccinal et/ou en espèces, ou une autre source de financement, en prévision de la fin du soutien au titre du Mécanisme de résilience de Gavi.

Chacun de ces cinq critères doit être rempli pour que la demande passe à l'étape suivante de la candidature. Dans le cadre de cette évaluation, les demandes sont également rattachées à un ou plusieurs cas d'utilisation du Mécanisme de résilience de Gavi (voir section 2) et leur cohérence avec les financements disponibles fait l'objet d'une vérification.

2. Cas d'utilisation

Une fois que l'on s'est assuré qu'elle remplit les critères d'éligibilité décrits plus haut, la demande est rattachée à un ou plusieurs des quatre cas d'utilisation définis ci-dessous.

Cas d'utilisation 1 – Nouveaux besoins dans les contextes fragiles chroniques. Les contextes nationaux ou infranationaux caractérisés par une fragilité chronique, dans lesquels des situations émergentes ou qui s'aggravent, notamment les déplacements de population ou l'insécurité, mettent à rude épreuve les systèmes de vaccination systématique, et ne peuvent être prises en charge par les budgets nationaux existants ni par une reprogrammation. *Exemple : achat de vaccins à la suite d'un afflux imprévu de personnes réfugiées aux frontières ou soutien opérationnel à la suite d'une transition politique qui a perturbé les services.*

Cas d'utilisation 2 – Situations d'urgence, y compris flambées épidémiques. Une situation d'urgence aiguë ou une flambée épidémique confirmée, classifiée, déclarée ou validée par l'OMS ou l'UNICEF, et qui ne bénéficie d'aucun autre soutien provenant d'un autre mécanisme de Gavi. La riposte doit se concentrer sur la vaccination et nécessite un soutien limité dans le temps pour le lancement, le maintien ou le rétablissement de sa mise en œuvre. *Exemple : rétablissement des services de vaccination à la suite d'un cyclone ou riposte à une flambée épidémique de diphtérie.*

Cas d'utilisation 3 – Programmes humanitaires. Contextes dans lesquels l'accès aux services de vaccination publics est gravement limité en raison de conflits, de l'insécurité ou de facteurs politiques, entraînant une exclusion persistante et une accumulation de déficits d'immunité nécessitant des interventions de rattrapage ciblées. *Exemple : administration de la vaccination par l'intermédiaire de partenaires humanitaires dans les zones frontalières non couvertes par les systèmes publics.*

Cas d'utilisation 4 – Pays en phase catalytique. En vertu de ce cas d'utilisation, les pays en phase catalytique confrontés à des situations de fragilité ou d'urgence bénéficient d'un accès prioritaire aux fonds du Mécanisme de résilience de Gavi. Dans des cas exceptionnels et sous réserve de la disponibilité des fonds, le Mécanisme de résilience de Gavi pourra apporter un soutien dans d'autres pays en phase catalytique en cas de flambées épidémiques ou pour mettre en place une vaccination préventive. *Exemple : achat de vaccins et soutien en espèces dans des régions infranationales touchées par des conflits afin de maintenir le calendrier de vaccination systématique, ou services mobiles dans les zones en conflit actif.*

7.3. Fonds de première riposte de Gavi

Le Fonds de première riposte de Gavi est une partie intégrante du Mécanisme de financement du jour zéro et procure une capacité de financement de pointe positionnée pour intervenir dès l'amorce d'une urgence de santé publique majeure. Le Fonds peut fournir un financement et un soutien en riposte à des flambées épidémiques, à des épidémies et à des pandémies importantes (80 % des fonds étant réservés aux urgences pandémiques et aux urgences de santé publique de portée internationale), sur recommandation du Secrétariat ou du Conseil d'administration de Gavi.

Ce mécanisme peut financer les types de soutiens suivants :

- Vaccins et matériel de vaccination
- Financement opérationnel à l'appui du déploiement et de l'administration des vaccins de riposte
- Assistance technique

- Protection du personnel de santé
- Protection des services de vaccination systématique

Pour avoir accès au soutien :

La flambée épidémique, l'épidémie ou la pandémie doit répondre aux critères suivants pour être éligible au Fonds de première riposte :

- être une urgence de l'OMS de **niveau 2 ou supérieur** ;
- être considérée comme éligible à l'issue d'une évaluation technique dirigée par le Secrétariat et des partenaires qualifiés ;
- Être associée à une maladie ou à un agent pathogène contre lequel Gavi n'a pas de programme.

Dans l'éventualité où le Fonds de première riposte est mobilisé en réponse à une urgence de santé publique majeure, le Secrétariat enverra aux pays touchés des orientations et des communications spécifiques concernant les modalités d'accès au soutien.

Partie E : Suivi des subventions (tous les pays)

8. Suivi des subventions

8.1 Objet et portée du cadre de redevabilité en matière de subventions

Le cadre de redevabilité en matière de subventions de Gavi est un accord explicite entre un pays, les partenaires et Gavi convenant des principaux paramètres de suivi et de rapport de la performance des subventions de Gavi au cours de leur mise en œuvre. Il a pour objet de soutenir la gestion efficace des performances des subventions en rassemblant les informations essentielles permettant de déterminer ce qui se déroule comme prévu, où apparaissent des difficultés ou des risques, et quelles mesures de suivi ou quel soutien pourraient s'avérer nécessaires. Ce cadre sert de base au dialogue et aux actions conduisant à l'amélioration des résultats.

Le cadre de redevabilité en matière de subventions prévoit des mesures de performances pour chaque bénéficiaire de fonds au sein d'un pays, comme le gouvernement, les partenaires principaux de l'Alliance, les organisations de la société civile et d'autres partenaires, signe que les subventions sont gérées conjointement, et en collaboration, par plusieurs parties prenantes. Il favorise une redevabilité claire quant à la contribution de chaque bénéficiaire de fonds tout en fournissant un regard d'ensemble au niveau du pays sur la performance globale des subventions. Il regroupe toutes les mesures de la performance de la subvention en un tableau de bord agrégé dans le système de gestion des subventions (SGS).

Le cadre de redevabilité en matière de subventions est conçu pour faciliter le suivi de la chaîne de résultats d'une subvention, en traçant l'utilisation des ressources de Gavi (soutien en espèces et soutien aux vaccins) à travers la mise en œuvre et ses résultats. Cela permet à la fois de mieux comprendre où et pourquoi une subvention sous-performe ou surperforme, et d'apporter des ajustements adaptés en vue de résultats améliorés. En termes simples, le cadre de redevabilité en matière de subventions permet aux parties prenantes de comprendre la **performance** d'une subvention en évaluant à la fois ses **progrès** (mise en œuvre) et ses **résultats** (indicateurs communiqués régulièrement).

8.2 Éléments visés par le suivi et les rapports au cours de la mise en œuvre

La présente sous-section fournit un aperçu des éléments faisant l'objet d'un suivi et de rapports au titre du cadre de redevabilité en matière de subventions. Pour des orientations détaillées sur les éléments que doivent fournir les pays dans le cadre de leur demande, se reporter à l'annexe 2 – Directives relatives au processus.
Le cadre de redevabilité en matière de subventions examine tant les progrès que les résultats obtenus, comme précisé ci-dessous. Dans le cadre du processus habituel de communication de l'information, chaque bénéficiaire de fonds doit également fournir un descriptif des performances expliquant ce que révèlent les progrès et les résultats rapportés en matière de performance des subventions, y compris toute difficulté et action corrective nécessaire. De plus amples informations seront disponibles dans les directives à venir relatives à la gestion des subventions.

8.2.1 Progrès

Le suivi des progrès évalue si les ressources des subventions sont utilisées et si les activités planifiées sont mises en œuvre de la manière prévue. Il couvre les éléments suivants :

- **Absorption financière.** Chaque bénéficiaire rend compte de l'absorption budgétaire – au niveau de l'activité – des fonds décaissés, afin d'appuyer la gestion des futurs décaissements.

- **Consommation de vaccins.** Les pays rendent compte de la consommation de doses de vaccins, qui est comparée aux autorisations et aux expéditions, afin de renseigner les décisions d'approbation futures en termes de calendrier et de quantité.

- **Activités de la subvention.** Chaque bénéficiaire de fonds rend compte de l'état d'avancement de la mise en œuvre de ses trois activités à la valeur la plus élevée au titre de chaque domaine programmatique dans le budget de la subvention. Cela permet d'évaluer si le travail prévu pour atteindre les objectifs programmatiques est en bonne voie et d'appuyer les décisions concernant les décaissements futurs.

  Exemple : *Soit un budget comportant 14 activités dans le domaine programmatique « prestation de services ». Parmi ces activités, sept sont gérées par le gouvernement du pays, quatre par l'UNICEF, deux par l'organisation de la société civile A et une par l'organisation de la société civile B. Le gouvernement du pays doit rendre compte de l'état d'avancement des trois activités ayant le plus de valeur parmi les sept pour lesquelles il reçoit des fonds. L'UNICEF doit rendre compte de l'état d'avancement des trois activités ayant le plus de valeur parmi les quatre pour lesquelles elle reçoit des fonds. Les organisations A et B doivent rendre compte de l'état d'avancement de toutes les activités pour lesquelles elles reçoivent des fonds, car elles n'en gèrent pas plus de trois dans ce domaine programmatique.*

8.2.2 Résultats

Les résultats font l'objet d'un suivi au regard des indicateurs programmatiques prévus dans le cadre de résultats. Ces indicateurs permettent de vérifier si le financement et les activités de la subvention obtiennent les résultats escomptés. Le cadre de résultats comprend deux types d'indicateurs :

- Les **indicateurs de suivi régulier** sont un ensemble d'indicateurs obligatoires inclus dans le cadre de responsabilisation en matière de subventions pour toutes les subventions nationales consolidées. Il est attendu des pays qu'ils assurent un suivi régulier de ces indicateurs (ou équivalents) au niveau infranational (voir plus bas), mais ils ne sont pas tenus de fournir à Gavi des données détaillées. Les données relatives à ces indicateurs seront également mises à disposition dans le SGS par le Secrétariat de Gavi, à partir des sources de données mondiales identifiées dans le tableau A de l'annexe 9 – Cadre de redevabilité en matière de subventions.

- Les **indicateurs clés de résultats liés à la subvention** sont des indicateurs au regard desquels les cibles doivent être établies et qui feront l'objet d'un suivi. Il s'agit d'un ensemble d'indicateurs standard utilisés dans tous les pays, ainsi que d'indicateurs personnalisés que chaque bénéficiaire de fonds est censé sélectionner pour le suivi de ses activités les plus importantes. Le nombre d'indicateurs personnalisés doit être limité (p. ex. de un à trois par bénéficiaire de fonds). Ils peuvent être sélectionnés à partir d'une liste recommandée ou créés, si nécessaire, par exemple en choisissant un indicateur parmi un cadre de suivi et d'évaluation déjà utilisé.

Au moment de sélectionner les indicateurs et de déterminer les cibles, les pays doivent tenir compte des progrès à réaliser pour réduire le nombre d'enfants zéro dose, sachant que l'ambition du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 consiste à diviser ce nombre par deux d'ici 2030.

D'autres données servent à la triangulation et à l'interprétation des indicateurs et des cibles du cadre de redevabilité en matière de subventions, comme les estimations des taux de couverture et d'abandon du WUENIC. Celles-ci ne nécessitent pas de communication ni de définition de cibles.

La fréquence des communications et les exigences en matière d'indicateurs personnalisés sont différenciées par segment de pays, et servent de base aux évaluations régulières de la performance des subventions par le Secrétariat, les gouvernements des pays, les partenaires et d'autres parties prenantes de l'Alliance. Des informations supplémentaires sur les indicateurs et les fréquences de communication de l'information requises sont présentées à l'annexe 9 – Cadre de redevabilité en matière de subventions.

8.3 Suivi des campagnes et rapports

Les campagnes soutenues par Gavi sont soumises à des exigences spécifiques liées au suivi et aux rapports, qu'elles soient comprises dans la demande d'un pays ou approuvées à travers une demande ponctuelle pour une campagne précise. Les pays sont tenus de rendre compte de leurs résultats au regard des indicateurs de campagne applicables et d'envoyer un rapport technique de campagne dans les quatre semaines suivant la fin de la campagne. Si des activités de suivi et d'évaluation de la campagne ont été prévues, les pays sont également tenus de présenter un rapport de suivi et d'évaluation de la campagne à l'issue de ces activités. Ces deux rapports doivent être envoyés à travers le système de gestion des subventions.
De plus amples informations sur les indicateurs sont disponibles dans l'annexe 9 – Cadre de redevabilité en matière de subventions, et des orientations sur le suivi, l'évaluation et les rapports de campagne sont fournies dans l'annexe 10 – Optimisation des campagnes.

8.4 Renforcement des données pour le suivi des subventions

En ce qui concerne la sélection d'indicateurs personnalisés, il est entendu que les systèmes de données actuels peuvent présenter des lacunes qui rendent difficile la communication de l'information (p. ex. lorsque les indicateurs ne sont pas collectés de manière régulière ou en raison de problèmes de qualité des données). Gavi recommande aux pays d'investir dans des approches de suivi à cycle rapide pour soutenir les systèmes infranationaux de suivi et d'examen et pour garantir une mesure solide des activités clés au moyen des indicateurs personnalisés. Les approches de suivi à cycle rapide procurent des données fiables, presque en temps réel, à tous les niveaux du système de santé. Le suivi à cycle rapide comporte un large éventail d'activités : évaluations rapides et fréquentes des structures de santé ; enquêtes rapides sur les ménages, y compris avec des indicateurs de facteurs comportementaux et sociaux ; ajustement rapide de la qualité des données du système de gestion de l'information sanitaire ; et utilisation de données probantes pour l'évaluation de la performance.

Orientations supplémentaires
Voir la section sur les données de l'**annexe 4 – Domaines d'investissement de la stratégie pour les systèmes de santé** pour plus d'informations sur les options de suivi à cycle rapide.

8.5 Importance du suivi et de l'examen au niveau infranational

Bien que le cadre de redevabilité en matière de subventions se concentre sur les résultats des subventions au niveau national, les progrès sont souvent le résultat d'améliorations au niveau infranational. L'expérience de la période stratégique 2021-2025 de Gavi (Gavi 5.0/5.1) a montré que des améliorations spectaculaires des résultats de vaccination sont possibles lorsque les autorités

sanitaires et politiques locales – que ce soit au niveau des districts ou des États/provinces – adoptent une approche de gestion basée sur des données et mesurent fréquemment un petit ensemble d'indicateurs de résultats critiques pour identifier et corriger les sous-performances.

À l'appui de cette démarche, Gavi s'attend à ce que les pays et les partenaires examinent régulièrement les données infranationales – en particulier les indicateurs de suivi régulier du cadre de redevabilité en matière de subventions (énumérés à l'annexe 9 – Cadre de redevabilité en matière de subventions), ou leurs équivalents infranationaux – et se fondent sur ces examens pour mettre en œuvre des mesures visant à améliorer la performance. Les pays doivent préciser dans le descriptif stratégique les régions visées par ces examens. S'ils ne sont pas tenus d'en rapporter chaque fois les résultats détaillés à Gavi à travers le cadre de redevabilité en matière de subventions, les pays doivent lui communiquer si ces examens se déroulent comme prévu. Lors des séances de coordination et d'apprentissage conjointes et des discussions régulières sur la performance avec leur responsable pays senior, les pays et les partenaires doivent se préparer à fournir des mises à jour sur la manière dont ces examens au niveau infranational ont débouché sur des mesures visant à remédier aux insuffisances constatées.

Cette approche devrait permettre à la fois une évaluation nationale de la performance du programme essentiel de vaccination et des progrès par rapport aux objectifs de la subvention, tout en permettant aux pays et aux partenaires de comprendre ce qui fonctionne bien et ce qui conduit à des sous-performances dans des domaines spécifiques et localisés. Cela signifie également que le cadre de redevabilité en matière de subventions peut être considéré comme une extension des cadres de suivi et de gestion existants d'un pays, où les informations détenues et gérées par le pays et examinées à l'échelle infranationale sont ensuite reflétées dans des mesures de performance et des résultats de niveau supérieur saisis dans le cadre de redevabilité en matière de subventions.

Annexe 1 : Directives relatives à la priorisation

Vue d'ensemble de la priorisation du portefeuille

Gavi 6.0 apporte plusieurs changements à la structure du soutien de Gavi aux pays, dans un environnement où les ressources sont de plus en plus limitées. Ces changements sont conçus pour rendre la prise de décision plus souple, notamment avec l'introduction du budget vaccinal et du budget en espèces consolidé.

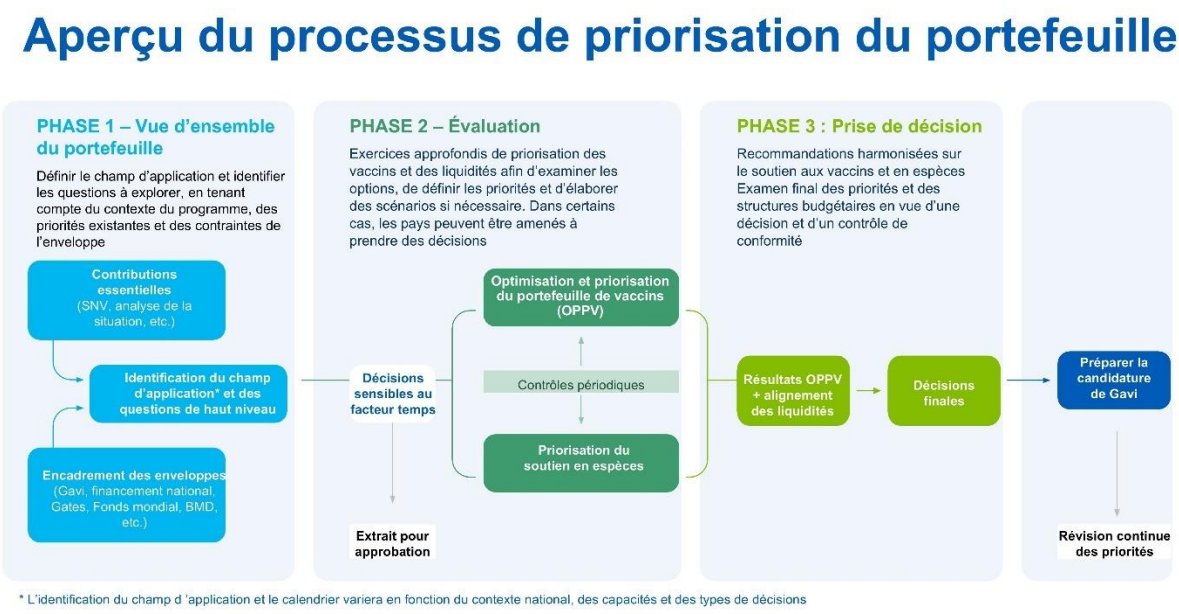
Pour s'orienter dans ce contexte et favoriser une planification efficace, les pays sont encouragés à engager un processus global de priorisation du portefeuille auquel ils consacreront suffisamment de temps et d'efforts, afin d'étayer l'élaboration de leur demande auprès de Gavi en accord avec les priorités nationales. L'adjectif « global » est utilisé dans deux sens :

- **Priorisation conjointe du soutien aux vaccins et du soutien en espèces :** Les pays sont encouragés à envisager le soutien en matière de vaccins en même temps que le soutien en espèces afin de déterminer comment tirer parti des ressources de manière optimale pour produire l'impact le plus marqué et renforcer les systèmes de vaccination.
- **Au-delà de Gavi, au-delà de la vaccination :** Au-delà de Gavi et du financement de la vaccination, le processus doit tenir compte de l'ensemble du paysage de financement, et donc des priorités de la stratégie nationale de vaccination, des soins de santé primaires et de la stratégie du secteur de la santé au sens large.

Vue d'ensemble du processus

Le schéma suivant résume les trois principales phases recommandées pour un processus de priorisation.

Figure 1.1 : Vue d'ensemble du processus recommandé pour la priorisation du portefeuille



Meilleures pratiques pour la mobilisation des parties prenantes

Chaque pays structurera son processus en fonction des modalités de gouvernance et des cycles de planification qui lui sont propres, mais l'expérience acquise par les pays suggère que certaines bonnes pratiques peuvent contribuer à garantir que le processus conduise à des priorités claires et à des décisions prises en connaissance de cause. Quelques considérations relatives à la mobilisation des principales parties prenantes sont présentées ci-après.

- ✓ **Mobilisation des responsables gouvernementaux :** En particulier dans le cadre d'une collaboration entre plusieurs départements ou organismes de financement, le parrainage des directions des ministères de la Santé, de la Planification et des Finances peut contribuer à assurer l'alignement. Cette mobilisation peut impliquer une réunion organisée en amont pour confirmer les principales priorités (idéalement un sous-ensemble de priorités de la stratégie nationale de vaccination, si celle-ci est à jour) et de possibles compromis en vue d'un soutien de Gavi.
- ✓ **Gouvernance claire :** Sous la conduite du ministère de la Santé, décider d'un commun accord dès le départ qui présidera le processus, comment des compromis seront trouvés, quels organismes élaboreront le contenu et les recommandations (Groupe technique consultatif national sur la vaccination, organisations de la société civile et partenaires de développement) et quelle instance (p. ex. le Comité de coordination interagences, le groupe de travail chargé du secteur de la santé) approuvera les décisions et le plan finaux.
- ✓ **Mobilisation inclusive :** Il convient d'associer le ministère de la Santé, les partenaires de l'Alliance, les programmes de lutte contre les maladies (paludisme, poliomyélite, choléra, fièvre jaune, méningite, etc.), les autres institutions de la santé mondiale et les responsables du renforcement des systèmes de santé, le secrétariat du Groupe technique consultatif national sur la vaccination, les représentants infranationaux, les organisations de la société civile et les partenaires de développement. Les décisions impliquant les programmes de ces parties prenantes sont plus durables si elles s'inscrivent dans le processus.
- ✓ **Mise à profit des conseils d'experts lors des discussions techniques :** Certains thèmes nécessiteront des avis techniques spécialisés (p. ex. en économie de la santé ou en vaccinologie). Les documents d'orientation (comme la boîte à outils pour l'optimisation et priorisation du portefeuille de vaccins) donnent des conseils plus ciblés sur les éléments requis.
- ✓ **Transparence relative aux contraintes :** Faire preuve de transparence suffisamment tôt concernant les contraintes de financement. Les parties prenantes informées sur l'enveloppe sont plus susceptibles de participer de manière constructive à la recherche de compromis que celles qui prennent conscience tardivement de baisses de financement.

Phase 1 – Vue d'ensemble du portefeuille

Cette phase donne une vue d'ensemble structurée du portefeuille de vaccins du pays en vue d'éclairer la priorisation dans le cadre de la demande auprès de Gavi. Pour cet exercice, les pays doivent se baser sur la stratégie nationale de vaccination, le plan national relatif au secteur de la santé et d'autres analyses de situation récentes afin d'assurer l'alignement sur les objectifs nationaux.

Parallèlement, les pays doivent évaluer l'enveloppe de ressources globale, y compris le financement national et le soutien de Gavi et d'autres partenaires, pour s'assurer que les priorités sont réalistes au regard du financement disponible.

Étapes recommandées

1. Définition des objectifs, des principes et du processus

En se référant principalement à la stratégie nationale de vaccination ou à d'autres documents relatifs à la planification nationale, définir clairement les objectifs et les principes de priorisation (p. ex. équité, pérennité, impact sur les populations sous-vaccinées, prévention des flambées épidémiques, intégration à l'échelle des programmes et financement). Si la stratégie nationale de vaccination est obsolète, procéder à un examen rapide pour en vérifier la pertinence. Se mettre d'accord en amont sur le processus de planification, les parties prenantes et les points de décision, en coordination avec le responsable pays senior de Gavi pour s'aligner sur les délais relatifs aux demandes.

- ✓ Identifier et mobiliser les parties prenantes concernées : Pour certains pays, il peut être possible d'obtenir un impact ou des gains d'efficacité en se coordonnant avec d'autres programmes (poliomyélite, paludisme, choléra ou efforts centrés sur les soins de santé primaires). Lorsque des domaines supplémentaires ont été identifiés, s'assurer que les parties prenantes concernées sont associées au processus de manière adéquate.

2. Examen de la performance du programme et des données probantes

Évaluer la performance pendant la période de Gavi 5.0 afin d'identifier les succès, les contraintes et les goulets d'étranglement persistants. Il s'agira notamment d'étudier la portée initiale du programme ainsi que les taux de rétention et d'achèvement dans le calendrier national de vaccination. Si cela est pertinent, étudier les taux de couverture et d'abandon pour les différents antigènes et doses, y compris les rendez-vous vaccinaux au-delà de la primovaccination des nourrissons et au cours de la deuxième année de vie, aux niveaux nationaux/infranationaux, quand les données le permettent. Utiliser les diagnostics et les analyses de situation les plus récents pour valider les lacunes prioritaires et étayer les décisions de nature prospective (p. ex. analyse de situation de la stratégie nationale de vaccination).

3. Définition de l'enveloppe financière

Identifier les ressources disponibles dans le budget vaccinal et le budget en espèces de Gavi, le financement national et le financement d'autres partenaires. Comparer les ressources aux priorités identifiées pour relever les lacunes et déterminer les compromis. Cette étape favorise la planification intégrée et la coordination avec d'autres partenaires du financement de la santé sous le leadership du pays.

- ✓ *Tenir compte du multiplicateur des banques multilatérales de développement :* Pendant la préparation des subventions, Gavi peut aider les pays à identifier les opérations actuelles ou à venir des banques multilatérales de développement – ou de nouveaux financements potentiels – qui pourraient contribuer aux objectifs de Gavi. *Lorsque cela est pertinent, Gavi facilitera la participation des ministères de la Santé, de ses homologues des banques multilatérales de développement, des partenaires de l'Alliance et des équipes du Secrétariat pour définir la portée du financement conjoint ou de l'assistance technique dans le cadre du mécanisme multiplicateur.*

- ✓ *Évaluer les implications des budgets vaccinaux de Gavi : Il convient de se familiariser avec les politiques relatives aux budgets vaccinaux de Gavi et avec les allocations spécifiques aux pays. Les points suivants doivent être pris en considération :*
  - *Statut des programmes existants, planifiés et prévus (y compris recommandations du Groupe technique consultatif national sur la vaccination)*
  - *Hypothèses relatives aux coûts des produits et des présentations par rapport aux coûts d'approvisionnement actuels*
  - *Obligations actuelles et prévues de cofinancement des vaccins*
  - *Souplesse dans le cadre des budgets garantis et discrétionnaires et des conditions nécessitant un autofinancement*

- ✓ *Aligner la planification du soutien aux vaccins et du soutien en espèces : S'assurer que les introductions de vaccins, les campagnes et les substitutions sont planifiées en même temps que le soutien en espèces nécessaire. Établir un processus clair pour préserver l'alignement entre le budget vaccinal et le budget en espèces pendant la priorisation et la préparation d'une demande.*

- ✓ *Examiner les paramètres du budget en espèces de Gavi et les liens avec les systèmes de santé :* Examiner les politiques relatives au soutien en espèces et les allocations spécifiques au pays dans le cadre de Gavi 6.0, notamment :
  - *Financement total disponible et changements par rapport aux cycles précédents*
  - *Allocations réservées du budget en espèces*
  - *Alignement sur la stratégie pour les systèmes de santé de Gavi (différenciation, pérennité, interventions phares)*
  - *Autres programmes nécessitant une coordination et/ou une intégration (p. ex. santé maternelle, néonatale et infantile, paludisme, poliomyélite, soins de santé primaires)*

- ✓ *Évaluer les contributions de financement national réalistes : Examiner le financement national passé et prévu, notamment les niveaux de financement, le calendrier et l'exécution. Comparer les projections de la stratégie nationale de vaccination à la mobilisation et aux dépenses actuelles afin de formuler des hypothèses réalistes pour la période stratégique.*

4. Confirmation des objectifs et des critères d'évaluation

Avant de conclure cette phase, se mettre d'accord sur les objectifs essentiels pour les cinq prochaines années (p. ex. couverture, équité, pérennité, accès à de nouveaux vaccins, prévention des flambées épidémiques et riposte). Si possible, définir des critères d'évaluation de haut niveau (p. ex. coût, faisabilité, impact attendu) pour guider l'élaboration des options de priorisation.

Ressources

Matériel	Source	Comment y accéder
Données sur la performance de Gavi 5.0	Pays	--
Plans nationaux (stratégie nationale de vaccination, plan national relatif au secteur de la santé, etc.)	Pays	--
Simulateur de budget 6.0	Gavi	Demander au responsable pays senior
Stratégie pour les systèmes de santé 6.0	Gavi	Site Web des directives de Gavi

Lettres 6.0	Gavi	Demander au responsable pays senior
Directives sur le financement des programmes 6.0	Gavi	Site Web des directives de Gavi
Prévision de cofinancement	Gavi	Demander au responsable pays senior
Orientations provisoires pour la redéfinition des priorités relative aux systèmes de santé	Gavi	Site Web des directives de Gavi
Prix des vaccins de la Division de l'approvisionnement de l'UNICEF	**UNICEF**	**Demander les prix les plus récents au bureau national de l'UNICEF**
Orientations relatives à la stratégie nationale de vaccination (mise à jour 2026)	OMS	Site Web de l'OMS (stratégie nationale de vaccination) (en anglais)
Boîte à outils pour l'optimisation et priorisation du portefeuille de vaccins	OMS	Site Web du Centre de ressources du Groupe technique consultatif national sur la vaccination (en anglais)

Phase 2 – Évaluation

Au terme de la comparaison entre les priorités nationales et les sources de financement disponibles, des décisions clés en matière de compromis seront identifiées et pourront être discutées dans le cadre du processus d'optimisation et de priorisation du portefeuille de vaccins ou dans celui de la priorisation des investissements en espèces.

Le soutien en espèces et le soutien aux vaccins relèvent de processus distincts, en raison de leurs parties prenantes, portée et cadres décisionnels différents. Les décisions ayant trait au portefeuille de vaccins s'appuient fortement sur les Groupes techniques consultatifs nationaux sur la vaccination et sur les considérations relatives au cofinancement national, tandis que les décisions concernant le soutien en espèces impliquent des parties prenantes plus proches des systèmes de mise en œuvre, des fonctions du système de santé et de la planification opérationnelle. Toutefois, il est essentiel que ces processus soient regroupés et coordonnés, et qu'ils se renforcent mutuellement, car certaines activités ont un impact dans les deux domaines (p. ex. les campagnes relèvent d'un plan d'optimisation et priorisation du portefeuille de vaccins, mais les coûts de mise en œuvre doivent être inclus dans les investissements en espèces). Cet alignement est essentiel pour aboutir à une décision cohérente durant la phase 3.

Optimisation et priorisation du portefeuille de vaccins

L'optimisation et la priorisation du portefeuille de vaccins est un processus dirigé par le pays conçu à la fois 1) pour optimiser le portefeuille avec les produits vaccinaux les plus en adéquation avec le contexte du pays et 2) pour choisir les introductions à mettre en œuvre dans le cadre de la vaccination systématique ou de campagnes (voir l'annexe 10), et dans quel ordre.

Dans le contexte de Gavi 6.0, ce processus permet aux pays de prendre des décisions fondées sur des données probantes concernant leur portefeuille de vaccins, dans les limites du budget vaccinal et en tenant compte du financement disponible (financement national et autres sources).

Le budget vaccinal se compose d'un financement garanti et d'un financement discrétionnaire ; cela implique que les pays devront tenir compte des coûts d'approvisionnement en vaccins, au-delà des considérations de cofinancement. Pour les vaccins devant bénéficier d'un financement

discrétionnaire, la priorisation est cruciale puisque cette situation implique plus de contraintes pesant sur les nouvelles campagnes et les introductions en vaccination systématique, voire un financement insuffisant pour soutenir le coût total des programmes en cours. Il est donc important d'évaluer ce qui est faisable au regard de l'ensemble des sources de financement et d'étudier différentes stratégies de mise en œuvre.

L'objectif consiste à identifier la configuration du portefeuille de vaccins qui contribue le mieux aux priorités du pays avec le financement disponible, que ces priorités mettent l'accent sur la maximisation de la couverture, l'équité, la réduction de la charge de morbidité, la pérennité financière, ou sur une combinaison de ces éléments.

Étapes recommandées

1. Adaptation du cadre

Utiliser la boîte à outils pour l'optimisation et priorisation du portefeuille de vaccins (notamment l'outil de priorisation et de séquencement de l'introduction de nouveaux vaccins et l'outil d'optimisation) afin de structurer l'analyse. Adapter le cadre au contexte du pays, en adéquation avec les priorités et les principales décisions identifiées durant la phase 1.

Définir les critères d'évaluation des différentes options pour l'optimisation et la priorisation, notamment des indicateurs mesurables. Cela inclura l'impact sur la charge de morbidité dans le pays, des considérations programmatiques et l'impact sur le budget.

- ✓ *Identifier les implications du budget vaccinal : Le budget vaccinal (financement garanti et financement discrétionnaire) couvre-t-il le coût du maintien du portefeuille actuel ? Dans la négative, quels changements pourraient combler le déficit ?*

- ✓ *Garantir un dialogue précoce et constant entre l'évaluation du soutien vaccinal et du soutien en espèces : Pour soutenir une approche coordonnée, il est important d'utiliser des hypothèses partagées pour l'évaluation du soutien vaccinal et du soutien en espèces (p. ex. population cible, calendriers prévisionnels, priorités infranationales, etc.), de signaler les interdépendances tout au début du processus (p. ex. introduction de nouveaux vaccins ou campagne nécessitant un financement opérationnel ou prise en considération d'une substitution qui réduit les coûts), de prévoir des points de contact réguliers entre les deux évaluations et, si possible, de disposer d'une représentation croisée dans les deux domaines.*

2. Recueil et évaluation des données probantes

Recueillir des données sur la charge de morbidité, le coût-bénéfice, les exigences de mise en œuvre et les implications du cofinancement, pour chaque option de portefeuille. Utiliser le compendium des données probantes sur les vaccins et les fiches d'information de l'OMS comme références.

Comparer les différentes options d'optimisation et de priorisation avec les critères sélectionnés, notamment l'impact sur le budget, et débattre pour parvenir à un consensus.

Envisager de créer des scénarios illustrant différentes approches du portefeuille (p. ex. conserver le portefeuille actuel en l'optimisant ; introduire un nouveau vaccin au moyen d'une substitution ;

maximiser les nouvelles introductions et les campagnes dans le cadre du budget vaccinal). Ces scénarios peuvent être chiffrés à l'aide du simulateur de budget.

- ✓ *Étudier les possibilités d'optimisation des coûts : Les conséquences financières d'un choix d'optimisation sont l'un des critères d'évaluation de ce choix. Il est important de déterminer s'il existe des options de réduction des coûts souhaitables (p. ex. changements de produits, changements de présentations, réductions des doses) qui pourraient faciliter les décisions de priorisation à l'échelle du portefeuille.*

- ✓ *Fonder la prise de décision sur des données probantes : Quelles sont les nouvelles introductions ou campagnes envisagées, et sur quelles données probantes chaque option repose-t-elle (charge de morbidité, rentabilité, faisabilité de la mise en œuvre) ?*

- ✓ *S'appuyer sur des experts techniques des maladies : Associer des experts pertinents aux discussions sur les options d'optimisation et de priorisation (experts du domaine et groupes de travail spécifiques aux maladies), en particulier pour informer les parties prenantes sur les compromis et tirer parti des données disponibles pour évaluer les différentes options.*

- ✓ *Envisager d'autres stratégies de mise en œuvre : Si le budget discrétionnaire ou le cofinancement national est insuffisant pour couvrir les introductions ou les campagnes souhaitées, est-il possible d'adapter la portée (p. ex. introduction progressive, ciblage des campagnes à l'échelle infranationale ou fondé sur l'âge) de sorte qu'un programme puisse fonctionner dans les limites du budget ? Quels compromis un tel choix implique-t-il ? Quelle est la combinaison optimale de stratégies de mise en œuvre (comme des campagnes infranationales non sélectives dans les régions où le risque est plus élevé, des intensifications périodiques de la vaccination systématique dans les régions où le risque est moins élevé et la vaccination de rattrapage) sur la base de facteurs propres au pays, notamment la couverture vaccinale, la charge de morbidité et les capacités des programmes ?*

3. Validation financière

Calculer la trajectoire de (co)financement et évaluer si le financement national suffit pour assurer la pérennité. Ce processus inclut des dialogues de haut niveau sur le budget en coordination avec le ministère des Finances. Identifier les coûts opérationnels et de mise en œuvre qui devront être financés par le budget en espèces, et les communiquer à l'équipe évaluant la priorisation du soutien en espèces.

4. Recommandation

Présenter les scénarios finaux au Groupe technique consultatif national sur la vaccination pour qu'il formule une recommandation sur les vaccins à prioriser et à optimiser (et par quels produits les substituer). Dans le calendrier du processus, prévoir suffisamment de temps pour la délibération du Groupe technique consultatif national sur la vaccination.

Ressources

Matériel	Source	Comment y accéder

Boîte à outils pour l'efficacité des campagnes	CES	Site Web CAS, site Web de l'OMS
Directives et procédures du Groupe technique consultatif national sur la vaccination	Pays	--
Simulateur de budget 6.0	Gavi	Demander au responsable pays senior
Prix des vaccins de la Division de l'approvisionnement de l'UNICEF	UNICEF	Demander les prix les plus récents au bureau national de l'UNICEF
Compendium des données probantes sur les vaccins	OMS	Site Web du Centre de ressources du Groupe technique consultatif national sur la vaccination (en anglais) (direct)
Boîte à outils pour l'optimisation et priorisation du portefeuille de vaccins	OMS	Site Web du Centre de ressources du Groupe technique consultatif national sur la vaccination (en anglais) (direct)

Priorisation du soutien en espèces

Cette partie du processus est centrée sur la programmation des ressources en espèces disponibles pour atteindre les objectifs de vaccination et les objectifs connexes liés aux systèmes de santé (p. ex. soins de santé primaires, santé maternelle, néonatale, infantile et adolescente, poliomyélite, paludisme). Le financement disponible et la répartition relative des ressources entre les objectifs considérés auront été définis durant la phase 1, idéalement en prenant en considération des sources de financement qui complètent le soutien de Gavi.

L'objectif consiste à identifier les utilisations des ressources disponibles qui permettront de se rapprocher au maximum des objectifs identifiés durant la phase 1 (à savoir renforcer la portée du programme, améliorer la pérennité, assurer l'introduction de nouveaux vaccins, etc.). Dans un environnement aux ressources limitées, cela impliquera de trouver des compromis, car il est peu probable qu'un arrangement unique permette d'atteindre tous les objectifs. Le programme élaborera plusieurs options de répartition des ressources que les décisionnaires devront étudier.

Les facteurs de succès suivants s'appliquent aux exercices incorporant des ressources Gavi 6.0 :

- ✓ L'exercice d'optimisation et de priorisation des vaccins aura des implications pour le budget en espèces. Il convient donc d'évaluer si un financement supplémentaire doit être alloué pour mettre en œuvre des substitutions, des introductions et des campagnes.
- ✓ Les exigences d'investissement minimal pour les allocations réservées du budget en espèces de Gavi (organisations de la société civile, campagnes contre la rubéole/rougeole, ECF) sont respectées.
- ✓ Les possibilités d'efficacité et d'impact accrus découlant de l'enveloppe en espèces consolidée (p. ex. priorisation entre les intensifications périodiques de la vaccination systématique et les coûts du soutien opérationnel aux campagnes, à l'intégration des programmes, y compris le financement du suivi intracampagne, des kits de prise en charge des manifestations post-vaccinales indésirables, de la gestion des données des campagnes dans les outils de vaccination systématique, etc.) sont identifiées.
- ✓ Les données probantes de la période de Gavi 5.0 et de la stratégie pour les systèmes de santé servent à identifier la combinaison optimale des types de dépenses – les investissements dans les systèmes de santé, les coûts opérationnels, les ECF, l'aide ciblée aux pays, entre autres.
- ✓ Les interventions phares ou les domaines d'investissement dans les systèmes de santé recommandés par Gavi sont pris en compte.

En fonction du contexte du pays, d'autres facteurs peuvent intervenir :

- ✓ Une mobilisation infranationale importante pourra être nécessaire dans certains pays pour prioriser les besoins, orienter les domaines d'investissement et structurer les scénarios.
- ✓ Il faudra prévoir suffisamment de temps pour permettre aux pays cherchant à aligner le financement à l'échelle des institutions de la santé mondiale (p. ex. Fonds mondial, Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite) d'identifier l'« avantage comparatif » des différents bailleurs de fonds.
- ✓ Pour les pays en phase de transition accélérée (TA) ou de transition préparatoire (TP), privilégier les options qui pourront être financées avec des ressources nationales au terme du financement de Gavi, comme des investissements dans des systèmes plus économiques ou des modèles de mise en œuvre efficaces, plutôt que des activités générant des coûts récurrents élevés.

Étapes recommandées

1. Structure des discussions

Organiser les discussions autour des objectifs/principes prioritaires de la phase 1 (notamment ceux qui sont incontournables) et déterminer les critères d'évaluation des activités proposées.

- ✓ *S'organiser avec l'équité en ligne de mire : Ancrer les discussions sur les inégalités (populations non vaccinées, sous-vaccinées, populations vulnérables spécifiques) qu'il est réaliste de pouvoir corriger avec l'enveloppe, et prioriser les stratégies de mise en œuvre en conséquence.*

2. Identification du budget fixe

Identifier les éléments du budget fixe qui doivent être préengagés, notamment le financement engagé et les exigences de dépenses minimales (p. ex. allocations réservées pour les ECF, les organisations de la société civile et les campagnes contre la rougeole/rubéole).

- ✓ *Formuler clairement les interdépendances entre le soutien aux vaccins et le soutien en espèces : Signaler les dépendances précocement (p. ex. « ce scénario de campagne de vaccination antipaludique nécessite X pour les activités de proximité et Y pour la réhabilitation des ECF ») de sorte que les décisionnaires disposent d'une information complète. Si des substitutions sont prévues, vérifier que les ressources sont suffisantes et que le délai est réaliste pour une mise en œuvre conforme au calendrier indiqué. Tout retard risque d'entraîner un dépassement du budget vaccinal.*

3. Mise en corrélation des obstacles rencontrés par les programmes avec les solutions de Gavi pour le renforcement des systèmes de santé

Examiner les principaux goulets d'étranglement des programmes à partir des diagnostics initiaux (p. ex. données manquantes, pénuries de main-d'œuvre, problèmes liés à la chaîne d'approvisionnement, etc.) et les mettre en corrélation avec les interventions phares de Gavi pour les systèmes de santé.

4. Priorisation des domaines d'investissement

Évaluer les activités proposées par rapport aux critères approuvés et préparer une première liste de priorités.

- ✓ *<u>Protéger les fonctions essentielles du système avant toute expansion</u> : Il peut être judicieux de commencer par identifier les investissements nécessaires pour préserver les fonctions ou éléments de base du système de vaccination. Avant d'allouer des ressources à de nouvelles activités, s'assurer que les activités de base sont financées, par Gavi ou par une autre source, et évaluer si ces fonctions essentielles peuvent être mises en œuvre de manière plus économique, par exemple dans le cadre d'une mise en œuvre intégrée ou grâce à d'autres gains d'efficacité. Si la mise en œuvre de la vaccination systématique est menacée, il faut d'abord régler ce problème.*

5. Optimisation des activités

Pour chaque domaine prioritaire, comparer les modèles de mise en œuvre et de financement alternatifs pour identifier l'option la plus économique et la plus évolutive dans les limites de l'enveloppe fixe.

- ✓ *<u>Envisager à la fois une mise en œuvre différenciée et une mise en œuvre intégrée :</u> Étudier les modèles de mise en œuvre différenciée (p. ex. fixe, de proximité, mobile, intensifications périodiques de la vaccination systématique) adaptés à des contextes précis et les chiffrer explicitement dans le cadre de scénarios. Identifier de manière proactive les possibilités d'intégration à d'autres plateformes (santé maternelle, néonatale et infantile, paludisme, nutrition, poliomyélite).*

6. Ordre des priorités

Déterminer dans quel ordre les priorités seront examinées, et les éventuelles contributions nécessaires (données probantes, expertise, observations des parties prenantes).

7. Priorisation/différenciation selon les zones géographiques

Identifier les zones géographiques à prioriser en se basant sur les déficits de performance, le fardeau de la non-vaccination, les contraintes liées au contexte et les capacités de mise en œuvre.

- ✓ *<u>Planifier délibérément le séquencement géographique et temporel :</u> Si les ressources sont insuffisantes pour une mise en œuvre à l'échelle du pays, utiliser une logique transparente pour échelonner ou cibler les investissements (p. ex., dans un premier temps, districts les plus touchés par la non-vaccination, puis élargissement dans la limite des ressources disponibles). Préciser clairement dans chaque scénario ce qui est immédiat ou différé, et quels investissements minimaux sont nécessaires maintenant pour éviter des coûts ou des risques plus élevés plus tard.*

8. Élaboration des scénarios

Créer des scénarios d'allocation aux domaines prioritaires dans les limites du financement disponible, évalués en fonction des critères approuvés. Chaque scénario doit représenter une priorité stratégique différente, et pas seulement un niveau de budget différent. Ce processus comprendra plusieurs itérations fondées sur des résultats et des hypothèses.

9. Évaluation de la faisabilité et de la pérennité des scénarios

Vérifier si le rythme de mise en œuvre implicite est réaliste, compte tenu des effectifs, des capacités de gestion et des calendriers d'approvisionnement et de décaissement. Communiquer clairement sur la méthode utilisée pour mesurer le succès de chaque scénario.

- ✓ *Validation par les parties prenantes* **:** *Tout au long du processus, mobiliser les principaux acteurs et décisionnaires, y compris les hauts responsables du ministère et des instances infranationales, pour garantir l'alignement et la socialisation.*
- ✓ *Tirer parti de l'avantage comparatif des différents bailleurs de fonds et acteurs : Utiliser les questions clés sur les autres financements externes pour identifier les activités les mieux soutenues par le budget en espèces de Gavi, par rapport à d'autres partenaires (p. ex. Banque mondiale, Fonds mondial, donateurs bilatéraux). Éviter de concevoir des scénarios qui reposent sur des financements très incertains ; lorsque de telles hypothèses sont nécessaires, les désigner explicitement et présenter les options en cas d'imprévu.*

10. Documentation des compromis

Pour chaque scénario, préparer une courte description des avantages, des risques et des compromis. Cela est essentiel pour une prise de décision en connaissance de cause durant la phase 3.

- ✓ *Formuler clairement les compromis pour faciliter la décision : Convertir les compromis techniques en quelques énoncés clairs (p. ex. « Le scénario A réduira la non-vaccination de X dans ces districts, mais retardera le remplacement des ECF dans d'autres districts »). Aligner les descriptifs des compromis sur les signaux politiques et stratégiques captés durant la phase 1, pour faciliter le choix des options par les décisionnaires.*

Ressources

Matériel	Source	Comment y accéder
Priorités identifiées lors de la phase 1	Pays	--
Stratégie pour les systèmes de santé 6.0	Gavi	Site Web des directives de Gavi
Lettres 6.0 (allocations réservées du budget en espèces compris)	Gavi	Demander au responsable pays senior
Orientations provisoires pour la redéfinition des priorités relative aux systèmes de santé	Gavi	Site Web des directives de Gavi
Note sur la redéfinition des priorités pour le cycle de subvention 7	Fonds mondial	Site Web du Fonds mondial, personne référente dans le pays
Health System Integration Primer (Introduction à l'intégration des systèmes de santé)	PATH	Site Web de PATH
Orientations relatives à la stratégie nationale de vaccination (mise à jour 2026)	OMS	Site Web de l'OMS (stratégie nationale de vaccination) (en anglais)

Phase 3 – Prise de décision finale

Cette dernière phase permet de finaliser un ensemble de priorités programmatiques et d'allocations budgétaires « prêts pour la demande » pour le budget vaccinal et le budget en espèces. Concrètement, à ce stade, les options élaborées par l'équipe technique sont regroupées, leur alignement programmatique est validé, leur conformité aux règles de financement de Gavi est vérifiée, et elles sont présentées aux dirigeants du pays pour la prise de décision.

Étapes recommandées

1. Harmonisation des recommandations relatives au soutien aux vaccins et au soutien en espèces

Les équipes chargées du soutien aux vaccins et du soutien en espèces se rencontrent pour comparer les scénarios, identifier les incohérences éventuelles et les corriger. Idéalement, cela a été fait tout au long du processus, et cette dernière vérification permet de valider les derniers détails (p. ex. besoin d'une aide ciblée aux pays pour une activité ou synchronisation du calendrier pour des activités conjointes), mais une itération peut toutefois être nécessaire.

- ✓ *Rechercher les petits écarts d'alignement entre le budget vaccinal et le budget en espèces* **:** *Lorsque toutes les options ont été élaborées, s'assurer que la priorisation des activités planifiées fondée sur des facteurs géographiques et le calendrier associé sont raisonnables, vérifier si une assistance technique supplémentaire est nécessaire pour mettre en œuvre toutes les activités proposées, et confirmer si des activités impliquant un soutien en espèces ont un impact sur les hypothèses sous-jacentes relatives aux vaccins (p. ex. si des investissements sont réalisés pour augmenter la couverture, s'assurer que cette augmentation figure dans la proposition de budget vaccinal).*

2. Validation de la conformité

Confirmer que la proposition d'investissement finale est conforme aux politiques de Gavi relatives au budget vaccinal et au budget en espèces.

- ✓ *Valider les nombres à l'aide des chiffres et des outils les plus récents : Il est primordial de valider les options pour le budget vaccinal à l'aide de la version la plus récente du simulateur de budget vaccinal et de confirmer les chiffres du budget vaccinal avec le responsable pays senior.*

3. Présentation aux décisionnaires

Les équipes techniques devraient maintenant avoir élaboré une à trois options pour examen, qui peuvent être transmises aux hauts responsables du gouvernement et à toute autre instance concernée (p. ex. Comité de coordination interagences ou équivalent), selon le cas. Une synthèse claire présentant chaque option, ses coûts, les résultats attendus, les compromis et les risques sera remise aux décisionnaires.

- ✓ *Décrire les options sur la base des priorités et des critères définis durant la phase 1 : Examiner les priorités et les critères définis durant la première phase et s'assurer que chacune des options décrit clairement comment elle répond à ces priorités, où elle fait des compromis et comment les résultats seront mesurés.*
- ✓ *Être clair concernant les dépendances, en particulier pour le financement national : Si certaines options dépendent de l'engagement d'un financement ou d'autres actions d'autres parties prenantes (gouvernement ou bailleurs de fonds), s'assurer que cela est clairement annoncé, y compris le cofinancement de vaccins. Il est également important de s'assurer que les parties prenantes concernées sont associées aux discussions sur les options, afin de confirmer l'alignement.*

4. Prise de décision finale

Choisir l'option qui est privilégiée et justifier ce choix. Cette option devient la base de la demande auprès de Gavi (voir l'annexe 2 – Directives relatives au processus).

5. Sensibilisation et stratégie financière

Quand l'option choisie nécessite d'augmenter le budget national, de se coordonner avec le Fonds mondial ou d'associer une banque multilatérale de développement, se mettre d'accord sur les actions de sensibilisation nécessaires et attribuer la responsabilité. Définir des plans d'atténuation clairs, au cas où il ne serait pas possible de mobiliser des ressources supplémentaires, et les faire valider.

Annexe 2 : Directives relatives au processus

Alignement des cycles de subvention

L'alignement des cycles de subvention est un élément clé de la réforme de la gestion des subventions de Gavi dans le cadre de Gavi 6.0 et de la stratégie Gavi Leap. Il permet aux pays de planifier le soutien de Gavi pour leurs besoins en vaccins et en espèces au début de la période stratégique et dans le respect de leurs stratégies nationales, au moyen d'une subvention unique. Cette dernière sera rendue opérationnelle dans le cadre d'une période de mise en œuvre définie, soit trois ans au minimum et cinq ans au maximum. Elle est conçue pour améliorer la prévisibilité, aligner les plans nationaux sur les priorités de Gavi, alléger la charge administrative et financière, et favoriser un centrage accru sur la mise en œuvre et la correction de trajectoire en temps opportun.

Tous les pays doivent adopter la subvention unique d'ici le 1er janvier 2028.

L'alignement des cycles de subventions ne concerne pas les pays en phase catalytique, les programmes de diagnostic, ni les demandes pour riposter aux flambées épidémiques. La procédure de demande de soutien de Gavi applicable aux pays en phase catalytique est décrite plus en détail dans la section « Demandes des pays en phase catalytique ». Pour le soutien au diagnostic, se référer à la section sur les vaccins de l'annexe 3 – Liste des vaccins. Pour le soutien visant les flambées épidémiques, consulter la section correspondante de la présente annexe.

Transition vers la période stratégique 6.0

Les pays doivent consulter les orientations pour la transition, qui présentent clairement le processus initial de transition de leurs subventions 5.1 vers la stratégie 6.0 de Gavi pendant la **période de transition**, entre janvier 2026 et le début de leur subvention unique Gavi 6.0. Ces orientations concernent les lettres de décision et les demandes mises en pause, les demandes urgentes d'introduction de vaccins et de campagnes et les demandes de substitutions. Toutes les autres demandes doivent être incorporées à la subvention unique auprès de Gavi selon l'une des deux voies décrites ci-dessous.

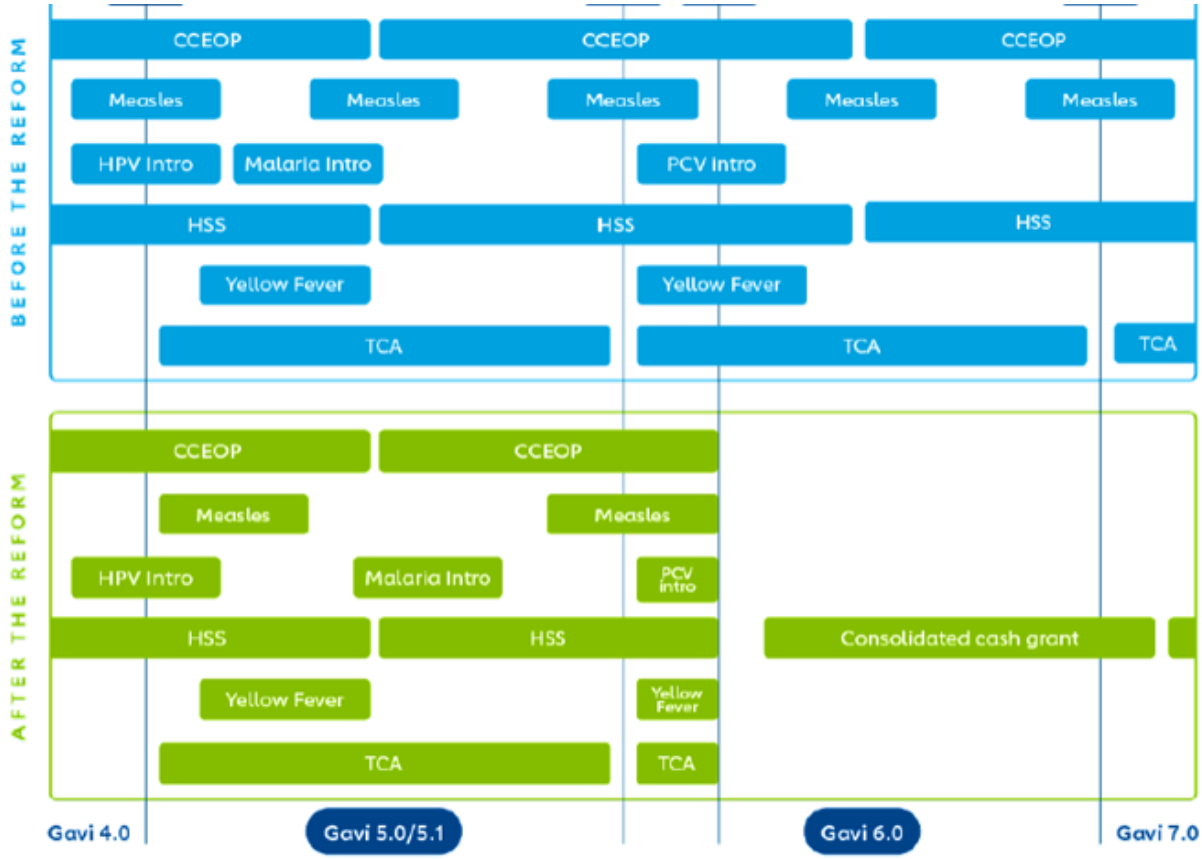
Deux voies pour solliciter un soutien au titre de Gavi 6.0

Parallèlement aux mises à jour de l'approche stratégique de Gavi décrites dans les [directives relatives au financement], le Secrétariat a transformé la procédure de candidature pour générer des gains d'efficacité, simplifier les étapes à suivre et permettre aux pays de bénéficier d'assouplissements supplémentaires.

Gavi 6.0 propose deux voies aux pays pour demander une subvention unique, et ainsi se conformer aux principes d'alignement des cycles de subvention.

- **Voie 1 :** Nouvelle demande de financement pour le pays. Les pays qui demandent un nouveau soutien en espèces et aux vaccins au titre de Gavi 6.0 peuvent envoyer une demande globale unique regroupant toutes les formes de soutien demandées, en tenant compte du financement disponible pour Gavi 6.0.

- **Voie 2 :** Demande de reprogrammation. Les pays bénéficiant déjà d'un financement pour le renforcement des systèmes de santé peuvent envoyer une demande de reprogrammation unique qui consolide et élargit le soutien en espèces et aux vaccins, en adéquation avec le financement disponible pour Gavi 6.0.



Feuille de route pour la demande

Pour ces deux voies (nouvelles demandes de financement pour le pays et demandes de reprogrammation), les pays suivront une procédure similaire. Afin d'optimiser la procédure de demande, Gavi a réduit le nombre d'exigences liées à la demande et leur complexité dans Gavi 6.0. Le dossier de candidature doit notamment comprendre un descriptif stratégique, un budget, un cadre de résultats et un modèle permettant d'identifier les régions ciblées. Par ailleurs, les documents requis à l'appui de la demande ont été limités à l'essentiel.

Dans Gavi 6.0, le système de gestion des subventions (SGS) sera l'unique plateforme numérique pour la gestion des subventions de bout en bout, à commencer par l'envoi d'une nouvelle demande de financement ou d'une demande de reprogrammation et consolidation.

Avant de commencer à préparer l'une ou l'autre de ces demandes, les pays sont encouragés à la planifier lors de dialogues multipartites, suivis par un processus structuré d'optimisation et de priorisation pour valider les priorités nationales en matière de vaccination. L'annexe 1 – Directives relatives à la priorisation contient d'autres informations et des outils d'appui pour ces processus.

Préparation d'une demande de financement à Gavi

Indépendamment de la voie utilisée (nouvelle demande de financement pour le pays ou demande de reprogrammation) pour solliciter une subvention 6.0 unique, tous les pays enverront un dossier simplifié et rationalisé composé d'un ensemble de documents essentiels.

Pour chacun de ces documents, des modèles seront disponibles sur le site Web de Gavi, sur demande auprès du responsable pays senior et/ou sur le portail des pays du SGS.

Les documents suivants sont requis au moment de la demande :

1) Modèle de descriptif stratégique, y compris les annexes pertinentes
2) Modèle de budget
3) Modèle de cadre des résultats
4) Modèle de cadre des résultats
5) Modèle des régions ciblées
6) Formulaires d'approbation du gouvernement (pour le ministère de la Santé et le ministère des Finances)
7) Simulateur de budget vaccinal

Chaque modèle est assorti d'instructions détaillées, et différencié en fonction du contexte du pays et de la voie choisie pour la demande. Les documents requis pour les demandes réalisées auprès de Gavi sont précisés dans la liste de contrôle de la demande disponible sur le site Web (en anglais et en français).

Chaque modèle pourra être rempli hors ligne avant d'être renvoyé sur le SGS. Descriptif stratégique

Le modèle de descriptif stratégique donne aux pays la possibilité de décrire leur demande globale de soutien auprès de Gavi, notamment le soutien aux vaccins et le soutien en espèces demandés durant Gavi 6.0, en répondant à un ensemble de questions.

Le descriptif doit présenter le contexte et préciser comment le financement de Gavi durant la période stratégique Gavi 6.0 aidera le pays à atteindre les objectifs de vaccination. Les sections et les pages pertinentes de documents nationaux, comme la stratégie nationale de vaccination ou des examens de programmes récents, peuvent être utilisées pour alimenter le modèle, s'ils contiennent des informations pertinentes et demandées.

Le descriptif stratégique doit être utilisé pour indiquer dans les grandes lignes comment les pays utiliseront les financements de Gavi, notamment pour les investissements prioritaires et les besoins d'assistance technique. Le pays doit en outre préciser comment le financement de Gavi complète les ressources nationales et celles des partenaires de développement, et décrire ses plans en matière de gestion de la performance et de gouvernance globale.
De plus, le descriptif stratégique peut servir à identifier les risques majeurs susceptibles de nuire à la performance d'une subvention ou à sa capacité à obtenir les résultats attendus, et proposer des mesures d'atténuation.

Les pays sont encouragés à rédiger un descriptif stratégique ciblé et succinct. Proposer un descriptif clair de la demande globale facilite également la compréhension des autres documents requis, en

particulier les hypothèses budgétaires décrites ci-dessous, ce qui peut écourter les délibérations ou alléger le suivi nécessaire.

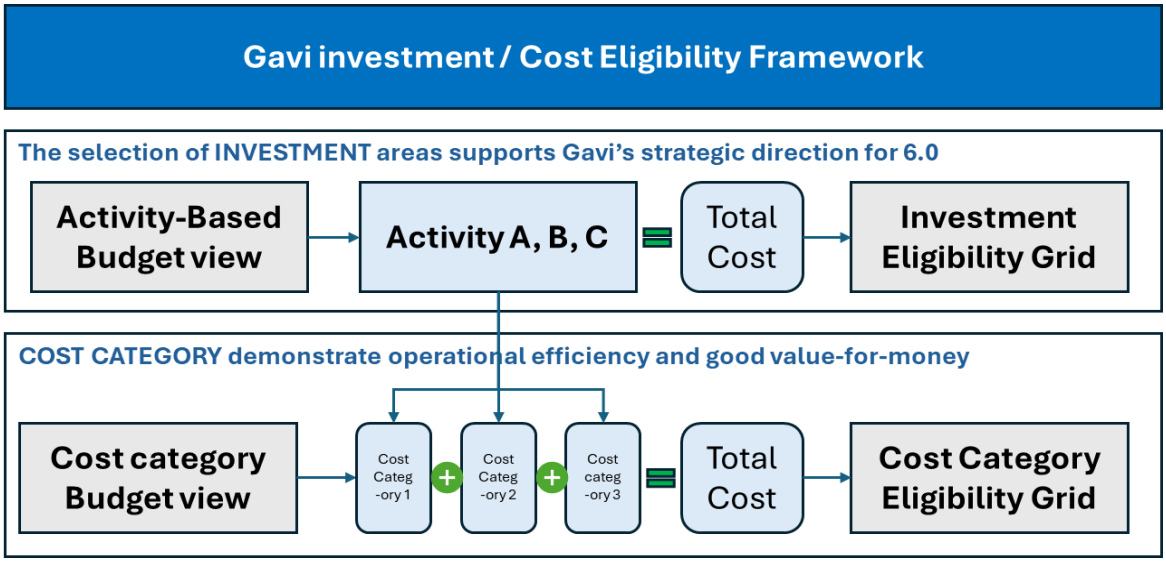
Le descriptif comprend également plusieurs annexes, dans lesquelles les pays peuvent apporter des informations sur des programmes précis pour lesquels ils sollicitent un soutien :
Annexe A – Soutien aux nouveaux vaccins dans les trois premières années d'une subvention
Annexe B – Soutien aux nouveaux vaccins lors de la quatrième ou cinquième année d'une subvention
Annexe C – Équipements de la chaîne du froid
Annexe D – Soutien au diagnostic
Annexe E – Optimisation du portefeuille (demandes de substitution)
Annexe F – Explication du budget vaccinal

Certaines de ces annexes précisent également les documents supplémentaires requis pour des programmes spécifiques. Par exemple, un pays sollicitant un soutien au diagnostic du choléra devra aussi fournir un plan de contrôle, de riposte et d'élimination de la maladie approuvé par le gouvernement, son modèle de rapport existant sur la surveillance, une liste de contrôle de l'état de préparation à la mise en œuvre et des données probantes sur ses procédures d'importation/de douanes pour le matériel de diagnostic. Les pays sont encouragés à examiner en détail les annexes pertinentes afin de bien comprendre les éléments qui leur sont demandés dans le cadre de leurs demandes.

Budget

Gavi laisse une grande souplesse pour la conception et la mise en œuvre du budget, mais exige toutefois que les bénéficiaires respectent certains principes. Pour les nouvelles demandes globales et les demandes de reprogrammation, une budgétisation détaillée est requise pour les trois premières années de la durée maximale d'une subvention (cinq ans). Pour les dernières années (deux au maximum), les pays peuvent fournir des budgets indicatifs comparativement moins détaillés.

Gavi exige des bénéficiaires qu'ils respectent certaines exigences d'éligibilité budgétaire, et fournit un cadre d'activités et de coûts éligibles conçu pour guider la budgétisation des choix d'investissement. Si des coûts et des types d'activité non éligibles sont inclus dans la demande de financement, Gavi se réserve le droit de ne pas en tenir compte. Gavi a adopté une approche de budgétisation par activité. Selon celle-ci, les budgets sont établis au niveau des activités et chiffrés en fonction de leurs différents éléments de coût. Ces activités et catégories de coût sont basées sur les objectifs stratégiques de Gavi et ses domaines d'investissement, ainsi que sur l'éligibilité des coûts. Le principal concept de budgétisation est illustré ci-dessous :



Cette approche matricielle de la structure du budget vise à promouvoir le choix par le pays d'activités qui respectent les critères d'éligibilité de Gavi, et à démontrer que les ressources sont utilisées de manière optimale dans le cadre des investissements de Gavi. Le cadre des coûts et des activités a été remanié pour Gavi 6.0 afin de simplifier les catégories de coûts ; des modifications mineures ont été apportées aux classifications des coûts et les activités ont été réalignées sur la stratégie Gavi 6.0. Une synthèse du cadre pour Gavi 6.0 est présentée ci-dessous, et toutes les informations concernant l'éligibilité du budget et les seuils relatifs aux catégories de coûts figurent dans l'annexe 7 – Éligibilité budgétaire.

Domaines d'investissement	Catégorie de coûts
1. Prestation de services 2. Gestion des ressources humaines 3. Chaîne d'approvisionnement 4. Données, suivi et apprentissage, MAPI 5. Surveillance des maladies 6. Création de la demande et mobilisation communautaire 7. Gouvernance, politique, planification stratégique et gestion des programmes 8. Financement de la santé	1. Salaires et traitements (personnel des programmes, administratif, technique et de proximité) 2. Indemnités journalières, allocations et autres formes de rémunération 3. Transport, déplacements et coûts associés 4. Services professionnels 5. Consommables associés à la prestation de services 6. Coûts liés aux évènements (formations, réunions, ateliers) 7. Actifs – achat/maintenance/construction et rénovation 8. POECF – équipements éligibles et services associés (allocation réservée du Conseil d'administration de Gavi) 9. Activités liées aux technologies de l'information et de la communication 10. Coûts de soutien aux programmes, administration et frais généraux des programmes 11. Financement basé sur les résultats

Le **modèle de budget** utilise le format standard des principes de budgétisation de Gavi présenté ci-dessus. Il est conçu pour permettre aux pays de lister un ensemble complet d'activités éligibles et

chiffrées. L'inclusion d'hypothèses détaillant la ventilation des coûts fait partie intégrante du processus de préparation de budget de Gavi. Gavi offre de la souplesse pour la présentation de ces hypothèses, puisqu'il est possible d'utiliser des coûts standard pour des activités similaires et d'insérer les feuilles de travail du pays dans le modèle. En règle générale, il faut éviter les montants forfaitaires dans le budget. Toutefois, s'ils sont inévitables faute de ventilations détaillées, ils doivent être soutenus par un argumentaire détaillé dans le descriptif associé.

Le budget de la demande peut être préparé à l'aide d'informations issues de la stratégie nationale de vaccination ou du plan national relatif au secteur de la santé, ou indépendamment de celles-ci. Lorsqu'ils préparent leur budget, les pays doivent aussi démontrer l'existence d'un lien fort avec les plans de mise en œuvre programmatique du pays et avec le suivi de la performance des activités, tels que présentés dans le descriptif stratégique et dans le cadre de redevabilité en matière de subventions, respectivement.

Un guide d'utilisation du modèle de budget est disponible sur le site Web de Gavi en anglais et en français. Il fournit de plus amples informations sur la manière de remplir le budget.

Cadre de redevabilité en matière de subventions de Gavi

Les subventions Gavi 6.0 seront suivies à l'aide d'un cadre de redevabilité en matière de subventions. Le cadre de redevabilité en matière de subventions est conçu pour permettre le suivi de la chaîne de résultats d'une subvention en assurant la traçabilité de l'utilisation des ressources de Gavi tout au long de la mise en œuvre et des résultats qui en découlent, grâce à la consolidation des données relatives à l'utilisation financière, à la consommation de vaccins, aux activités financées par la subvention et aux résultats programmatiques.

Cela permet à la fois de mieux comprendre où et pourquoi une subvention sous-performe ou surperforme, et d'apporter des ajustements adaptés en vue de résultats améliorés. En termes simples, le cadre de redevabilité en matière de subventions permet aux parties prenantes de comprendre la performance d'une subvention en évaluant à la fois ses progrès (au moyen de l'utilisation des ressources en espèces et en vaccins et du statut de mise en œuvre des activités budgétisées) et ses résultats (au moyen d'indicateurs communiqués régulièrement).

Afin d'établir le cadre de redevabilité en matière de subventions, il est nécessaire de remplir le modèle de cadre de résultats (incluant les indicateurs programmatiques et les cibles) comme partie intégrante d'une nouvelle demande de financement pour le pays ou d'une demande de reprogrammation et de consolidation des subventions.

Les subventions Gavi 6.0 seront suivies à l'aide d'un cadre de redevabilité en matière de subventions. Le cadre de redevabilité en matière de subventions est conçu pour permettre le suivi de la chaîne de résultats d'une subvention en assurant la traçabilité de l'utilisation des ressources de Gavi tout au long de la mise en œuvre et des résultats qui en découlent, grâce à la consolidation des données relatives à l'utilisation financière, à la consommation de vaccins, aux activités financées par la subvention et aux résultats programmatiques. Cela permet à la fois de mieux comprendre où et pourquoi une subvention sous-performe ou surperforme, et d'apporter des ajustements adaptés en vue de résultats améliorés. En termes simples, le cadre de redevabilité en matière de subventions permet aux parties prenantes de comprendre la performance d'une subvention en évaluant à la fois

ses progrès (au moyen de l'utilisation des ressources en espèces et en vaccins et du statut de mise en œuvre des activités budgétisées) et ses résultats (au moyen d'indicateurs communiqués régulièrement). Afin d'établir le cadre de redevabilité en matière de subventions, il est nécessaire de remplir le modèle de cadre de résultats (incluant les indicateurs programmatiques et les cibles) comme partie intégrante d'une nouvelle demande de financement pour le pays ou d'une demande de reprogrammation et de consolidation des subventions.
Modèle de cadre des résultats : Définition des indicateurs et des cibles

A. Pour tous les pays
Dans le cadre d'une demande de subvention, les pays doivent remplir le **modèle de cadre de résultats**. Les données de référence et les cibles doivent être définies par le pays pour les indicateurs clés de performance requis liés à la subvention, comme le détaille l'annexe 9 – Cadre de redevabilité en matière de subventions. Chaque bénéficiaire d'une subvention (y compris les gouvernements ou les ministères) doit aussi sélectionner et définir des données de référence et des cibles pour un à trois indicateurs personnalisés (pour les pays dont le plafond de financement pour Gavi 6.0 est inférieur à 10 millions de dollars US, les indicateurs personnalisés sont facultatifs). Chaque indicateur personnalisé doit être lié à une activité du modèle de budget avec un bénéficiaire de subvention identifié qui reçoit le financement pour cette activité. L'atteinte des cibles doit être prévue pour la fin de la période de subvention, même s'il est possible de fixer des cibles annuelles sur la durée de la subvention.

Si un bénéficiaire d'une subvention souhaite utiliser un nouvel indicateur qui ne figure pas dans la liste des indicateurs personnalisés, il peut en créer un, idéalement en s'inspirant des indicateurs des plans de suivi et d'évaluation nationaux ; en effet, la création d'indicateurs peut se révéler chronophage, pendant la préparation de la demande comme pendant l'établissement des rapports. S'il n'existe pas de mécanisme permettant de générer les données requises pour communiquer sur un indicateur personnalisé, il faut mettre en place un plan pour s'assurer que ces données seront disponibles, ce qui pourrait impliquer d'utiliser les fonds de la subvention pour soutenir des activités liées aux données.

B. Pour les contextes à haut risque de poliomyélite
Pour les 13 pays à haut risque de poliomyélite[5] classés prioritaires en vertu de la collaboration entre Gavi et l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, il est nécessaire de sélectionner parmi les indicateurs personnalisés l'indicateur de couverture du vaccin antipoliomyélitique inactivé. Cette exigence s'applique indépendamment du plafond de la subvention en espèces du pays prévu pour Gavi 6.0. Les pays concernés par cette exigence doivent sélectionner l'indicateur et déterminer sa valeur de référence et ses cibles dans le cadre de résultats au moment de préparer leur demande.

[5] Afghanistan, Angola, Djibouti, Éthiopie, Madagascar, Niger, Nigéria, Pakistan, République démocratique du Congo, Somalie, Soudan, Tchad, et Yémen.

C. Pour les organisations de la société civile qui mettent en œuvre des activités
Afin de favoriser une sélection et une évaluation proportionnées et cohérentes des indicateurs relatifs aux contributions des organisations de la société civile aux programmes nationaux de vaccination, Gavi a établi un ensemble d'indicateurs personnalisés recommandés qui reflètent les domaines couramment soutenus par ces organisations. Les pays doivent sélectionner les indicateurs et déterminer des cibles au moment de préparer leur demande, même si l'organisation ou les organisations de la société civile chargées de la mise en œuvre ne seront désignées qu'après l'approbation de la candidature. À cet égard, les indicateurs et les cibles doivent refléter les principaux résultats attendus pour les activités que les organisations de la société civile devraient soutenir.

De manière générale, les pays doivent choisir, parmi les indicateurs recommandés, ceux qui sont pertinents au regard des activités prévues. Un autre indicateur personnalisé peut être retenu s'il reflète plus fidèlement la contribution attendue des organisations de la société civile. La liste des indicateurs personnalisés recommandés peut être consultée dans l'annexe 9 – Cadre de redevabilité en matière de subventions. Ces indicateurs recommandés visent également à favoriser la cohérence des cadres de suivi pertinents au titre de Gavi 6.0 et à limiter la redondance des exigences liées aux rapports.

Lorsque les activités des organisations de la société civile sont financées ou coordonnées par un gestionnaire de fonds ou des partenaires de l'Alliance, les indicateurs personnalisés doivent être attribués au bénéficiaire des fonds chargé de consolider les résultats concernés et d'en rendre compte. Lorsque les activités des organisations de la société civile sont financées ou coordonnées par un gestionnaire de fonds de ces organisations ou des partenaires de l'Alliance, les indicateurs personnalisés doivent être attribués au bénéficiaire des fonds chargé de consolider les résultats concernés et d'en rendre compte.

D. Pour les activités d'assistance technique
Lorsque les fournisseurs de l'assistance technique ne sont pas connus au moment du dépôt de la demande, les candidats doivent sélectionner des indicateurs personnalisés qui reflètent les principaux résultats mesurables attendus des activités d'assistance technique les plus significatives figurant dans le budget, en accordant généralement la priorité aux cinq activités présentant le plus de valeur.

Chaque indicateur doit être attribué à la catégorie de bénéficiaire de fonds correspondante dans le cadre de résultats, en fonction du type de partenaire et, pour les organisations de la société civile, du canal de financement prévu indiqué dans le modèle de budget (le mécanisme de financement prévu est la passation de marchés directs avec Gavi).

Il n'est pas nécessaire d'attribuer un indicateur personnalisé distinct pour chaque activité d'assistance technique, car un même fournisseur peut être amené, à terme, à réaliser plusieurs activités. Les activités d'assistance technique de moindre valeur ou plus transactionnelles pourront à la place faire l'objet d'un suivi dans le cadre de rapports d'avancement sur la mise en œuvre des activités.

Modèle des régions ciblées

Les pays seront également invités à remplir le **modèle des régions ciblées**[6]. Celui-ci sera disponible au téléchargement sur le SGS et auprès du Secrétariat de Gavi. Les pays doivent identifier et lister les régions (aux niveaux Admin 1 et Admin 2) qui bénéficieront d'un soutien dans le cadre de leur subvention en espèces consolidée 6.0. Le ciblage est important pour s'assurer que les ressources et les activités bénéficient aux régions et aux populations identifiées comme prioritaires par la subvention. Cette liste recensera les régions où les activités essentielles de la subvention consolidée sont mises en œuvre (noter qu'il existe vraisemblablement un ciblage plus précis pour certaines activités). Les pays doivent aussi s'assurer que les districts de cette liste sont identiques à ceux déclarés dans leurs rapports (plus précisément, les listes de districts doivent être identiques à celles que les pays communiquent via le formulaire de rapport conjoint électronique – l'eJRF – de l'OMS et de l'UNICEF).

Les régions listées doivent être alignées sur les priorités et les activités indiquées dans le descriptif stratégiques et sur les allocations correspondantes dans le modèle de budget. **Dans le modèle des régions ciblées, les pays doivent fournir une brève description de l'approche générale adoptée pour sélectionner les régions retenues dans la liste. Il n'est pas nécessaire de justifier individuellement chaque région sélectionnée.**

Simulateur de budget vaccinal

Description et instructions

Le simulateur de budget vaccinal est un outil de planification et d'aide à la décision conçu pour aider les pays à explorer les scénarios qui s'offrent à eux en matière de programmes de vaccination, compte tenu de leur budget vaccinal.

Cet outil aide les pays à planifier leurs programmes de vaccination sous Gavi 6.0 en leur permettant d'évaluer différentes configurations de programmes et leurs implications en matière de coûts programmatiques et d'alignement budgétaire. Ils peuvent ainsi étudier les compromis possibles en ajustant la priorisation des programmes, l'optimisation des produits, les options d'autofinancement, les activités de la liste d'attente et en procédant à d'autres ajustements de scénarios afin d'aligner les ambitions programmatiques sur les contraintes de financement et d'identifier des solutions pour répondre aux besoins de financement. Des orientations d'utilisation détaillées sont fournies dans le guide d'utilisation et dans les démonstrations vidéo disponibles sur le site Web de Gavi.

Dans le cadre de la procédure de candidature, les pays doivent utiliser cet outil afin de retenir un scénario privilégié, qui servira de base au plan de dosage vaccinal envoyé dans les annexes de la demande. Toute ambition programmatique supplémentaire identifiée par les pays qui excéderait l'enveloppe actuelle du budget vaccinal (p. ex. de nouvelles introductions au titre du budget garanti ou discrétionnaire, un élargissement de la couverture ou des activités de rattrapage) doit être

[6] Ce modèle est facultatif pour les pays en phase catalytique, sauf si leur demande porte sur la dengue.

consignée parmi les activités de la liste d'attente, tant dans l'outil que dans l'annexe F. Ces activités pourraient faire l'objet d'un financement si des ressources supplémentaires de Gavi venaient à être disponibles au cours de la période stratégique.

Afin de rationaliser davantage les processus de planification, d'analyse de scénarios et de candidature, les fonctionnalités de cet outil devraient être intégrées au SGS de Gavi.

Formulaires d'approbation du gouvernement

Dans le cadre de leur candidature, les pays doivent faire signer des formulaires d'approbation distincts (fournis par Gavi) par le ministère de la Santé et le ministère des Finances. Ces formulaires lient les pays à leurs obligations de cofinancement convenues avec Gavi tout au long de la période stratégique de Gavi 6.0.

Pour les pays sollicitant un soutien pour le virus du papillome humain, le formulaire d'approbation signé par le ministère de la Santé doit également porter la signature du ministère de l'Éducation.

Autres documents requis

Outre les modèles de Gavi énumérés ci-dessus, les pays sont également tenus d'envoyer les documents suivants dans le cadre de leur demande :

- La stratégie nationale de vaccination en vigueur (ou équivalent, si disponible) ;
- Le procès-verbal du Comité de coordination interagences (ou autres documents justifiant l'engagement ou l'approbation du Comité ou d'un organisme équivalent) ;
- L'approbation du Groupe technique consultatif national sur la vaccination (p. ex. dans un procès-verbal) de l'ensemble des demandes d'introductions de nouveaux vaccins (y compris produits, présentations et calendriers) ;
- L'outil d'inventaire et d'analyse des lacunes des équipements de la chaîne du froid de l'OMS.

Bien que cela ne soit pas obligatoire, les pays sont également encouragés à envoyer toute autre pièce justificative pouvant apporter plus de contexte à leur demande de soutien. Il pourra notamment s'agir des documents suivants (liste non exhaustive) :

- Un examen récent du programme essentiel de vaccination ;
- L'approbation par le Groupe technique consultatif national sur la vaccination du portefeuille de la demande globale (en plus des approbations obligatoires qu'il doit remettre pour chaque antigène) ;
- Les plans d'action existants, les examens pertinents, etc. ;
- Les évaluations de la gestion efficace des vaccins et des plans d'amélioration exhaustifs (en cas de demande de soutien aux équipements de la chaîne du froid).

Gavi encourage fortement les pays à transmettre leur demande à leur responsable pays senior au moins six semaines avant la date de l'envoi.

Examen technique préliminaire recommandé par le Secrétariat de Gavi et les partenaires de l'Alliance avant la soumission de la demande:

Au moins trois semaines avant la soumission de leur demande, les pays sont encouragés à partager les documents de candidature avec leur *Responsable Pays* ainsi qu'avec les équipes pays de l'OMS et de l'UNICEF pour un examen technique préliminaire.

Cet examen technique préliminaire est une étape collaborative recommandée visant à aider les pays à soumettre des demandes de haute qualité, complètes, cohérentes et techniquement solides, et bien préparées en vue de l'examen par le Comité d'examen indépendant (Independent Review Committee - IRC) Il permet également de consolider les retours pratiques et les recommandations des partenaires avant la soumission officielle.

Envoi des demandes

Toutes les demandes pour Gavi 6.0 seront acceptées via le portail des pays sur le SGS ou par e-mail à l'adresse proposals@gavi.org. Une liste de contrôle disponible sur le site Web de Gavi et sur demande auprès des responsables pays seniors recense les éléments clés devant figurer dans les documents essentiels et dans les documents à l'appui des demandes.

Avant l'examen technique des demandes, Gavi procédera à un contrôle de conformité pour confirmer que tous les documents, approbations et signatures nécessaires ont été envoyés. Les demandes qui ne respectent pas ces exigences de conformité minimales seront renvoyées au pays pour qu'il les complète, avant d'être soumises au processus d'examen formel.

Examen par le Comité d'examen indépendant

Toute nouvelle demande de soutien d'un pays (demande de financement consolidée ou isolée) sera examinée par le Comité d'examen indépendant de Gavi.

Ce Comité est composé d'experts des domaines pertinents (santé publique, épidémiologie, chaîne d'approvisionnement, financement du développement, économie, etc.). Il examine les demandes de soutien des pays en vérifiant qu'elles respectent les politiques adoptées par le Conseil d'administration de Gavi et se prononce sur l'opportunité de financer les plans et les programmes des pays. Cet examen doit aboutir à une recommandation indépendante indiquant si le plan d'un pays est susceptible de produire les résultats proposés et donc de contribuer à la mission et à la stratégie de Gavi. La recommandation tient compte de la justification fournie par le pays, en adéquation avec la mission de Gavi, notamment de la solidité de l'approche, de la préparation et de la faisabilité des plans, du renforcement et de la pérennité des systèmes, des considérations économiques et financières et du bénéficie de l'investissement pour la santé publique.

Le Comité d'examen indépendant étudie les demandes de soutien des pays de manière globale, et évalue en particulier les liens et la continuité entre les programmes. Pour formuler ses recommandations, il tient compte aussi des rapports sur la performance des pays et des examens menés par le passé par les pays.

Le Comité d'examen indépendant examine chaque demande de soutien de manière globale, en étudiant les liens entre les programmes et en s'assurant de la continuité avec les investissements précédents et en cours. Les demandes sont évaluées de manière différenciée en tenant compte du

contexte du pays (situations de fragilité, conflits et vulnérabilité notamment). Cet examen porte sur les performances réalisées à travers plusieurs dimensions : A) justification, priorisation et équité, B) conception des programmes, intégration et renforcement des systèmes, C) faisabilité, capacités de mise en œuvre et risques, D) gouvernance, redevabilité, suivi et apprentissage, et E) financement, optimisation des ressources et pérennisation.

En formulant ses recommandations, le Comité d'examen indépendant s'appuie aussi sur les rapports de performance des pays et sur les évaluations pertinentes propres aux pays pour mieux comprendre les progrès, les risques et les possibilités. Au terme de l'examen, une des trois recommandations suivantes est formulée : **approbation totale**, **approbation avec conditions** ou **demande de réexamen**. Des demandes bien préparées et complètes ont plus de chances de franchir facilement les étapes du processus et de recevoir rapidement une recommandation d'approbation.

Résolution des problèmes et examen par le Groupe d'opérationnalisation des subventions

Après examen, une série de recommandations est envoyée au pays, aux partenaires et au Secrétariat de Gavi, auxquelles il conviendra de se conformer pour que la subvention puisse être approuvée par Gavi ou, dans certains cas, pour que le premier décaissement intervienne. Cette étape, appelée « résolution des problèmes », doit être achevée dans les 30 jours calendaires qui suivent la fin de l'examen du Comité. Durant cette période, le pays et les partenaires travaillent avec le responsable pays senior pour veiller à ce que les recommandations du Comité soient prises en compte avant l'envoi de la candidature au Groupe d'opérationnalisation des subventions de Gavi pour examen (voir ci-dessous).

Ce dernier est une instance composée de hauts responsables du Secrétariat de Gavi chargés d'approuver les demandes qui aboutiront à des subventions de qualité prêtes à être mises en œuvre, et dont les risques sont suffisamment atténués. L'approbation du Groupe d'opérationnalisation des subventions constitue la dernière étape du processus d'examen de la candidature et déclenche les approbations dans le système interne, à la suite de quoi peut débuter l'établissement des contrats, conformément à la réglementation de Gavi.

Modification d'une subvention

Pendant la mise en œuvre d'une subvention unique Gavi 6.0, des pays peuvent être amenés à ajuster leurs programmes pour tenir compte de l'évolution des priorités nationales ou des réalités opérationnelles, ou de nouvelles données probantes. Dans le cadre de Gavi 6.0, la modification d'une subvention remplace et intègre plusieurs processus utilisés durant la période 5.1 – notamment des ajustements mineurs, des réallocations (modérées), une reprogrammation (de grande ampleur), de nouvelles demandes de vaccins séparées, des changements de doses et des changements de responsables de la mise en œuvre – pour veiller à ce que tous les ajustements suivent une approche unique et unifiée.

Les modifications d'une subvention peuvent aller d'ajustements mineurs, comme de petits changements des lignes budgétaires de sous-activités, à des révisions importantes reflétant une évolution des objectifs stratégiques ou nécessitant un examen par le Comité d'examen indépendant. Les pays peuvent apporter des modifications **de manière proactive** en réponse à des changements planifiés (comme des modifications des stratégies de vaccination nationales, des recommandations

de l'Organisation mondiale de la Santé ou des politiques de Gavi) ou **de manière réactive** en réponse à des besoins émergents comme des performances insuffisantes des programmes, des difficultés de mise en œuvre financière ou des substitutions de vaccins requises. Le Secrétariat peut aussi demander des modifications lorsque des risques, des problèmes de conformité ou des problèmes de performance sont identifiés. La modification d'une subvention peut aussi être utilisée pour l'obtention d'avances de fonds en vue du lancement d'activités de vaccination urgentes en réponse à une flambée épidémique, à la suite de l'approbation d'une demande par le Groupe international de coordination, le Fonds d'intervention en cas d'épidémie du Partenariat contre la rougeole et la rubéole ou un autre mécanisme financé par Gavi, le temps que les fonds soient transférés.

La procédure d'examen et d'approbation de chaque modification sera différenciée en fonction de l'échelle et de la nature du changement, avec des seuils indiquant si l'approbation incombe au Secrétariat (et à quel niveau hiérarchique), au Groupe d'opérationnalisation des subventions ou au Comité d'examen indépendant.

Autres types de soutien

Vaccination en riposte aux flambées épidémiques de choléra, d'Ebola, de méningite, de mpox et de fièvre jaune

Les pays peuvent accéder aux réserves d'urgence mondiales de vaccins contre le choléra, l'Ebola, la méningite, la mpox et la fièvre jaune financées par Gavi en adressant directement leurs demandes au Groupe international de coordination pour l'approvisionnement en vaccins, qui gère l'allocation des vaccins des réserves. Gavi propose un financement opérationnel pour soutenir la mise en œuvre des demandes approuvées par le Groupe international de coordination. Afin d'accéder au financement opérationnel pour les demandes approuvées par le Groupe international de coordination, les pays éligibles au soutien de Gavi doivent envoyer un budget à l'OMS pour approbation, et les fonds seront décaissés directement par l'OMS.

Les formulaires de demande, le modèle de budget et les orientations relatives aux procédures sont disponibles sur le site Web du Groupe international de coordination : https://www.who.int/groups/icg. Toutes les demandes doivent être envoyées au Secrétariat du Groupe international de coordination, à l'adresse ICGsecretariat@who.int.

Vaccination en riposte aux flambées épidémiques de rougeole

Les pays éligibles au soutien de Gavi qui ne disposent pas de ressources locales suffisantes pour contrôler la propagation d'une flambée épidémique de rougeole peuvent accéder aux vaccins et au matériel d'injection financés par Gavi, et bénéficier d'une prise en charge des coûts opérationnels liés à la riposte à la flambée en adressant directement leurs demandes au Fonds d'intervention en cas d'épidémie du Partenariat contre la rougeole et la rubéole.

Les formulaires de demande, le modèle de budget et les orientations relatives aux procédures sont disponibles sur le site Web du Partenariat contre la rougeole et la rubéole : https://measlesrubellapartnership.org/resources/outbreaks/.

Toutes les demandes doivent être envoyées au Partenariat contre la rougeole et la rubéole, à l'adresse MRP-ORF@who.int.

Les pays en phase catalytique confrontés à des situations de fragilité ou d'urgence peuvent aussi demander un soutien limité dans le temps pour riposter à une flambée épidémique de rougeole, par l'intermédiaire du Mécanisme de résilience de Gavi (voir ci-dessous).

Mécanisme de résilience de Gavi

Le Mécanisme de résilience de Gavi est un mécanisme de financement flexible permettant de fournir un soutien temporaire en espèces ou en vaccins afin de réagir rapidement aux chocs imprévus, aux situations d'urgence et aux conditions de détérioration qui mettent en péril la vaccination. Ce mécanisme couvre quatre cas d'utilisation : les nouveaux besoins dans les contextes de fragilité chronique, les situations d'urgence (y compris les flambées épidémiques), les situations nécessitant une programmation humanitaire et les situations de fragilité ou d'urgence dans les pays en phase catalytique. Les demandes de soutien, qui doivent passer par une première phase de sélection pour déterminer leur éligibilité, peuvent être initiées par les gouvernements, les partenaires ou les équipes de pays de Gavi. Les demandes éligibles sont ensuite rattachées au cas d'utilisation pertinent du Mécanisme de résilience et se voient attribuer un plafond indicatif de financement, avant d'être évaluées à l'occasion d'un processus d'examen et d'approbation accéléré. Les pays et les partenaires peuvent contacter leur responsable pays senior pour obtenir plus d'indications sur la procédure de candidature et recevoir les modèles de documents pertinents.

Annexe 3 : Liste des vaccins

- Vaccin oral contre le choléra (VOC)
    - Produits de diagnostic du choléra
- Doses de rappel de vaccins contenant la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (doses de rappel contenant DTC)
- Vaccin contre le virus Ebola (vaccination préventive)
- Vaccin contre l'hépatite B à la naissance
- Vaccin hexavalent (diphtérie, tétanos et coqueluche à cellules entières, hépatite B, *Haemophilus Influenza* de type b, vaccin antipoliomyélitique inactivé)
- Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH)
- Vaccin antirabique humain en prophylaxie post-exposition
- Vaccin contre l'encéphalite japonaise
- Vaccin antipaludique
- Vaccin contre la rougeole/rougeole-rubéole
    - Produits de diagnostic de la rougeole
- Vaccins contre la méningite à méningocoque
- Vaccin pentavalent (vaccin conjugué contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, l'hépatite B et l'*Haemophilus Influenza* de type b)
- Vaccin antipneumococcique conjugué
- Vaccin inactivé contre la poliomyélite (VPI)
- Vaccin maternel contre le virus respiratoire syncytial chez les nourrissons
- Vaccin antirotavirus
- Vaccin conjugué contre la fièvre typhoïde (VTC)
- Vaccin contre la fièvre jaune
    - Produits de diagnostic de la fièvre jaune

Programmes de vaccination soutenus par Gavi

Cette section décrit l'étendue du soutien de Gavi et les exigences relatives aux demandes spécifiques à chaque vaccin dans le cadre des programmes de vaccination soutenus pendant la période de Gavi 6.0, en complément des informations détaillées sur les exigences de candidature. Les vaccins uniquement disponibles pour la riposte aux flambées épidémiques, par exemple contre la mpox, sont décrits dans la partie D des lignes directrices pour le financement. Chaque description de vaccin comprend les sections suivantes :

- **Orientations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) :** bref résumé des principales recommandations de l'OMS et liens vers des informations complémentaires.
- **Étendue du soutien de Gavi :** description des modalités du soutien apporté par Gavi aux programmes de vaccination concernés.
- **Exigences spécifiques pour la demande de financement :** si nécessaire, tout élément spécifique pouvant être requis par le Comité d'examen indépendant pour consultation dans le cadre d'une demande globale ou d'une demande de reprogrammation.
- **Considérations particulières sur le cofinancement :** le cas échéant, tout aspect unique du cofinancement. La partie B contient les informations générales sur le cofinancement et l'investissement conjoint ; seules les exceptions spécifiques aux programmes sont notées.
- **Liens utiles :** autres ressources techniques.

Pour de plus amples informations techniques sur les vaccins, y compris les stratégies d'administration, le ciblage épidémiologique et les questions de priorisation, veuillez vous reporter aux documents techniques spécifiques de l'OMS et aux autres documents techniques dont les liens sont indiqués dans chaque section. D'autres informations sur les principales questions de priorisation et d'optimisation sont disponibles dans le compendium de données probantes du Groupe technique consultatif national sur la vaccination (https://nitag-resource.org/compendium) et dans les tableaux de vaccinations recommandées de l'OMS (Recommandations de l'OMS sur la vaccination systématique).

L'intégralité de l'aide à l'achat de vaccins et de produits de diagnostic de Gavi est fournie par l'intermédiaire de la Division de l'approvisionnement de l'UNICEF. Les informations détaillées sur les présentations de produits disponibles pour l'ensemble des vaccins sont consultables dans les profils détaillés des produits de Gavi (https://www.gavi.org/fr/our-alliance/market-shaping/product-information-vaccines-cold-chain-equipment). Les informations commerciales actualisées sur les vaccins sont disponibles dans le tableau de bord du marché de la vaccination (https://www.unicef.org/supply/immunization-market-dashboard).

Sauf indication contraire, toutes les exigences en matière de programmes évoquées ci-dessous sont soutenues par l'intermédiaire du budget vaccinal et du budget en espèces des pays.

Vaccin oral contre le choléra (VOC)

Le vaccin anticholérique oral aide à prévenir le choléra, une maladie diarrhéique aiguë pouvant entraîner rapidement une déshydratation et le décès en l'absence de traitement. Le vaccin est un outil essentiel de riposte aux flambées épidémiques et de prévention (dans les environnements endémiques) dans le cadre des plans nationaux de lutte contre le choléra. En réduisant le risque d'épidémies à grande échelle et leur impact, le vaccin anticholérique oral renforce la sécurité sanitaire et protège les populations vulnérables. Les orientations ci-dessous s'appliquent uniquement aux campagnes de vaccination préventive avec le vaccin anticholérique oral.

Orientations de l'OMS

- L'OMS recommande d'utiliser le vaccin anticholérique oral pour la vaccination préventive dans les régions où le choléra est endémique. La vaccination préventive avec le vaccin anticholérique oral doit être utilisée dans le cadre d'une stratégie multisectorielle de lutte contre le choléra.
- Toutes les personnes âgées d'au moins un an dans les régions ciblées sont éligibles à la vaccination.

Informations complémentaires :

Vaccins anticholériques : Exposé de la position de l'OMS – Août 2017 :
https://www.who.int/publications/i/item/cholera-vaccines-who-position-paper-august-2017

Étendue du soutien de Gavi

- Le vaccin anticholérique oral est soutenu par le budget vaccinal **discrétionnaire**.
- Gavi apporte son soutien aux **campagnes de vaccination préventive ciblées** échelonnées recourant au **vaccin anticholérique oral** dans les régions où le choléra est endémique.

- Les zones prioritaires pour la vaccination doivent être sélectionnées dans la liste initiale des zones prioritaires pour les interventions multisectorielles (*Priority Areas for Multisectoral Interventions*, PAMI) ciblées par les plans nationaux de lutte contre le choléra. Dans le cadre de ce processus, les pays doivent aussi exploiter les données disponibles sur le dépistage et la surveillance du choléra pour affiner le ciblage et prioriser les régions où la charge de choléra est avérée, notamment celles à forte charge.
- Dans les régions où le niveau endémique du choléra ne répond pas aux critères de priorisation justifiant une vaccination préventive, d'autres interventions de lutte contre le choléra peuvent être pertinentes (eau, assainissement et hygiène, renforcement de la surveillance, renforcement de la gestion des cas). En cas de flambée épidémique, ces régions peuvent également obtenir des vaccins anticholériques oraux auprès du Groupe international de coordination.
- Dans les régions endémiques où la vaccination préventive est indiquée, les synergies avec le déploiement de campagnes réactives sont encouragées.

Exigences spécifiques pour la demande de financement

- Les régions ciblées éligibles pour les campagnes préventives avec le vaccin anticholérique oral sont celles où l'on observe une charge épidémiologique endémique avérée du choléra (c'est-à-dire une incidence historique élevée et une persistance de la maladie), sur la base des données nationales de surveillance ventilées par année et par niveau administratif. Les pays souhaitant mettre en place ces campagnes doivent recenser les zones prioritaires pour les interventions multisectorielles de lutte anticholérique à l'aide de la méthodologie du Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra (GTFCC) et des outils qu'il met à disposition – y compris l'outil d'identification des zones prioritaires pour les interventions multisectorielles et l'outil de ciblage de la vaccination préventive – afin de justifier la sélection et la priorisation des régions ciblées.
- Les pays touchés par des flambées épidémiques et menant une vaccination réactive dans les zones initialement ciblées pour de la vaccination préventive doivent tenir compte de ces activités de riposte dans leurs plans de vaccination préventive et les adapter en conséquence (p. ex. en retirant du plan toutes les zones où deux doses de vaccin ont déjà été administrées au cours d'une campagne réactive).
- Dans le cadre des rapports programmatiques, les pays doivent décrire le niveau de mise en œuvre des activités liées à l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les régions appliquant la vaccination préventive avec le vaccin anticholérique oral (c.-à-d. les inclure dans le suivi annuel).

Liens utiles

- GTFCC – Vaccin anticholérique oral : https://www.choleraoutbreak.org/book-page/section-9-oral-cholera-vaccine
- GTFCC – Identification des zones prioritaires pour les interventions multisectorielles de lutte anticholérique : https://www.gtfcc.org/fr/resources/identification-des-zones-prioritaires-dinterventions-multisectorielles-pami-pour-la-lutte-contre-le-cholera/
- GTFCC – Guide et outil permettant aux pays d'identifier les zones prioritaires pour l'intervention : https://www.gtfcc.org/resources/identification-of-priority-areas-for-multisectoral-interventions-pamis-for-cholera-control/
- GTFCC – Élaboration d'un plan national de lutte contre le choléra : https://www.gtfcc.org/resources/template-for-national-cholera-plans/

Produits de diagnostic du choléra

Le soutien apporté par Gavi pour les produits de diagnostic du choléra vise à accélérer l'identification des cas et leur confirmation et à favoriser une riposte efficace (vaccination). Les données provenant des tests de diagnostic rapide et des tests de confirmation des laboratoires (p. ex. réaction en chaîne par polymérase, ou PCR)[7] doivent renseigner les demandes de vaccins anticholériques oraux des ministères de la Santé et la mise en œuvre des campagnes selon les recommandations de l'OMS et du GTFCC. Le dépistage du choléra apporte également des données probantes permettant la cartographie des zones sensibles (zones prioritaires d'intervention), le renforcement de la surveillance et les interventions liées à l'eau, l'assainissement et l'hygiène.

Orientations de l'OMS

- L'OMS et le Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra (GTFCC) recommandent l'utilisation de tests de diagnostic rapide dans les centres de santé et au niveau des districts pour dépister les cas suspectés, puis la confirmation par culture ou par PCR/PCR quantitative dans les laboratoires de référence.

Étendue du soutien de Gavi

Le soutien aux produits de diagnostic **ne relève pas** du budget vaccinal ni du budget en espèces. L'aide à l'achat se concentre actuellement sur les tests de diagnostic rapide du choléra (selon le catalogue de la Division de l'approvisionnement de l'UNICEF, voir lien ci-dessous). Les pays éligibles au soutien à la vaccination de Gavi pourront en faire la demande. À l'avenir, le soutien pourrait aussi couvrir les kits de tests moléculaires (PCR), dans certains contextes.

Exigences spécifiques pour la demande de financement

Pour guider la planification et la mise en œuvre, Gavi a élaboré une liste de contrôle pour la mise en œuvre du soutien au diagnostic du choléra (lien ci-dessous).

- *Contexte et justification* : les demandes doivent fournir une justification pour les tests de dépistage demandés, en se basant sur le déploiement précédent (le cas échéant), les données de dépistage et d'épidémiologie historiques (rapports sur la situation du choléra dans le pays les cinq dernières années), les informations des systèmes de surveillance (y compris sur les systèmes de données reliés électroniquement et la manière dont les rapports de surveillance du choléra et leur analyse renseignent la prise de décision) et la documentation des flambées épidémiques récurrentes.
- *Population cible*
    - Les pays doivent définir les zones géographiques ou les populations à haut risque pour lesquelles seront déployés les tests, en accord avec la cartographie des zones à haut risque (données épidémiologiques antérieures), les expériences de dépistage antérieures (le cas échéant), les stratégies

[7] D'autres méthodes de confirmation, telles que le test de dépistage rapide (TDR) enrichi, ont également été utilisées dans certains contextes. On évalue actuellement l'efficacité des TDR pour les tests de confirmation.

nationales de lutte contre le choléra et l'exercice de priorisation mené pour la campagne ciblée de vaccination préventive avec le vaccin anticholérique oral.
    - Les pays doivent indiquer une estimation de la quantité finale de tests nécessaires. Un outil de quantification des tests est fourni pour les guider (https://www.gavi.org/news/document-library/cholera-quantification).
- *Stratégies d'administration, mise en œuvre et équité* : les pays doivent décrire de quelle manière les tests de dépistage du choléra seront déployés et utilisés dans leur système de santé, en s'efforçant d'atteindre les populations à haut risque équitablement et de renforcer la surveillance systématique.
- *Gestion des données et rapports programmatiques* : les pays doivent s'assurer que les résultats des tests de dépistage du choléra sont systématiquement saisis, validés et intégrés dans les plateformes de surveillance nationales existantes (p. ex. plateforme pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte [IDSR], EWARS, DHIS2). Les rapports doivent suivre les orientations du GTFCC (2024).

Considérations particulières sur le cofinancement
À l'heure actuelle, Gavi n'impose aucune obligation de cofinancement pour le soutien aux produits de diagnostic du choléra.

Liens utiles
- Document d'orientation du GTFCC – Surveillance de santé publique pour le choléra (2024) : (https://www.gtfcc.org/fr/resources/surveillance-du-cholera/)
- Gavi a préparé à l'intention des pays une liste de contrôle du soutien aux diagnostics du choléra : https://www.gavi.org/news/document-library/cholera-dx-implementation-readiness-checklist
- Outil de quantification de Gavi pour des tests de diagnostic rapide : https://www.gavi.org/news/document-library/cholera-quantification
- Catalogue d'approvisionnement en kits de lutte contre le choléra de l'UNICEF : https://supply.unicef.org/all-materials/in-vitro-diagnostic-tests/cholera-kits.html
- Profil de produit cible pour un test de diagnostic rapide destiné à la surveillance du choléra : https://www.finddx.org/wp-content/uploads/2024/04/20240403_tpp_surveillance_cholera_FV_EN.pdf

Doses de rappel de vaccins contenant la diphtérie, le tétanos et la coqueluche

Les doses de rappel contenant DTC sont essentielles pour maintenir la protection contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche au-delà de la petite enfance, car l'immunité de la primovaccination décline au fil du temps. Administrées au cours de la deuxième année de vie, en âge scolaire et à l'adolescence, elles aident à conserver l'immunité au sein de la population et à réduire le risque de flambées épidémiques.

Orientations de l'OMS
- L'OMS recommande trois doses de rappel contre la diphtérie et le tétanos et au moins une dose de rappel contre la coqueluche, après la primovaccination. Ces vaccins étant administrés en association, les recommandations de calendrier ont été harmonisées pour les trois antigènes.

    - La chronologie est en partie flexible, mais dans l'idéal, les doses de rappel contenant DTC doivent être administrées entre 12 et 23 mois, entre 4 et 7 ans et entre 9 et 15 ans.
- Pour assurer une protection complète, les trois doses de rappel sont recommandées, mais les pays peuvent introduire une, deux ou trois doses de rappel, dans l'ordre de leur choix. Toute administration d'une dose de rappel a un effet bénéfique, et les pays peuvent choisir d'établir leur programme de vaccination de rappel de manière progressive, en fonction des données épidémiologiques locales et des priorités nationales basées sur les données probantes.
- Les points de contact pour les doses de rappel contenant DTC sont aussi l'occasion d'administrer les doses omises d'autres vaccins inoculés en même temps et au même âge, pour s'assurer que chaque enfant est entièrement vacciné, par exemple pour la deuxième dose du vaccin antirougeoleux, la quatrième dose du vaccin antipaludique (si nécessaire) et le vaccin contre le virus du papillome humain.

Informations complémentaires :

- Note de synthèse : position de l'OMS sur les vaccins antitétaniques – février 2017 : https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/position-papers/tetanus
- Vaccin antidiphtérique : Note de synthèse de l'OMS – août 2017 : https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8f8a7f94-c9cd-44c7-91c1-c8f7cf16551f/content
- Note de synthèse : Position de l'OMS concernant les vaccins anticoquelucheux – août 2015 : https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d4d7eeab-432e-4a08-ac13-0d2adb4a84ff/content
- Ligne directrice de l'OMS relative aux services de santé scolaires : https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240029392
- Protéger toutes les personnes contre le tétanos : comment maintenir l'élimination du tétanos maternel et néonatal (TMN) et étendre la protection contre le tétanos à toutes les populations : https://iris.who.int/items/6db0cb53-e549-4a82-aa43-c759f1ffdbc0https://iris.who.int/items/09f6c202-64f2-4f91-bbc7-862f4fc28f47
- Actions stratégiques pour les groupes techniques consultatifs nationaux sur la vaccination

Étendue du soutien de Gavi

- Les doses de rappel contenant DTC à cellules entières sont soutenues par le budget vaccinal **discrétionnaire**.
- Les pays éligibles au soutien de Gavi peuvent faire une demande de soutien pour introduire n'importe quelle dose de rappel contenant DTC parmi les trois recommandées par l'OMS dans leur calendrier national de vaccination.
- Les pays ont le choix parmi plusieurs doses de rappel contenant DTC. Le soutien à la vaccination de Gavi se limite aux vaccins contenant DTC à cellules entières ou aux vaccins pentavalents pour la première dose de rappel.
- Les deuxième et troisième doses de rappel du vaccin contre le tétanos et la diphtérie ne sont pas prises en charge.
- Un financement opérationnel sous forme de subventions en espèces est disponible pour la mise en place des trois plateformes de rappel là où elles n'existent pas encore.
- Les pays doivent consulter les profils détaillés des produits de Gavi pour connaître les options de vaccins disponibles.

Vaccin hexavalent (diphtérie, tétanos et coqueluche à cellules entières, hépatite B, *Haemophilus Influenza* de type b, vaccin antipoliomyélitique inactivé).

Le vaccin hexavalent protège à la fois contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la bactérie Haemophilus influenzae *de type b (Hib) et l'hépatite B en une seule et même injection. Il simplifie les calendriers de vaccination et réduit le nombre d'injections (de cinq à trois) en remplaçant les calendriers actuels du vaccin pentavalent et du vaccin antipoliomyélitique inactivé. Il peut aussi améliorer l'efficacité du programme, car il accroît la couverture de la deuxième dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé tout en accélérant la vaccination.*

Orientations de l'OMS

- Les enfants du monde entier doivent être entièrement vaccinés contre la poliomyélite et chaque pays doit s'efforcer d'obtenir et de maintenir de hauts niveaux de couverture vaccinale contre la poliomyélite en soutien à l'effort mondial d'éradication de cette maladie.
- À partir de l'âge de six semaines (minimum), l'OMS recommande trois doses du vaccin hexavalent espacées d'au moins quatre semaines. Le vaccin peut être administré selon les calendriers actuellement utilisés pour le vaccin pentavalent (p. ex. 6, 10 et 14 semaines, ou 8, 12 et 16 semaines).

Le vaccin hexavalent contient le vaccin antipoliomyélitique inactivé, mais pas le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, alors que les deux sont nécessaires. Par conséquent, les pays devront continuer à utiliser le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent dans leurs vaccinations systématiques jusqu'à son arrêt mondial, ou jusqu'à ce qu'ils se montrent prêts à l'arrêt du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent selon les recommandations de l'OMS.

Informations complémentaires :

- Vaccins antipoliomyélitiques : note de synthèse de l'OMS – juin 2022 : https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/position-papers/polio
- Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, mars 2025 : conclusions et recommandations : https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8dc2e79a-343e-460e-addc-eb0c0983fb94/content
- Foire aux questions et éléments à prendre en considération pour l'introduction du vaccin hexavalent (DTwP-HepB-Hib-VPI) dans programmes de vaccination essentiels - Mise à jour de juin 2025
- Informations sur le programme de vaccination hexavalente

Étendue du soutien de Gavi

- Le vaccin hexavalent est soutenu par le budget vaccinal **garanti**.
- Tous les pays éligibles au soutien de Gavi qui n'ont pas encore introduit le vaccin hexavalent dans leur calendrier de vaccination national sont éligibles au soutien pour le vaccin hexavalent contenant le vaccin contre la coqueluche à cellules entières en trois doses.
- L'introduction du vaccin hexavalent est mise en œuvre en remplacement des vaccins pentavalents et antipoliomyélitiques inactivés existants.
- Gavi ne soutient **pas** l'achat de vaccins antipoliomyélitiques oraux bivalents pour la vaccination systématique.

Exigences spécifiques pour la demande de financement

- Dans la demande globale, il est nécessaire d'expliquer la chronologie et le processus de transition qui permettra de passer des vaccins pentavalents et antipoliomyélitiques inactivés aux vaccins hexavalents.
- Les pays doivent prévoir 6 à 12 mois entre la décision et le lancement prévu.

Considérations particulières sur le cofinancement

- Les pays en phase d'autofinancement initial devront cofinancer chaque dose de vaccin hexavalent à hauteur de 0,20 dollar US, l'équivalent de la part cofinancée pour le vaccin pentavalent.
- Les pays en phase de transition préparatoire et de transition accélérée devront cofinancer le vaccin hexavalent à hauteur de la part de cofinancement prévue. Pour les pays éligibles à deux doses de vaccins antipoliomyélitiques inactivés, le calcul de leur part de cofinancement inclura une subvention destinée à l'achat de vaccins hexavalents équivalente à la subvention dont ils ont le droit pour deux doses de vaccin antipoliomyélitique inactivé, en fonction du prix moyen pondéré annuel prévu pour ce vaccin.
- En 2026, les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure[8] en autofinancement intégral sont éligibles à une subvention temporaire pour l'achat de vaccins hexavalents. Celle-ci est équivalente à la subvention dont ils ont droit pour le vaccin antipoliomyélitique inactivé (une ou deux doses) et est alignée sur le prix moyen pondéré annuel de la présentation du vaccin antipoliomyélitique inactivé utilisée par le pays. Cette subvention sera réduite de 50 % en 2027, et d'ici 2028, les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure devront financer intégralement leurs programmes de vaccination hexavalente.

Vaccin contre le virus Ebola (vaccination préventive)

Le vaccin contre le virus Ebola protège contre la maladie à virus Ebola, causée par le virus Orthoebolavirus zairense*, maladie grave souvent fatale pouvant donner lieu à des flambées épidémiques dévastatrices. Le vaccin est un outil essentiel à la fois dans la prévention et dans la lutte contre les flambées épidémiques, en particulier chez les agentes et agents de santé et les communautés des zones à haut risque. En réduisant le risque de transmission et en contribuant à un endiguement rapide, la vaccination préventive avec le vaccin contre le virus Ebola renforce la préparation aux épidémies, améliore la sécurité sanitaire et aide à protéger les populations vulnérables pendant les urgences de santé publique.*

Orientations de l'OMS

- Les pays à risque de flambées épidémiques de maladie à virus Ebola, causées par le virus *Orthoebolavirus zairense*, doivent vacciner préventivement – et par cohortes – les agentes et agents de santé, les intervenantes et intervenants en première ligne, les équipes de riposte nationales et les personnes potentiellement impliquées dans la riposte aux flambées

[8] Bhoutan, Bolivie, Honduras, Inde, Kiribati, Nicaragua, Ouzbékistan, Sri Lanka, Vietnam.

épidémiques de la maladie ou susceptible de prodiguer des soins à des patients atteints de la maladie.

- Administration conjointe : en dehors des flambées épidémiques, les vaccins contre le virus Ebola doivent être administrés seuls, par précaution, car on ne dispose pas de données suffisantes sur l'administration conjointe. Les autres vaccins doivent être administrés deux semaines avant ou après la dose du vaccin contre le virus Ebola.
- Utilisation dans des populations particulières : les deux vaccins homologués contre le virus Ebola sont bien tolérés chez l'enfant et l'adulte et peuvent être administrés dès l'âge d'un an. Le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination recommande l'usage hors indication des deux vaccins contre le virus Ebola chez les femmes enceintes ou qui allaitent, si elles font partie d'un groupe cible pour lequel la vaccination préventive est recommandée.
- Revaccination et doses de rappel : la revaccination en dehors des flambées épidémiques n'est pas recommandée actuellement. Toutefois, en cas de flambée épidémique, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination recommande une dose de rappel six mois après la dernière vaccination.
- Dossiers vaccinaux : le suivi des personnes vaccinées au moyen d'un système de dossiers électroniques personnels ou d'une base de données de vaccination nationale est fortement recommandé pour déterminer le statut vaccinal du personnel potentiellement impliqué dans l'effort de riposte en cas de flambée épidémique de maladie à virus Ebola. Le soutien de Gavi peut être utilisé pour établir et utiliser ce type de système. Les enquêtes sur la couverture post-campagne ne sont pas recommandées. En revanche, les pays sont vivement encouragés à recenser les populations cibles avant de mettre en œuvre l'activité de vaccination pour s'assurer qu'elles ont bien été quantifiées, assurer le suivi des personnes vaccinées au regard de ce recensement, et utiliser ces données pour calculer la proportion atteinte dans la population cible (couverture vaccinale).

Informations complémentaires :

- Réunion extraordinaire du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination concernant la vaccination contre le virus Ebola, mai 2024 : conclusions et recommandations : https://www.who.int/publications/i/item/WER-9927-355-362
- Boîte à outils de vaccination contre Ebola de l'Équipe de coordination mondiale de la vaccination contre Ebola : https://www.technet-21.org/en/topics/programme-management/ebola-vaccination-toolkit
- Épidémies de maladies à virus Ebola et Marburg : préparation, alerte, contrôle et évaluation : https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HSE-PED-CED-2014.05
- Questions-réponses de l'OMS – Vaccins contre la maladie à virus Ebola : https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ebola-vaccines

Étendue du soutien de Gavi

- Le soutien aux programmes de vaccination préventive contre Ebola **ne relève pas** du budget vaccinal et du budget en espèces des pays.
- Les pays éligibles au soutien de Gavi à risque de flambée épidémique de maladie à virus Ebola peuvent faire une demande de soutien à la vaccination préventive contre Ebola auprès de Gavi. Les pays à risque sont définis ainsi :
  - Palier de risque 1 : pays ayant déjà signalé des cas confirmés de maladie à virus Ebola causée par le virus *Orthoebolavirus zairense* (y compris des cas importés). Si les stocks de vaccins sont limités, la priorité sera donnée aux pays du palier de risque 1, car ils sont plus à risque de flambée épidémique de maladie à virus Ebola.

- Palier de risque 2 : pays partageant une frontière avec un pays ayant connu une flambée épidémique de maladie à virus Ebola provoquée par un évènement supposé de transmission de l'animal à l'homme (c.-à-d. n'étant pas le résultat d'un cas importé).
- La vaccination préventive contre Ebola doit cibler les zones à risque de flambée épidémique de maladie à virus Ebola. Les pays peuvent envisager de cibler des zones géographiques infranationales. Dans ce cas, il conviendra de prioriser les districts présentant une transmission antérieure documentée d'*Orthoebolavirus zairense*.

- La vaccination préventive est destinée aux **agentes et agents de santé et aux intervenantes et intervenants en première ligne** des pays à risque, conformément aux recommandations de l'OMS. Les groupes cibles prioritaires incluent :
  - Les équipes nationales de riposte rapide qui interviennent dans la riposte à une flambée épidémique de maladie à virus Ebola, y compris le personnel funéraire et les équipes d'inhumation ;
  - Le personnel médical et non médical qui travaille dans les établissements de santé et/ou les unités de traitement contre la maladie à virus Ebola, ou qui fournit des services de proximité aux communautés ;
  - Le personnel de laboratoire pouvant être exposé au virus Ebola ;
  - Les agentes et agents de santé communautaires ;
  - Les guérisseuses et guérisseurs traditionnels ;
  - Les responsables du dépistage aux frontières, des douanes et de l'immigration pouvant être exposés aux cas de maladie à virus Ebola dans les postes de santé des points d'entrée pendant une flambée épidémique ;
  - Le personnel militaire et policier pouvant être exposé à des cas de maladie à virus Ebola pendant la riposte à une flambée épidémique de la maladie.

Considérations particulières sur le cofinancement

- **Aucun** cofinancement n'est requis pour les vaccins contre le virus Ebola.

Vaccin contre l'hépatite B à la naissance

Le vaccin contre l'hépatite B à la naissance prévient la transmission du virus de l'hépatite B de la mère à l'enfant lors de l'accouchement, cause majeure de maladie chronique du foie et de cancer du foie dans le monde. Administré dans les 24 heures qui suivent la naissance, il bloque très efficacement la transmission périnatale du virus. Il vient en complément de la vaccination systématique du nourrisson contre l'hépatite B.

Orientations de l'OMS

- L'OMS recommande l'administration de la première dose de vaccin contre l'hépatite B chez tous les nourrissons (y compris de faible poids de naissance ou prématurés) dès que possible après la naissance et idéalement dans les 24 heures, car la transmission périnatale est la plus importante source d'infection chronique au virus de l'hépatite B dans le monde.
- Si l'administration dans les 24 heures n'est pas possible, une dose plus tardive entre un et trois jours (soit 72 heures) après la naissance peut encore être efficace pour prévenir la transmission périnatale, mais l'efficacité décroît progressivement à mesure que les jours passent.

Informations complémentaires :

- Vaccins anti-hépatite B : note de synthèse de l'OMS – juillet 2017 : https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c55eb2dd-3b78-452d-b93c-a4471b2bdfed/content
- Guide pour l'introduction et le renforcement de la vaccination à la naissance contre l'hépatite B : https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241509831
- Orientations relatives à la triple élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de la syphilis et du virus de l'hépatite B : https://www.who.int/initiatives/triple-elimination-initiative-of-mother-to-child-transmission-of-hiv-syphilis-and-hepatitis-b/validation

Étendue du soutien de Gavi

- Le vaccin contre l'hépatite B à la naissance est soutenu par le budget vaccinal **garanti**.
- Tous les pays éligibles au soutien de Gavi qui n'ont pas encore introduit le vaccin contre l'hépatite B à la naissance dans leur calendrier de vaccination national peuvent demander un soutien pour ce vaccin.

Exigences spécifiques pour la demande de financement

- Dans l'idéal, les vaccins contre l'hépatite B à la naissance doivent être administrés en salle d'accouchement ou dans les services postnatals ; les demandes doivent décrire les plans d'intégration du vaccin contre l'hépatite B à la naissance dans les services de soins maternels et néonatals, tant dans le secteur privé que public, et leur cohérence avec les autres initiatives de santé maternelle et néonatale.
- Les pays sont encouragés à anticiper le déploiement du programme à plus grande échelle afin d'administrer les vaccins aux enfants nés en dehors des établissements de santé dès que possible après la naissance, en incluant tous les changements politiques nécessaires.

Liens complémentaires

- Boîte à outils pour les groupes techniques consultatifs nationaux sur la dose de vaccin contre l'hépatite B à la naissance : https://www.globalhep.org/tools-resources/introduction-hepatitis-b-birth-dose-vaccination-africa-toolkit-national

Vaccin contre le virus du papillome humain (VPH)

Le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) est une intervention de santé publique essentielle pour prévenir le cancer du col de l'utérus, l'une des principales causes de décès lié au cancer chez les femmes dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. La quasi-totalité des cas de cancer du col de l'utérus est liée à une infection persistante au virus du papillome humain à haut risque, un virus extrêmement courant qui se transmet par contact sexuel, et évitable par la vaccination.

Orientations de l'OMS

- L'OMS recommande à tous les pays d'introduire les vaccins anti-VPH en prévention primaire pour atteindre les objectifs de l'initiative de l'OMS pour l'élimination du cancer du col de l'utérus.
- La principale population cible recommandée par l'OMS pour la vaccination contre le VPH est l'ensemble des filles âgées de 9 à 14 ans. Lors de l'introduction du vaccin, si la mesure est possible et abordable, les pays sont encouragés à procéder à un rattrapage jusqu'à 18 ans au moins.

- Les calendriers de vaccination à une ou deux doses sont considérés comme efficaces dans ce groupe, le calendrier à une seule dose offrant de potentiels avantages programmatiques et financiers. Pour les filles immunodéprimées (dont celles qui vivent avec le VIH), au moins deux doses sont recommandées, voire trois doses dans la mesure du possible.
- Il est recommandé aux pays suivant un calendrier de vaccination à une seule dose de proposer plusieurs occasions de vaccination aux filles avant qu'elles n'atteignent l'âge de 15 ans.

Informations complémentaires :

- Vaccins contre les papillomavirus humains : note de synthèse de l'OMS – décembre 2022 : https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/position-papers/human-papillomavirus-(hpv)
- Considérations pour le choix des produits vaccinaux contre le virus du papillome humain, seconde édition : https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/fd0c15ff-4139-4cce-a13c-806dbe021005/content
- Guichet d'information sur l'introduction du vaccin anti-VPH : https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/human-papillomavirus-vaccines-(HPV)/hpv-clearing-house
- Considérations relatives au consentement à la vaccination des enfants et adolescents âgés de 6 à 17 ans : https://www.who.int/fr/publications/i/item/considerations-regarding-consent-in-vaccinating-children-and-adolescents-between-6-and-17-years-old
- Outil de l'OMS d'évaluation des coûts de la prévention et de la lutte contre le cancer du col de l'utérus : https://www.who.int/publications/m/item/WHO-Cervical-Cancer-Prevention-and-Control-Costing-tool-human-papillomavirus-vaccination-module

Étendue du soutien de Gavi

- Le vaccin anti-VPH est soutenu par le budget vaccinal **garanti**. Les calculs du budget reposent sur l'adoption de produits à moindre coût.
- Tous les pays éligibles au soutien de Gavi en phase catalytique qui n'ont pas encore introduit le vaccin anti-VPH dans leur calendrier national de vaccination peuvent demander le soutien de Gavi.
- Pour les pays n'ayant pas encore introduit le vaccin anti-VPH dans le calendrier national de leur programme essentiel de vaccination, Gavi soutient l'introduction d'une vaccination systématique parmi une cohorte de filles du même âge entre 9 et 14 ans.
- Ces introductions peuvent être combinées à une campagne de rattrapage ponctuelle parmi une cohorte multiâges pour les filles jusqu'à 14 ans afin de maximiser l'impact du vaccin dès la première année. Gavi propose aussi un soutien aux campagnes de rattrapage multicohortes qui ont été retardées pour les pays ayant déjà introduit le vaccin anti-VPH, mais qui n'ont pas encore mis en œuvre de campagne soutenue par Gavi sur une cohorte multiâges.
- Pour les pays disposant déjà de programmes de vaccination contre le VPH, Gavi apporte son soutien à leur optimisation, ce qui peut impliquer de changer de produit de vaccination ou de calendrier. Dans le cadre de la préparation de la demande, il est recommandé d'identifier au moins deux ou trois produits.
- L'administration conjointe avec des vaccins ciblant des tranches d'âge similaires, comme les doses de rappel contenant DTC, le vaccin antityphoïdique conjugué ou le vaccin contre la rougeole/rougeole-rubéole, peut être envisagée.
- Il est possible d'opter pour un calendrier de vaccination contre le VPH à une ou deux doses, mais le budget vaccinal garanti est calculé à partir d'un calendrier à dose unique.

- Les pays en phase catalytique sont éligibles au soutien suivant :
    - Soutien à la vaccination couvrant 50 % de la cohorte cible de la vaccination systématique. Ces pays ne sont pas éligibles à un financement pour les campagnes de rattrapage destinées à des cohortes multiâges.
    - Gavi apporte son soutien à l'optimisation des programmes existants de vaccination contre le VPH.
    - Pour plus de détails, voir l'annexe 8 – Domaines soutenus à la phase catalytique.

Exigences spécifiques pour la demande de financement

- Expliquer les stratégies qui seront employées pour atteindre de façon pérenne les filles dans la tranche d'âge cible avec le vaccin anti-VPH.
- Décrire la stratégie de communication destinée à encourager l'adoption de ce vaccin parmi le groupe cible et répondre à toutes les rumeurs ou mésinformations.
- Pour les introductions prévoyant une administration en milieu scolaire, la demande doit être signée par le ministère de l'Éducation.

Considérations particulières sur le cofinancement

- Les pays en phase d'autofinancement initial cofinancent les vaccins anti-VPH administrés dans le cadre de la vaccination systématique à hauteur de 4 % du prix du vaccin. Pour les pays à d'autres stades de la transition, la politique de cofinancement habituelle s'applique.
- La politique de cofinancement des campagnes s'applique aux doses utilisées pour les cohortes multiâges.

Liens complémentaires

- Calculateur du coût du vaccin anti-VPH pour les pays éligibles au soutien de Gavi : https://www.path.org/our-impact/resources/hpv-vaccine-cost-calculator/
- Boîte à outils Girl Focus : https://girlfocustoolkit.org/fr/
- Ressource mondiale de communication sur le VPH : https://globalhpv.com/
- Ressources TechNet sur le vaccin anti-VPH : https://www.technet-21.org/fr/maladies/hpv

Vaccin antirabique humain en prophylaxie post-exposition

Le vaccin antirabique humain en prophylaxie post-exposition évite l'issue fatale de la rage s'il est administré rapidement après une morsure par un animal et si la série d'injections est complète, auquel cas son efficacité est totale. Il complète la vaccination de masse des chiens et favorise l'équité en protégeant les groupes vulnérables et à haut risque, en particulier les enfants.

Orientations de l'OMS

- L'OMS recommande une approche complète de la prophylaxie antirabique post-exposition, notamment un lavage soigneux et immédiat de la plaie au niveau du site d'exposition au virus de la rage et, en cas d'exposition sévère (morsure de catégorie 3), l'administration d'immunoglobulines antirabiques pour neutraliser localement le virus. En outre, un schéma complet de vaccination antirabique est requis pour toutes les expositions de catégories 2 et 3.

- Toutes les tranches d'âge sont éligibles à la vaccination antirabique en prophylaxie post-exposition.
- Le vaccin peut être injecté par voie intradermique ou intramusculaire, quelle que soit la tranche d'âge. Le calendrier pour la voie intradermique inclut des doses de 0,1 ml sur deux sites les jours 0, 3 et 7, alors que le calendrier pour la voie intramusculaire nécessite des doses de 1 ml les jours 0, 3, 7 et à nouveau entre les jours 14 et 28.

Informations complémentaires :

- Vaccins antirabiques : note de synthèse de l'OMS – avril 2018 : https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/679e1a54-9d1b-4b43-8eab-55a6f11ab267/content
- Guide de l'OMS pour l'introduction du vaccin contre la rage humaine dans les programmes nationaux de vaccination : https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240052499
- Comité OMS d'experts sur la rage – WHO TRS N°1012 : https://www.who.int/publications/i/item/WHO-TRS-1012

Étendue du soutien de Gavi

- La prophylaxie antirabique post-exposition est soutenue par le budget vaccinal **discrétionnaire**.
- Tous les pays éligibles au soutien de Gavi, y compris ceux ayant introduit le vaccin avec leurs propres ressources, peuvent faire une demande de soutien auprès de Gavi pour la vaccination antirabique en prophylaxie post-exposition.
- L'introduction du vaccin dans le système de santé publique peut se faire à l'échelle nationale, infranationale ou régionale, selon le contexte épidémiologique.
- Gavi ne soutient l'achat et l'administration de vaccins antirabiques humains que pour la vaccination en prophylaxie post-exposition. Les vaccins destinés à la prophylaxie préexposition et les immunoglobulines antirabiques **ne sont pas** pris en charge, ni les vaccins antirabiques pour les chiens et les autres animaux.
- Cependant, les pays peuvent envisager d'utiliser l'excédent de doses de vaccin (vaccins de flacons ouverts résiduels issus de la vaccination intradermique et vaccins ayant une date de péremption courte) pour la vaccination préexposition des groupes à haut risque (vaccination préexposition opportuniste).

Exigences spécifiques pour la demande de financement

- Afin de favoriser la pérennisation, les pays sont encouragés à poursuivre leurs investissements nationaux en faveur de la vaccination antirabique et à fournir toute documentation disponible reflétant la poursuite de ces engagements.
- Les demandes doivent fournir les données disponibles sur le ratio humain/chien, les cas de morsures canines, les cas de rage suspectés, probables et confirmés chez l'humain et l'animal, ainsi que sur le respect et la réalisation des calendriers de prophylaxie post-exposition.
- La lutte contre la rage s'appuie sur l'approche « Une seule santé », dont l'action porte autant sur l'humain et sur le monde animal que sur l'environnement. Les pays sont encouragés à élaborer un plan stratégique national qui englobe la vaccination de masse des chiens, la surveillance, la sensibilisation des communautés, les mesures de santé environnementale, la gestion efficace des morsures de chien et l'administration de la prophylaxie post-exposition.
- La demande doit proposer une stratégie de prophylaxie préexposition opportuniste pour les groupes à haut risque (personnes en contact avec des animaux, vétérinaires).

- Gavi encourage fortement les pays à passer de la vaccination par voie intramusculaire à la voie intradermique en raison de ses avantages en santé publique (coût moindre pour une sécurité et une efficacité équivalentes) ; les demandes doivent décrire des plans en faveur de cette transition.

Liens complémentaires

- Rage – TechNet-21 : https://www.technet-21.org/fr/maladies/rabies

Vaccin contre l'encéphalite japonaise

Le vaccin contre l'encéphalite japonaise prévient une infection virale transmise par les moustiques qui peut provoquer une maladie neurologique grave, un handicap à vie ou le décès. La maladie affecte principalement les enfants dans les régions rurales d'Asie, où la transmission est la plus élevée. Une seule dose du vaccin vivant atténué ou recombinant ou deux doses du vaccin inactivé assurent une protection de longue durée et jouent un rôle clé pour réduire les inégalités en matière de santé en protégeant les populations rurales mal desservies les plus à risque.

Orientations de l'OMS

- **Vaccination systématique** : la vaccination contre l'encéphalite japonaise doit être intégrée dans la vaccination systématique à partir de l'âge de 9 mois dans toutes les régions où elle est reconnue comme une priorité de santé publique et où l'environnement est propice à la transmission du virus de l'encéphalite japonaise.
- **Campagne ponctuelle de prévention** : pour accélérer l'immunité de la population, une campagne unique de prévention visant les populations de moins de 15 ans doit être menée dans les régions à risque (correspondant aux régions de vaccination systématique) au moment de l'introduction du vaccin contre l'encéphalite japonaise dans la vaccination systématique.

Informations complémentaires :

- Note de synthèse : position de l'OMS à propos des vaccins contre l'encéphalite japonaise – février 2015 : https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2b1bf717-856b-4993-9ddf-fc2e67f0ec00/content

Étendue du soutien de Gavi

- Le vaccin contre l'encéphalite japonaise est soutenu par le budget vaccinal **discrétionnaire**.
- Gavi apporte son soutien aux pays à risque qui n'ont pas encore demandé de soutien pour le vaccin contre l'encéphalite japonaise. Ce soutien s'applique à la vaccination systématique et à une campagne ponctuelle (en général au moment de l'introduction, mais certaines exceptions peuvent être justifiées) destinée aux populations de moins de 15 ans.

Exigences spécifiques pour la demande de financement

- Dans le cadre de la vaccination systématique et des campagnes de rattrapage, il convient d'utiliser les données de surveillance pour établir le périmètre géographique proposé, par exemple le nombre de cas de syndrome encéphalique aigu par habitant et le taux de confirmation en laboratoire (pourcentage de cas de syndrome encéphalique aigu testés ayant un résultat positif pour les anticorps IgM du virus de l'encéphalite japonaise). En l'absence de

données de surveillance de l'encéphalite japonaise et des cas de syndrome encéphalique aigu, les données relatives aux tests rapides et à la plausibilité biologique et environnementale doivent être incluses dans le cadre de la justification, de même que des plans visant à établir des systèmes ou à mener des études pour recueillir des données de surveillance.

Vaccin antipaludique

Les vaccins antipaludiques protègent contre le paludisme à P. falciparum transmis par les moustiques chez les enfants de moins de cinq ans, l'une des causes majeures de mortalité dans de nombreux pays, principalement en Afrique. Les vaccins réduisent significativement l'infection et le décès dû au paludisme chez les jeunes enfants.

Orientations de l'OMS

- Les vaccins antipaludiques doivent être fournis dans le cadre d'une stratégie complète de prévention et de lutte contre le paludisme.
- L'OMS recommande l'utilisation de vaccins antipaludiques pour la prévention du paludisme à *P. falciparum* chez les enfants vivant dans les zones où le paludisme est endémique, en priorisant les zones de transmission modérée à élevée (présentant une incidence annuelle supérieure à 250 cas pour 1 000 habitants, ou une prévalence de l'infection à *P. falciparum* chez les enfants d'environ 10 % ou plus).
- Les pays peuvent envisager de fournir le vaccin à travers une approche basée sur l'âge, la saison ou les deux.
- Les vaccins antipaludiques doivent être administrés selon un calendrier de quatre ou cinq doses chez les enfants à partir de l'âge de cinq mois environ[9]. Les doses doivent être espacées de 4 semaines minimum. La quatrième dose prolonge la protection et doit être administrée 6 à 18 mois après la troisième dose. Pour réduire le fardeau d'une administration supplémentaire, les pays doivent faire correspondre la quatrième dose à l'administration d'autres vaccins et, le cas échéant, à d'autres interventions de santé survenant au cours de la deuxième année de vie. Sinon, la quatrième dose peut être administrée juste avant les pics saisonniers de transmission du paludisme afin que la période d'efficacité maximale du vaccin couvre ce pic de risque.
- Une cinquième dose, administrée un an après la quatrième, peut être administrée dans les régions de forte transmission saisonnière ou là où le risque de paludisme reste élevé au cours de la troisième année de vie et plus tard.
- Les consultations supplémentaires nécessaires pour administrer le vaccin antipaludique sont des occasions de fournir d'autres services intégrés de santé préventive et de lutte contre le paludisme.
- Au moment de l'introduction du vaccin, l'éligibilité peut être envisagée pour une tranche d'âge plus large chez les enfants jusqu'à cinq ans, afin d'administrer la première dose de vaccin

[9] Les pays peuvent choisir d'administrer la première dose de vaccin avant l'âge de cinq mois en fonction de considérations opérationnelles, afin d'améliorer la couverture ou l'impact.

antipaludique aux enfants ayant manqué la fenêtre de vaccination initiale, à l'occasion des points de contact de vaccination systématique[10].

Informations complémentaires :

- Note de synthèse : position de l'OMS à propos des vaccins antipaludiques – mai 2024 : https://www.who.int/publications/i/item/who-wer-9919-225-248
- Adaptation infranationale des stratégies et interventions face au paludisme – Manuel de référence : https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/78b4fed5-a372-4f87-8a04-edec47e092d5/content
- Rapport 2025 sur le paludisme dans le monde : https://www.who.int/fr/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2025

Étendue du soutien de Gavi

- Le vaccin antipaludique est soutenu par le budget vaccinal **discrétionnaire**.
- Gavi soutient l'introduction et la mise en œuvre de vaccins antipaludiques dans les régions infranationales où la transmission du paludisme à *P. falciparum* est modérée ou élevée. Au cours de la période de Gavi 6.0, l'étendue du soutien de Gavi se limite aux besoins en vaccins pour 70 % maximum des régions du pays présentant une transmission modérée ou élevée de paludisme à *P. falciparum*. Les demandes de soutien de Gavi pour la vaccination contre le paludisme dans des zones de faible transmission du paludisme à *P. falciparum* pourront être envisagées sur la base d'une solide justification programmatique et d'une adaptation infranationale des interventions de lutte contre le paludisme.
- Il revient aux pays de définir les régions infranationales qu'ils souhaitent cibler avec le soutien de Gavi, en fonction de leurs propres données, de leur charge de morbidité du paludisme, des différentes interventions de lutte contre le paludisme et de leurs priorités nationales. Ce ciblage doit tenir compte des efforts déployés pour adapter d'autres interventions de santé publique et de lutte contre le paludisme. Les partenaires de l'OMS et de Gavi peuvent fournir une assistance technique aux pays afin d'accompagner leurs efforts de priorisation des régions où la transmission du paludisme est modérée à élevée.
- Les pays peuvent demander le soutien de Gavi pour l'introduction du vaccin antipaludique avec un calendrier à quatre ou cinq doses, selon les données épidémiologiques locales.
- Les pays comptant des régions où la transmission saisonnière du paludisme est élevée peuvent faire une demande de soutien financier auprès de Gavi pour administrer le vaccin selon une stratégie basée sur l'âge, la saison ou les deux, en accord avec les recommandations de l'OMS.
- Les pays peuvent choisir de déployer le vaccin par étapes, en l'introduisant en une seule phase dans les régions administratives éligibles ou en étalant son déploiement sur deux phases, voire davantage.

[10] En fonction des données épidémiologiques locales et de l'âge auquel le risque est élevé, de la faisabilité, du prix et de la disponibilité des vaccins. Dans de nombreux pays touchés par une transmission élevée et constante, le risque est le plus élevé chez les enfants de moins de trois ans. Dans les zones de paludisme à forte saisonnalité, cet âge peut s'étendre au-delà des trois ans.

- Le soutien de Gavi à l'élargissement de la tranche d'âge éligible pour la première dose au moment de l'introduction sera limité aux volumes de vaccins alloués pour la première année dans les zones concernées. Cet élargissement devra s'aligner sur les stratégies de vaccination systématique et de rattrapage.
- Gavi apporte son soutien pour les vaccins recommandés et préqualifiés par l'OMS dans la prévention du paludisme à *P. falciparum* chez les enfants vivant dans les zones où le paludisme est endémique. Actuellement, il s'agit des vaccins RTS,S/AS01 (RTS,S) et R21/Matrix-M (R21). Les pays ayant reçu l'autorisation d'introduire les vaccins antipaludiques se voient affecter l'un de ces deux produits selon les principes suivants : préférence du pays et prix du vaccin, réduction de la nécessité de passer d'un produit à l'autre, diminution des délais d'introduction et soutien à un marché sain pour les vaccins. Passer d'un produit à l'autre ne sera autorisé que de manière exceptionnelle, en accord avec la politique de Gavi et selon des critères précis.

Exigences spécifiques pour la demande de financement

- *Plan stratégique national de lutte contre le paludisme* : proposer un plan stratégique national de lutte contre le paludisme, ou un addendum au plan national, qui comprend la description de l'intégration du vaccin dans l'ensemble plus vaste des interventions en matière de paludisme, et de la manière dont il contribue aux objectifs généraux de lutte contre la maladie. Les pays qui n'ont pas de plan stratégique national de lutte contre le paludisme incluant le vaccin doivent apporter une description dans un document séparé ou un addendum, si le plan n'a pas été mis à jour pour inclure le vaccin.

- *Charge de morbidité et épidémiologie du paludisme* : fournir des données locales détaillées sur la population cible et la transmission du paludisme, en précisant notamment la population cible de la vaccination systématique, par zone administrative, en fonction de la qualité des données et de la transmission du paludisme (p. ex. incidence annuelle ou prévalence de l'infection à *P. falciparum*) dans leur contexte et conformément aux définitions de transmission modérée et élevée de l'OMS.

- *Populations cibles infranationales et approche d'introduction* : préciser quelles zones infranationales à transmission modérée et élevée de paludisme sont ou seront ciblées pour le vaccin antipaludique et quelles zones infranationales bénéficieront en priorité du soutien de Gavi. Présenter un résumé de l'approche adoptée pour le vaccin antipaludique (y compris les phases d'introduction ponctuelle ou échelonnée), en mentionnant les régions où elle est déjà mise en œuvre. En cas d'approche échelonnée, indiquer les sources de financement en tenant compte du soutien de Gavi jusqu'à 70 % pour les zones à transmission modérée et élevée, et, si cela est pertinent, les phases et les zones (au-delà des 70 %) soutenues par d'autres sources de financement ou bien les éventuelles lacunes identifiées nécessitant la mobilisation de ressources. Pour les pays sélectionnant de nouvelles cibles dans le cadre de leur programme systématique actuel, il est recommandé de préciser de quelle manière sera appliquée cette règle des 70 %.

- *Élargissement de la tranche d'âge éligible lors de l'année d'introduction (si prévu) :* préciser l'âge auquel les enfants peuvent recevoir leur première dose de vaccin antipaludique lors de son introduction ou dans les zones d'introduction échelonnée, selon les cas, afin que Gavi calcule correctement les doses de vaccin complémentaires.

Considérations particulières sur le cofinancement

Les conditions de cofinancement pour le paludisme évoluent à compter de janvier 2026 :

- Pour les pays en phase d'autofinancement initial : le cofinancement du pays suit la politique de cofinancement (0,20 dollar US par dose).
- Pour les pays en phase de transition préparatoire : le cofinancement du pays démarre à 0,20 dollar US par dose au cours de la première année d'introduction, puis augmente de 30 % chaque année.
- Pour les **pays en phase de transition accélérée : le cofinancement du pays suit la politique de cofinancement, avec une augmentation linéaire** pour atteindre 100 % du coût des vaccins au cours de la première année de la phase d'autofinancement intégral.

Liens utiles

- Directives relatives au soutien de Gavi et du Fonds mondial en faveur d'interventions complémentaires pour faciliter le déploiement des vaccins antipaludiques https://www.gavi.org/sites/default/files/board/minutes/2024/4-5-december13%20-%20Annex%20C%20-%20Malaria%20Vaccine_JointGuidelines%20on%20Gavi%20and%20Global%20Fund%20support.pdf
- Introduction du vaccin contre le paludisme – Ressources techniques : https://www.technet-21.org/fr/malaria?layout=blog

Vaccin contre la rougeole/rougeole-rubéole

Les vaccins contre la rougeole/rougeole-rubéole préviennent deux maladies virales très contagieuses. La rougeole est toujours une cause majeure de mortalité infantile évitable par la vaccination, tandis que l'infection par la rubéole pendant la grossesse peut causer un syndrome de la rubéole congénitale à l'origine d'un handicap permanent chez l'enfant. La vaccination contre la rougeole et la rubéole est essentielle pour combler le déficit d'immunité et protéger la santé maternelle et infantile. Gavi soutient les pays pour qu'ils renforcent leur lutte contre la rougeole et la rubéole et parviennent à son élimination par la vaccination systématique, les campagnes de rattrapage et de suivi et la riposte aux flambées épidémiques.

Orientations de l'OMS

- L'OMS recommande deux doses du vaccin antirougeoleux dans les calendriers de vaccination systématique.
- Le vaccin antirubéoleux doit être introduit par le biais du vaccin contre la rougeole et la rubéole, chez les hommes et les femmes, au moyen d'une campagne de rattrapage multiâges suivie d'une vaccination systématique contre la rougeole et la rubéole.
- Les campagnes de suivi régulières sont essentielles pour combler les déficits d'immunité et prévenir les flambées épidémiques de rougeole, surtout dans les environnements où la couverture de la vaccination systématique est faible.
- En 2024, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination de l'OMS a recommandé de supprimer l'obligation pour les pays d'atteindre une couverture vaccinale de

80 % contre la rubéole dans le cadre de la vaccination systématique ou de campagnes de vaccination avant l'introduction du vaccin antirubéoleux. Il a également recommandé l'introduction universelle du vaccin antirubéoleux dans les 13 pays où il n'est pas encore mis en œuvre.

- La présentation en flacons de 5 doses du vaccin contre la rougeole ou contre la rougeole-rubéole réduit le gaspillage lié à l'ouverture des flacons et améliore la couverture par rapport à la présentation en 10 doses, dans les pays où elle a été évaluée.

Informations complémentaires :

- Note de synthèse de l'OMS sur les vaccins contre la rougeole – avril 2017 : https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9217-205-227
- Note de synthèse de l'OMS sur les vaccins antirubéoleux – juillet 2020 : https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WER9527
- Recommandation de Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination sur la prévention de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale : https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9949-719-740
- Guide de planification et de mise en œuvre d'activités de vaccination supplémentaires de l'OMS (EN | FR)
- Stratégies ciblées et sélectives dans les campagnes de vaccination contre la rougeole et la rubéole – Orientations provisoires : https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240103399
- Présentation du flacon de vaccin contre la rougeole et la rubéole à 5 doses — Fiche d'information 2022 UNICEF OMS — 2023 https://www.technet-21.org/fr/ressources/orientations/unicef-who-mcv-5-dose-fact-sheet
- L'outil d'aide à la décision pour l'évaluation de l'impact du passage à un schéma à 5 doses (https://www.technet-21.org/en/resources/tool/mcv-5-dose-vial-assessment-support-tool) peut être utilisé pour évaluer les implications opérationnelles de ce changement, notamment sur le plan des capacités de la chaîne du froid. Pour les estimations de coûts et la planification financière, les pays sont encouragés à utiliser le simulateur de budget vaccinal comme principale source de données relatives aux coûts.

Étendue du soutien de Gavi

- Les vaccins contre la rougeole/rougeole-rubéole sont soutenus par le budget vaccinal **garanti**, à quelques différences près citées ci-après.
- Gavi apporte son soutien à la **vaccination systématique** par le biais du budget en espèces et du budget vaccinal dans les pays qui ne sont pas en phase d'autofinancement de leurs doses de vaccination systématique.
- Gavi soutient le passage de la présentation en flacon de 10 doses au flacon de 5 doses pour la vaccination systématique, si un pays choisit d'opérer cette transition. Les coûts des vaccins seront imputés au budget vaccinal. Les pays devront utiliser leur budget en espèces pour soutenir les coûts opérationnels liés à la mise en œuvre de la transition.
- Gavi soutient les campagnes de rattrapage ponctuelles au moment de l'introduction du vaccin contre la rougeole-rubéole destinées aux enfants âgés de 6 à 9 mois jusqu'à moins de 10 ans ou moins de 15 ans (en fonction de la situation épidémiologique et de la décision du pays concernant le budget en espèces et le budget vaccinal).
- Les campagnes de rattrapage du vaccin contre la rougeole-rubéole qui ciblent les enfants âgés de 6 à 9 mois jusqu'à moins de 10 ans constituent un programme garanti, c'est-à-dire que les doses et les coûts opérationnels liés à cette activité sont inclus dans le budget en espèces et le budget vaccinal des pays.

- Un pays introduisant le vaccin contre la rougeole-rubéole peut financer les coûts opérationnels liés à la vaccination des enfants âgés de 6 à 9 mois jusqu'à 59 mois au moyen des allocations réservées à la rougeole-rubéole.
- Pour les campagnes et les introductions ayant lieu en 2026 et 2027, les coûts opérationnels et les doses liés à la vaccination des enfants âgés de 5 ans à moins de 10 ans seront imputés aux budgets en espèces et vaccinal. Les doses de vaccin et les allocations en espèces pour les campagnes de rattrapage et les introductions du vaccin contre la rougeole-rubéole qui auront lieu entre 2028 et 2030 seront fournies une fois que le pays aura soumis sa candidature ou sa demande de reprogrammation.
- Les pays qui souhaitent cibler les enfants âgés de 10 ans à moins de 15 ans peuvent utiliser en priorité les ressources de leur budget vaccinal et de leur budget en espèces discrétionnaires, si les données épidémiologiques le justifient et que cette mesure est prioritaire pour le pays.
- Gavi soutient les campagnes régulières de suivi visant à maintenir l'immunité de la population d'enfants âgés de 6/9 mois jusqu'à 59 mois (ou plus en fonction des données épidémiologiques et de la décision du pays concernant le budget en espèces).
- Les coûts opérationnels des campagnes de suivi de rougeole/rougeole-rubéole chez les enfants âgés de 6 à 9 mois jusqu'à 59 mois représentent une allocation réservée du budget en espèces des pays, c'est-à-dire que les fonds qui leur sont affectés ne peuvent être alloués à d'autres activités.
- Les pays qui souhaitent cibler les enfants âgés de plus de 59 mois pour une campagne de suivi peuvent utiliser en priorité les ressources de leur budget vaccinal et de leur budget en espèces discrétionnaires, si les données épidémiologiques le justifient et que cette mesure est prioritaire pour le pays.
- En s'appuyant sur les assouplissements approuvés par le Conseil d'administration en matière de coûts opérationnels pour les campagnes de suivi de la rougeole/rougeole-rubéole, Gavi recommande vivement aux pays les plus performants de privilégier des stratégies de mise en œuvre des campagnes adaptées et ciblées et/ou des activités renforcées de vaccination systématique plutôt que des campagnes de suivi non sélectives à l'échelle nationale, en s'efforçant d'atteindre les enfants non vaccinés ou insuffisamment vaccinés contre la rougeole. Voir l'annexe 10 – Optimisation des campagnes.

Exigences spécifiques pour la demande de financement

- Conformément à la recommandation du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination datant d'octobre 2018, les pays présentant une incidence moyenne et des flambées épidémiques périodiques, une immunité insuffisante parmi certaines populations et des capacités programmatiques modérées (p. ex. une couverture de 85 à 90 % pour la première dose du vaccin antirougeoleux et de 80 à 90 % pour la deuxième dose) peuvent mener des campagnes ciblées en fonction du profil épidémiologique des zones infranationales concernées, si des données de haute qualité sont disponibles pour l'analyse infranationale. Conformément à la décision du Conseil d'administration de Gavi de novembre 2018, ces pays peuvent utiliser les allocations réservées pour soutenir des activités de vaccination supplémentaire au niveau national et infranational et/ou des activités renforcées de vaccination systématique visant à atteindre les enfants manqués par la vaccination.
- Les pays doivent décrire les activités renforcées de vaccination systématique qui seront mises en œuvre pour combler les lacunes en matière d'immunité contre la rougeole entre les campagnes de suivi et, à long terme, réduire la dépendance à l'égard de ces campagnes.

- Si les pays demandent un soutien pour des activités de renforcement de la vaccination systématique plutôt que pour une campagne de suivi ou en complément d'une campagne ciblée, ces activités doivent suivre les principes suivants :
    - Améliorer la couverture des vaccins antirougeoleux tout en renforçant la vaccination systématique dans son ensemble ;
    - Renforcer la vaccination systématique pour augmenter les intervalles entre les activités de vaccination supplémentaire et, à long terme, réduire la dépendance à l'égard de ces activités ;
    - S'aligner sur le soutien existant pour assurer une cohérence avec les investissements du programme essentiel de vaccination national et ceux déjà planifiés et budgétisés dans le cadre du soutien de Gavi déjà mis en place.
- Les demandes de soutien pour les campagnes doivent être élaborées en concertation avec les équipes d'autres programmes (programme essentiel de vaccination, lutte contre la poliomyélite, nutrition, déparasitage, eau, assainissement et hygiène, maladies tropicales négligées, etc.) afin d'identifier les possibilités d'une intégration partielle ou totale et son périmètre (p. ex. microplanification, formation, supervision, logistique, coadministration).
- Les pays demandant un soutien doivent élaborer un plan et un budget uniques pour l'ensemble des activités intégrées, y compris le financement dédié au suivi intracampagne, aux kits de prise en charge des manifestations post-vaccinales indésirables et à l'intégration de la gestion des données de campagne dans les outils de vaccination systématique.
- Les pays doivent fournir une justification épidémiologique et programmatique claire pour la tranche d'âge cible sélectionnée dans le cadre de la campagne de rattrapage contre la rougeole-rubéole. Le choix de la tranche d'âge doit être éclairé par le profil de susceptibilité du pays, qui s'appuiera notamment sur les analyses de déficit d'immunité existantes par cohortes de naissances, les données de surveillance, l'épidémiologie des flambées épidémiques, les tendances de la couverture vaccinale et des considérations opérationnelles. Les pays doivent fournir des données probantes démontrant les raisons pour lesquelles la tranche d'âge proposée devrait permettre d'atteindre et de maintenir l'immunité de la population et de réduire le risque de transmission de la rougeole et de la rubéole.
- Si la tranche d'âge proposée diffère de celle de la campagne de rattrapage de la rougeole-rubéole au titre du budget garanti (enfants âgés de 6/9 mois jusqu'à moins de 10 ans), les pays doivent fournir une justification précise et des documents à l'appui de l'approche sélectionnée. Dans la demande globale, préciser la justification, les échéances et le déroulement du passage de la présentation du flacon à 10 doses au flacon à 5 doses (si cela fait partie de l'approche prévue), en précisant notamment le plan de mise en œuvre.

Liens utiles

- Liste de contrôle du modèle de rapport pour l'enquête relative à la couverture post-campagne : https://ars.els-cdn.com/content/image/1-s2.0-S0264410X20315036-mmc1.docx

Produits de diagnostic de la rougeole

Le soutien apporté par Gavi pour les produits de diagnostic de la rougeole vise à accélérer l'identification des cas et leur confirmation et à favoriser une riposte efficace (vaccination). Les demandes des ministères de la Santé pour un soutien à la vaccination contre la rougeole (à travers les campagnes de vaccination préventive et systématique et la riposte aux flambées épidémiques)

doivent être renseignées par les résultats des tests de diagnostic rapide pour l'identification précoce des cas suspectés et la confirmation en laboratoire à l'aide de méthodes moléculaires et sérologiques, selon les orientations de l'OMS.

Orientations de l'OMS

Le dépistage systématique de la rougeole renforce les données probantes sur la charge de morbidité. Le Réseau mondial de laboratoires de la rougeole et de la rubéole de l'OMS fournit des orientations complètes sur la surveillance de ces deux maladies, y compris des orientations provisoires sur l'introduction et l'utilisation des tests rapides d'anticorps IgM dans le cadre de la surveillance de la santé publique. Le matériel actuellement disponible est accessible à l'aide des liens indiqués dans cette section.

Étendue du soutien de Gavi

Le soutien à l'achat se concentre actuellement sur les tests rapides des anticorps IgM de la rougeole, conformément aux recommandations de l'OMS et du Réseau mondial de laboratoires de la rougeole et de la rubéole.

Exigences spécifiques pour la demande de financement

- Pour les produits de dépistage, la demande doit fournir une justification reposant sur les données épidémiologiques historiques ainsi que les données relatives à la couverture vaccinale et au dépistage. Cette justification doit expliquer dans quelle mesure l'accès au dépistage accélèrera la confirmation des flambées épidémiques, améliorera la rapidité de mobilisation du vaccin antirougeoleux ou appuiera la prise de décision pour les campagnes réactives.
- Les pays doivent définir les zones géographiques ou les populations à haut risque pour lesquelles pourront être déployés les outils de dépistage, en accord avec les stratégies nationales et infranationales de lutte contre la rougeole et les campagnes ciblées prioritaires.
- Les pays doivent fournir une estimation de la quantité finale de tests nécessaires ainsi qu'une justification venant étayer le déploiement au niveau infranational.
- Les pays doivent s'assurer que les résultats du dépistage de la rougeole sont systématiquement saisis, validés et intégrés dans les plateformes de surveillance nationales existantes (p. ex. IDSR, EWARS, DHIS2). Les rapports doivent suivre les orientations correspondantes de l'OMS.
- Gavi s'appuiera en premier lieu sur les rapports de l'OMS et de ses partenaires pour surveiller la mise en œuvre dans le pays et pour étayer le renouvellement du soutien à l'achat des produits de diagnostic.

Considérations particulières sur le cofinancement

À l'heure actuelle, Gavi n'impose aucune obligation de cofinancement pour le soutien aux produits de diagnostic de la rougeole.

Liens utiles

- Manuel de surveillance en laboratoire de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de la rubéole congénitale : https://www.technet-21.org/fr/manual-introduction
- Introduction du test de diagnostic rapide des anticorps IgM de la rougeole – Orientations provisoires pour une utilisation dans le cadre de la surveillance de la santé publique : https://www.technet-21.org/fr/ressources/orientations/measles-igm-rapid-diagnostic-test-introduction-interim-guidance-for-use-in-public-health-surveillance

- Guide sur les flambées épidémiques de rougeole : https://www.who.int/publications/i/item/9789240052079
- Boîte à outils pour les flambées épidémiques de rougeole : https://www.who.int/emergencies/outbreak-toolkit/disease-outbreak-toolboxes/measles-outbreak-toolbox

Vaccins contre la méningite à méningocoque

Les vaccins antiméningococciques préviennent la méningite bactérienne due à Neisseria meningitidis, maladie entraînant le décès en quelques heures ou des handicaps sévères chez les personnes survivantes. Le vaccin conjugué contre le méningocoque A cible le sérogroupe A, qui est historiquement responsable d'épidémies dévastatrices dans la ceinture africaine de la méningite. Les vaccins antiméningococciques conjugués multivalents apportent une protection plus large contre plusieurs sérogroupes. Le vaccin antiméningococcique conjugué pentavalent ACWYX (Men5CV) protège notamment contre les souches ACWYX de Neisseria meningitidis. En s'appuyant sur le déploiement réussi du vaccin conjugué contre le méningocoque A, qui a réduit drastiquement les épidémies de méningite à N. meningitidis A, et en utilisant plus largement le vaccin antiméningococcique conjugué multivalent, les pays peuvent améliorer la protection des populations vulnérables, renforcer la préparation aux épidémies et faire progresser la sécurité sanitaire régionale.

Orientations de l'OMS

- **Vaccination systématique :** tous les pays de la ceinture de la méningite sont encouragés à introduire le vaccin antiméningococcique conjugué pentavalent dans leur calendrier de vaccination systématique en une seule dose entre 9 et 18 mois. Si ce vaccin n'est pas disponible, les pays qui n'ont pas encore introduit le vaccin conjugué contre le méningocoque A sont encouragés à le faire (en même temps que des campagnes de rattrapage de ce vaccin) pour éviter le risque de résurgence de *N. meningitidis A.*
- **Campagne de prévention de masse :** dans les pays et districts à haut risque, une campagne de prévention de masse ponctuelle avec le vaccin antiméningococcique conjugué pentavalent est recommandée au moment de l'introduction du vaccin, en ciblant les sujets de 1 à 19 ans ou de 2 à 19 ans (selon le calendrier de vaccination systématique). Un contexte est à « haut risque » quand : i) la première campagne de prévention de masse avec le vaccin conjugué contre le méningocoque A remonte à plus de 10 ans ; et ii) plus de 10 districts se trouvent au-delà du seuil épidémique ou plus de 300 cas de flambée épidémique sont dus aux sérogroupes CWYX de *N. meningitidis* depuis 2011. En outre, dans les contextes fragiles et en conflit où les systèmes de vaccination systématique sont affaiblis, les campagnes de prévention de masse avec le vaccin antiméningococcique conjugué pentavalent doivent être envisagées.

Informations complémentaires :

- Note de synthèse : position de l'OMS sur l'utilisation des vaccins antiméningococciques conjugués multivalents dans les pays de la ceinture africaine de la méningite – janvier 2024 : https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/position-papers/meningococcal-vaccines
- Note de synthèse : position de l'OMS sur les vaccins antiméningococciques
- Note de synthèse : position de l'OMS sur l'utilisation des vaccins antiméningococciques conjugués multivalents dans les pays de la ceinture africaine de la méningite

Étendue du soutien de Gavi

- Les vaccins contre la méningite sont soutenus par le budget vaccinal **discrétionnaire**.
- Pour les pays à haut risque (définis selon les critères quantitatifs ci-dessus), Gavi soutient le passage du vaccin conjugué contre le méningocoque A au vaccin antiméningococcique conjugué pentavalent dans les programmes de vaccination systématique bénéficiant du soutien de Gavi. Ces pays sont également éligibles à un soutien pour une campagne préventive ponctuelle de masse, généralement au moment du passage du vaccin conjugué contre le méningocoque A au vaccin antiméningococcique conjugué multivalent/pentavalent, mais certaines exceptions pourront être justifiées (p. ex. une campagne échelonnée ou une introduction/campagne reportée en raison des contraintes du budget vaccinal). Bien que la stratégie optimale en matière de prévention consiste à mener une campagne au moment du changement de vaccin, compte tenu des ressources budgétaires limitées, les pays peuvent choisir de recourir uniquement à la vaccination systématique ou uniquement à une campagne de vaccination, et ils resteront éligibles à un soutien supplémentaire à l'avenir, si les ressources disponibles (de Gavi et du pays) le permettent. Dans certaines circonstances exceptionnelles, les contextes humanitaires et fragiles peuvent justifier une campagne de prévention de masse très ciblée. Cette situation doit être abordée avec Gavi avant la candidature.
- Les pays de la ceinture de la méningite à risque faible ou modéré peuvent uniquement introduire le vaccin conjugué contre le méningocoque A avec le soutien de Gavi (tant que le profil de risque national ne change pas ou que les considérations financières ne sont pas plus favorables). Les pays à risque faible ou modéré qui introduisent le vaccin conjugué contre le méningocoque A dans leur vaccination systématique sont éligibles pour mener une mini-campagne de rattrapage ou une campagne de prévention de masse ponctuelle avec ce vaccin (qui cibleront les cohortes nées depuis la campagne de prévention initiale si une campagne de masse a déjà eu lieu).

Exigences spécifiques pour la demande de financement

- **Pour les demandes de vaccin antiméningococcique conjugué pentavalent :** les pays doivent mener une évaluation du risque à l'aide de la méthodologie et de l'outil MenRAT (avec le soutien de l'OMS si nécessaire) pour étayer la stratégie d'introduction du vaccin antiméningococcique conjugué multivalent/pentavalent et déterminer les zones à haut risque et l'éligibilité au soutien de Gavi.

Dans le cadre du budget vaccinal, un ciblage plus précis de la campagne dans les zones à haut risque et à très haut risque peut s'avérer nécessaire. Des études de modélisation et des travaux de recherche sont actuellement menés afin d'éclairer les décisions stratégiques des pays en matière de ciblage des campagnes. Lorsqu'elles seront disponibles, Gavi et ses partenaires techniques en partageront les résultats.

Vaccin pentavalent (vaccin conjugué contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, l'hépatite B et l'*Haemophilus Influenza* de type b)

Ce vaccin protège à lui seul contre cinq maladies majeures : la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B et la bactérie *Haemophilus influenza* de type b (Hib).

Orientations de l'OMS

L'OMS recommande un calendrier de trois doses de ce vaccin contenant DTC, afin de protéger les enfants contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, ainsi que l'hépatite B et l'*Haemophilus influenza* de type b. Les premières doses sont généralement administrées à l'âge de 6, 10 et 14 semaines, suivies d'une dose de rappel contre la diphtérie et le tétanos et d'au moins une dose de rappel contre la coqueluche, à administrer à l'âge de 12 à 23 mois. Voir la section sur les doses de rappel DTC dans la liste des vaccins.

Informations complémentaires :

- Vaccin antidiphtérique : Note de synthèse de l'OMS – août 2017 : https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8f8a7f94-c9cd-44c7-91c1-c8f7cf16551f/content
- Note de synthèse : Position de l'OMS concernant les vaccins anticoquelucheux – août 2015 https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d4d7eeab-432e-4a08-ac13-0d2adb4a84ff/content
- Note de synthèse : position de l'OMS sur les vaccins antitétaniques – février 2017 https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/755f3823-3c9a-47e7-b4c5-0fa61d2400d2/content
- Recommandations pour la vaccination interrompue ou retardée – Résumé des notes de synthèse de l'OMS : https://www.who.int/docs/default-source/immunization/tables/immunization-routine-table3.pdf?sfvrsn=57103ed3_2#:~:text=If%20a%20series%20cannot%20be,even%20for%20the%20primary%20series.&text=Wherever%20possible%2C%20catch%2Dup%20vaccination,higher%20risk%20for%20pneumococcal%20disease.&text=Catch%2Dup%20vaccination%20can%20be,for%20children%20%E2%89%A524%20months.&text=Unvaccinated%20children%20aged%201%E2%80%935,by%20at%20least%208%20weeks.&text=HIV%2Dpositive%20infants%20and%20pre,the%20second%20year%20of%20life

Étendue du soutien de Gavi

Le vaccin pentavalent est financé par le budget vaccinal garanti et est soutenu par Gavi depuis 2001, avec pour objectif initial d'augmenter l'adoption des vaccins contre la Hib et l'hépatite B en les intégrant dans la vaccination systématique dans les pays à faible revenu. Depuis 2012, Gavi finance les vaccins contre la Hib et l'hépatite B exclusivement par le biais de la formulation pentavalente. Grâce à ce soutien, le vaccin pentavalent est désormais disponible dans les 73 pays au revenu le plus faible.

Les pays éligibles au soutien de Gavi peuvent demander à poursuivre l'utilisation du vaccin pentavalent pour les doses associées à la primovaccination et à introduire le premier rappel DTC dans leur calendrier national de vaccination.

Considérations particulières sur le cofinancement

Gavi continuera à cofinancer les vaccins pentavalents pour les doses de la primovaccination en fonction du statut de transition de chaque pays. Les pays peuvent utiliser le vaccin pentavalent ou le vaccin DTC pour la première dose de rappel. Le cofinancement des vaccins ne s'applique qu'à la première dose de rappel contenant DTC.

Liens utiles

- Grille de prix du vaccin contenant la valence diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B et Hib (pentavalent) : https://www.unicef.org/supply/documents/dtp-hepb-hib-pentavalent-vaccine-price-data
- Lettre d'information du Conseil d'administration de Gavi – L'Alliance mondiale du Vaccin déploie un vaccin six-en-un dans les pays à faible revenu et met en place des mécanismes novateurs pour lutter contre les nouvelles menaces d'épidémie : https://www.gavi.org/fr/actualites/media-room/alliance-mondiale-vaccin-deploie-vaccin-six-en-un-dans-pays-faible-revenu
- Informations sur le programme de rappel des vaccins contenant DTC : https://www.gavi.org/fr/notre-soutien/directives/informations-programme-rappel-vaccins-contenant-dtc

Vaccin antipneumococcique conjugué

Le vaccin antipneumococcique conjugué protège contre la maladie à pneumocoque, une cause majeure de pneumonie, de méningite et de septicémie chez les enfants de moins de cinq ans. En réduisant les cas de maladie grave et de décès, le vaccin antipneumococcique conjugué a un impact majeur sur la survie des enfants et l'équité en matière de santé, en particulier dans les contextes de faibles ressources, où la pneumonie reste la cause principale de mortalité infectieuse des enfants. Le vaccin réduit également la transmission et apporte ainsi une protection à l'échelle communautaire tout en renforçant les systèmes de santé et en les rendant plus résilients.

Orientations de l'OMS

- L'OMS recommande d'inclure le vaccin antipneumococcique conjugué dans tous les programmes de vaccination des enfants au niveau mondial.
- La vaccination des nourrissons doit commencer dès l'âge de six semaines, soit selon un calendrier à trois doses, administré en deux doses principales plus une dose de rappel ou trois doses principales sans rappel.
- Au moment de l'introduction du vaccin antipneumococcique conjugué, une vaccination de rattrapage ciblant les enfants âgés d'un à cinq ans est recommandée pour accélérer la réduction de la maladie, en particulier dans les contextes où la charge de morbidité et la mortalité sont élevées.
- Le Plan d'action mondial intégré de l'OMS et l'UNICEF pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée souligne que l'utilisation de vaccins antipneumococciques doit faire partie d'une stratégie complète et intégrée associée à d'autres interventions connexes, comme le traitement de réhydratation par voie orale, l'allaitement exclusif, l'apport de zinc, les améliorations liées à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène, ou encore l'alimentation correcte.
- Les pays aux programmes de vaccination matures pour le vaccin antipneumococcique conjugué et ayant atteint des niveaux adaptés d'immunité collective peuvent envisager deux stratégies économiques : (i) utiliser un calendrier à doses réduites (1 dose principale + 1 dose de rappel) ; ou (ii) utiliser une dose fractionnée à 40 % de vaccin pneumococcique conjugué 13-valent (ou PCV13, le seul produit pour lequel des données probantes soutiennent l'utilisation de doses fractionnées).
- L'OMS recommande l'introduction de tout vaccin antipneumococcique conjugué qu'il a préqualifié, administré de manière à assurer une couverture élevée chez les nourrissons pour

lutter contre les infections invasives à pneumocoques de type vaccinal et réduire l'incidence de la pneumonie à pneumocoques chez l'enfant.

Informations complémentaires :

- Informations de l'OMS sur le vaccin antipneumococcique : https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/pneumonia
- Note de synthèse de l'OMS : vaccins antipneumococciques conjugués chez les nourrissons et les enfants de <5 ans – septembre 2025 : https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2cce44bc-af0b-4103-9048-54353f7d7ba1/content
- Considérations relatives au choix du vaccin antipneumococcique conjugué : https://iris.who.int/items/4d8b91ea-2c30-497b-8f38-f45daea57016

Étendue du soutien de Gavi

- Le vaccin antipneumococcique conjugué est soutenu par le budget vaccinal **garanti**. Les calculs du budget reposent sur l'adoption de produits à moindre coût.
- Gavi soutient l'introduction du vaccin antipneumococcique conjugué dans les calendriers de vaccination systématique, à la fois en **vaccination systématique par cohorte uniquement** (vaccination des enfants de moins de 12 mois selon un calendrier adapté recommandé par l'OMS) et en **vaccination systématique par cohorte + vaccination de rattrapage** (vaccination des enfants de moins de 12 mois et campagne de vaccination de rattrapage ciblant les enfants de 1 à 5 ans au moment de l'introduction).
- Pour les pays disposant déjà de programmes de vaccination avec le vaccin antipneumococcique conjugué, Gavi apporte son soutien à leur optimisation, ce qui peut inclure de changer de produit de vaccination ou de calendrier. Dans le cadre de la préparation de la demande, il est recommandé d'identifier au moins deux produits.
- Les pays peuvent opter pour une introduction échelonnée, une campagne de rattrapage échelonnée ou une combinaison des deux, selon leur contexte et leurs capacités.

Exigences spécifiques pour la demande de financement

- Pour choisir leur produit, les pays doivent tenir compte des caractéristiques programmatiques, de l'offre de vaccins, du prix des vaccins, de la prévalence locale ou régionale des sérotypes inclus dans les vaccins et de la résistance aux antimicrobiens parmi les sérotypes inclus dans les vaccins.
- Pour les pays n'ayant pas encore introduit le vaccin antipneumococcique conjugué, le choix du calendrier doit prendre en compte les aspects programmatiques et opérationnels, notamment le respect des échéances de vaccination, la couverture attendue à la troisième dose, et les schémas de répartition de l'infection à pneumocoque selon l'âge, s'ils sont connus.
- Une fois un programme instauré, le changement de calendrier n'est recommandé que si un ou plusieurs facteurs ayant dicté le choix du calendrier original évoluent notablement, et ceux-ci doivent être clairement exprimés.
- Les pays en phase catalytique sont éligibles au soutien suivant :
    - Soutien à l'introduction du vaccin antipneumococcique conjugué par le biais d'un soutien à la vaccination couvrant 50 % de la cohorte cible de la vaccination systématique. Ces pays ne sont pas éligibles au financement de la vaccination de rattrapage.

- Soutien à l'optimisation du programme de vaccination existant avec le vaccin antipneumococcique conjugué, si les pays disposent déjà d'un tel programme.
- Pour plus de détails, voir l'annexe 8 – Domaines soutenus à la phase catalytique.

Considérations particulières sur le cofinancement

- Les pays en autofinancement initial cofinancent leurs vaccins antipneumococciques conjugués administrés dans le cadre de la vaccination systématique à hauteur de 7 % du prix du vaccin. Pour les pays à d'autres stades de la transition, la politique de cofinancement habituelle s'applique.
- La politique de cofinancement des campagnes s'applique aux doses utilisées pour les campagnes de rattrapage.

Liens utiles

- Profil des vaccins antipneumococciques conjugués (VPC) financés par Gavi pour soutenir le processus national de prise de décisions : https://www.gavi.org/sites/default/files/document/2020/Gavi-PCV-vaccines-profiles-2020-FR.pdf
- Calculateur du coût du vaccin pneumococcique conjugué pour les pays éligibles au soutien de Gavi : https://www.path.org/our-impact/resources/pneumococcal-conjugate-vaccine-cost-calculator/
- Introduction du vaccin antipneumococcique : manuel à l'intention du personnel des districts et des établissements de santé : PCV13, PCV10
- Recommandation du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination concernant les vaccins injectables multiples au cours de la même visite de vaccination : https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_Docs_Ppt_Apr2015/5_session_multiple_injectable_vaccines/Apr2015_session5_multiple_inj_vaccines.pdf
- Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée : https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241505239

Vaccin inactivé contre la poliomyélite (VPI)

Le vaccin antipoliomyélitique inactivé protège contre la poliomyélite, une maladie virale invalidante et potentiellement fatale. Élément central de la stratégie d'éradication mondiale de la poliomyélite, il assure la protection des enfants contre la paralysie tout en contribuant au retrait graduel et basé sur le risque des vaccins antipoliomyélitiques oraux à mesure que les objectifs d'éradication mondiale sont atteints.

Orientations de l'OMS

- L'OMS recommande d'introduire une seconde dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé – ou hexavalent – dans tous les pays qui administrent actuellement une dose de ce vaccin parallèlement au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent dans leurs calendriers de vaccination systématique. Les deux doses de vaccin antipoliomyélitique inactivé confèrent une immunité contre la paralysie causée par le poliovirus de type 2 et renforcent l'immunité contre les poliovirus de types 1 et 3.
- Il est recommandé d'administrer la première dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé à l'âge de 14 semaines (en même temps que la troisième dose du vaccin conjugué contre la diphtérie,

le tétanos et la coqueluche ou du vaccin pentavalent) et la deuxième dose au moins quatre mois plus tard (si possible en même temps que les autres vaccins administrés à l'âge de neuf mois). Ce calendrier, qui assure l'immunogénicité la plus élevée, peut utiliser une dose totale de vaccin antipoliomyélitique inactivé ou une dose intradermique fractionnée sans perte d'immunogénicité.

- Quel que soit le calendrier du vaccin antipoliomyélitique inactivé à deux doses choisi, l'introduction de la seconde dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé ne remplace pas la nécessité du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent là où son utilisation est recommandée. Les stratégies de vaccination contre la poliomyélite, notamment en ce qui concerne l'utilisation et le nombre de doses de vaccin antipoliomyélitique inactivé et de vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, doivent respecter les recommandations de l'OMS et les évaluations du risque épidémiologique propre à chaque pays.
- En remplacement de l'injection intramusculaire de la dose totale de vaccin antipoliomyélitique inactivé, les pays peuvent envisager d'utiliser des doses fractionnées (1/5 de la dose totale du vaccin) par voie intradermique, en tenant compte des coûts programmatiques et des implications logistiques de cette option.

Informations complémentaires :

- Vaccins antipoliomyélitiques : note de synthèse de l'OMS – juin 2022 : https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WER9725-277-300
- Orientations de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite sur les vaccins antipoliomyélitiques : https://polioeradication.org/about-polio/the-vaccines/ipv/
- Questions fréquentes sur la seconde dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé dans les programmes de vaccination systématique : https://www.gavi.org/sites/default/files/programmes-impact/support/WHO-FAQs-IPV2-ENG.pdf
- OMS : utilisation de doses fractionnées de vaccin antipoliomyélitique inactivé dans les programmes de vaccination systématique (avril 2017) : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/tables/fipv-considerations-for-decision-making-april2017.pdf

Étendue du soutien de Gavi

- Le vaccin antipoliomyélitique inactivé est soutenu par le budget vaccinal **garanti**.
- Gavi apporte son soutien à l'introduction d'une seconde dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé dans les calendriers de vaccination systématique. Le soutien s'applique uniquement au vaccin antipoliomyélitique inactivé et non au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent.
- Les pays qui introduisent le vaccin antipoliomyélitique inactivé doivent aligner leurs calendriers sur les recommandations de l'OMS et les évaluations nationales du risque de poliomyélite.

Considérations particulières sur le cofinancement

- **Pays éligibles au soutien de Gavi :** ces pays peuvent faire une demande de soutien pour passer à la seconde dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé dans la vaccination systématique sans condition de cofinancement (jusqu'à l'arrêt du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent).

- **Pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure[11] en autofinancement intégral :** début 2026, ces pays seront éligibles à un soutien pour le vaccin antipoliomyélitique inactivé (une ou deux doses). Ce soutien sera réduit de 50 % en 2027, et d'ici 2028, les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure devront financer intégralement leur programme de vaccination avec le vaccin antipoliomyélitique inactivé.
- **Les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure[12]** ne sont pas éligibles au soutien pour le vaccin antipoliomyélitique inactivé et doivent le financer intégralement.

Vaccin maternel contre le virus respiratoire syncytial chez les nourrissons

Le virus respiratoire syncytial (VRS) est une cause majeure d'infection des voies respiratoires inférieures, d'hospitalisation et de décès chez l'enfant dans le monde entier, la charge de morbidité étant la plus élevée parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Administré en une seule dose pendant le troisième trimestre de grossesse, le vaccin maternel contre le VRS renforce les anticorps déjà présents chez la mère. Ces anticorps sont transmis au nouveau-né et lui confèrent une immunité passive et une protection contre la bronchiolite et la pneumonie pendant ses premiers mois de vie, lorsque le risque de maladie grave et de décès atteint son pic.

Orientations de l'OMS

- L'OMS recommande à tous les pays d'introduire une vaccination passive, notamment par un vaccin maternel et/ou une dose d'anticorps monoclonal à longue durée d'action chez les nourrissons, pour éviter les infections sévères à VRS pendant les six premiers mois de vie. Il existe maintenant trois produits sûrs et très efficaces homologués : le vaccin maternel sur lequel se concentre actuellement le soutien de Gavi, et deux anticorps monoclonaux (le nirsevimab et le clesrovimab).
- Les pays doivent choisir entre le vaccin maternel et l'anticorps monoclonal à longue durée d'action en fonction du coût, du financement, de l'approvisionnement, de la couverture prévue et de la faisabilité de mise en œuvre au sein du système de santé existant.
- Une dose de vaccin maternel contre le VRS doit être administrée pendant le troisième trimestre de grossesse, selon le contexte local (à partir de 28 semaines de grossesse dans la plupart des contextes). Il n'y a pas d'âge gestationnel maximum, cependant le vaccin est le plus efficace lorsqu'il est administré au moins deux semaines avant l'accouchement.
- Dans les régions tropicales et subtropicales où le virus circule presque toute l'année, ou lorsque la saisonnalité n'est pas bien connue, il est recommandé de privilégier une vaccination tout au long de l'année contre le VRS.
- Le vaccin maternel contre le VRS peut être administré en même temps que d'autres vaccins recommandés pendant la grossesse, y compris le même jour sur différents sites d'injection. Les vaccins administrés plus tôt dans la grossesse (p. ex. contre le tétanos) ne doivent pas être retardés sous prétexte d'être administrés en même temps que le vaccin maternel contre le VRS.

[11] Bhoutan, Bolivie, Honduras, Inde, Kiribati, Nicaragua, Ouzbékistan, Sri Lanka, Vietnam.
[12] Arménie, Azerbaïdjan, Cuba, Géorgie, Guyane, Indonésie, Moldova, Mongolie, Ukraine.

- Le vaccin maternel contre le VRS peut être injecté lors de plusieurs grossesses successives, car un bénéfice potentiel est attendu sans risque lié à la revaccination.

Informations complémentaires :

- Note de synthèse : position de l'OMS sur la vaccination pour protéger les nourrissons contre l'infection à virus respiratoire syncytial, mai 2025 : https://www.who.int/publications/i/item/who-wer-10022-193-218

Étendue du soutien de Gavi

- Le vaccin contre le VRS est soutenu par le budget vaccinal **discrétionnaire**.
- Tous les pays éligibles au soutien de Gavi qui n'ont pas encore introduit le vaccin maternel contre le VRS dans leur calendrier de vaccination national peuvent demander le soutien de Gavi pour l'introduire.
- Une présentation du vaccin maternel contre le VRS en flacon multidose devrait être préqualifiée par l'OMS en 2026 et sera disponible au titre du soutien de Gavi. Les pays sont encouragés à intégrer dans leur demande globale le vaccin maternel contre le VRS destiné à protéger les nourrissons, l'introduction dans le pays devant intervenir à compter de 2028 seulement.

Liens utiles

- Élargir la portée de la prévention du virus respiratoire syncytial – Boîte à outils de communication : https://www.path.org/who-we-are/programs/center-for-vaccine-innovation-and-access/on-the-verge-of-rsv-disease-prevention/
- Compendium de données probantes du Groupe technique consultatif national sur la vaccination : https://www.nitag-resource.org/compendium/rsv
- Guide de l'OMS pour la mise en œuvre du vaccin maternel contre le VRS (attendu courant 2026)
- Préparation nationale à la vaccination maternelle : liste de contrôle https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8641584/pdf/KHVI_16_1750248.pdf https://www.path.org/who-we-are/programs/center-for-vaccine-innovation-and-access/on-the-verge-of-rsv-disease-prevention/
- Outil adaptable d'évaluation des structures de santé pour les services de vaccination maternelle : https://www.alignmnh.org/resource/adaptable-health-facility-readiness-assessment-tool-for-maternal-immunization-services/

Vaccin antirotavirus

Le vaccin antirotavirus prévient les diarrhées et déshydratations sévères provoquées par le rotavirus, l'une des causes majeures de mortalité infantile dans le monde. La vaccination assure une forte protection durant la petite enfance, lorsque le risque est le plus élevé, et réduit les hospitalisations et les décès dus aux maladies diarrhéiques.

Orientations de l'OMS

- L'OMS recommande d'inclure les vaccins antirotavirus dans tous les programmes de vaccination nationaux, en priorité pour les pays ayant une mortalité importante liée aux gastroentérites à rotavirus.

- Le Plan d'action mondial intégré de l'OMS et l'UNICEF pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée souligne que l'utilisation de vaccins antirotavirus doit faire partie d'une stratégie complète et intégrée associée à d'autres interventions connexes, comme le traitement de réhydratation par voie orale, l'allaitement exclusif, l'apport de zinc, les améliorations liées à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène, ou encore l'alimentation correcte.

Informations complémentaires :

- Informations de l'OMS sur le vaccin antirotavirus : https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/rotavirus
- Vaccins antirotavirus : Note de synthèse de l'OMS – Juillet 2021 : https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5a3e09d8-363e-4f85-bfd1-dc3a5bf4c47f/content
- Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, octobre 2020 – Conclusions et recommandations : https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b32b220c-b36d-477a-a412-a6899044cdbf/content

Étendue du soutien de Gavi

- Le vaccin antirotavirus est soutenu par le budget vaccinal **garanti**.
- Gavi soutient l'introduction du vaccin antirotavirus dans le calendrier de vaccination systématique pour les enfants de moins de 12 mois.
- Gavi apporte son soutien pour deux vaccins antirotavirus oraux : le vaccin monovalent et le vaccin pentavalent.
    - Vaccin monovalent : l'OMS recommande un calendrier à deux doses, administrées par voie orale en même temps que les doses 1 et 2 du vaccin conjugué contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, avec au moins quatre semaines d'intervalle entre les doses.
    - Vaccin pentavalent : l'OMS recommande un calendrier à trois doses, administrées par voie orale en même temps que les doses 1, 2 et 3 du vaccin conjugué contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, avec au moins quatre semaines d'intervalle entre les doses.
    - La première dose de chaque vaccin doit être administrée dès que possible après l'âge de six semaines pour assurer la protection avant une infection naturelle par le rotavirus.
- Le soutien est fourni selon le vaccin choisi, soit pour le calendrier à deux doses avec le vaccin monovalent, soit pour le calendrier à trois doses avec le vaccin pentavalent.
- Pour les pays disposant déjà de programmes de vaccination avec le vaccin antirotavirus, Gavi apporte son soutien à leur optimisation, ce qui peut inclure de changer de produit de vaccination. Dans le cadre de la préparation de la demande, il est recommandé d'identifier au moins deux produits.
- En cas de rupture d'approvisionnement en vaccins antirotavirus au niveau mondial, Gavi soutient les pays dans la mise en œuvre des changements obligatoires de produits en couvrant la différence de coût entre les vaccins et en finançant les activités liées à ce changement et/ou les activités de rattrapage associées.
- Les pays en phase catalytique sont éligibles au soutien suivant :
    - Soutien à l'introduction du vaccin antirotavirus par le biais d'un soutien à la vaccination couvrant 50 % de la cohorte cible de la vaccination systématique.
    - Soutien à l'optimisation du programme de vaccination existant contre le rotavirus, si les pays disposent déjà d'un tel programme.
    - Pour plus de détails, voir l'annexe 8 – Domaines soutenus à la phase catalytique.

Liens utiles

Calculateur du coût du vaccin antirotavirus pour les pays éligibles au soutien de Gavi : https://www.path.org/our-impact/resources/rotavirus-vaccine-cost-calculator/

Vaccin conjugué contre la fièvre typhoïde (VTC)

Le vaccin antityphoïdique conjugué protège contre la fièvre typhoïde causée par Salmonella typhi*, une maladie bactérienne potentiellement mortelle transmise par l'ingestion d'eau et d'aliments contaminés. La fièvre typhoïde demeure un problème de santé publique majeur, avec une charge de morbidité toujours élevée en Afrique subsaharienne, en Asie et en Océanie. On observe aussi une augmentation rapide de l'émergence et de la transmission de souches de* S. typhi *résistantes aux antimicrobiens. Très efficace et économique, le vaccin antityphoïdique conjugué ne nécessite qu'une seule dose selon les orientations actuelles de l'OMS, et offre une protection précoce dans les environnements à forte charge de morbidité. Il réduit la résistance aux antimicrobiens en évitant l'infection, ce qui diminue aussi le recours aux antibiotiques et apporte une protection contre les souches potentiellement impossibles à traiter. Il renforce ainsi l'équité en matière de santé en protégeant les enfants des communautés à haut risque mal desservies.*

Orientations de l'OMS

- En primovaccination, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination recommande une dose unique du vaccin antityphoïdique conjugué administrée entre 9 et 24 mois dans les contextes où la typhoïde est endémique. Cependant, dans certains de ces contextes, la première dose pourra être administrée jusqu'à l'âge de cinq ans. Les décisions concernant l'âge de la première injection, la population ciblée, ainsi que la stratégie de distribution à adopter pour la vaccination systématique et de rattrapage doivent reposer sur l'épidémiologie locale de la fièvre typhoïde et sur d'autres aspects propres au programme. Le vaccin a reçu l'autorisation réglementaire d'être utilisé chez les personnes âgées de moins de 65 ans dans les régions où la typhoïde est endémique.
- **Vaccination systématique :** l'introduction du vaccin antityphoïdique conjugué dans la vaccination systématique doit être prioritaire pour lutter contre la fièvre typhoïde dans les pays les plus fortement touchés par la maladie, ou présentant une charge élevée de souches de *S. typhi* résistantes aux antimicrobiens. L'administration est recommandée entre 9 et 24 mois, ou jusqu'à l'âge de 5 ans dans certains cas, conformément aux recommandations du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination évoquées ci-dessus.
- **Campagnes de rattrapage :** la vaccination de rattrapage avec le vaccin antityphoïdique conjugué jusqu'à l'âge de 15 ans est recommandée lorsqu'elle est possible et étayée par des données épidémiologiques. Il est à noter que la charge de morbidité et la faisabilité programmatique sont plus importantes dans cette tranche d'âge que chez les adultes.
- Les expériences et l'impact des différentes stratégies de vaccination, ainsi que l'intégration avec les interventions en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène ou d'autres interventions, doivent faire l'objet d'un suivi et être documentés afin de favoriser l'amélioration continue de la lutte contre la fièvre typhoïde.

Informations complémentaires :

- Vaccins antityphoïdiques : note de synthèse de l'OMS – mars 2018 : https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/78472e52-a4f4-483f-90da-15d5c1110dfc/content
- Orientations de l'OMS sur l'administration conjointe du vaccin antityphoïdique et des vaccins antirougeoleux : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/multiple-injections/coadministration_of_tcv_with_mcv_15aug2018.pdf?sfvrsn=ff9f92df_7#:~:text=WHO%20encourages%20routine%20programmatic%20administration,the%20second%20year%20of%20life

Étendue du soutien de Gavi

- Le vaccin antityphoïdique conjugué est soutenu par le budget vaccinal **discrétionnaire**.
- Gavi soutient les vaccins antityphoïdiques conjugués en une seule dose préqualifiés par l'OMS utilisés à la fois dans la vaccination systématique et dans les campagnes ponctuelles, là où la charge de la fièvre typhoïde est documentée.
- **Vaccination systématique :** en dose unique entre neuf mois et moins de cinq ans, conformément aux orientations de l'OMS évoquées ci-dessus.
- **Campagne ponctuelle :** en ciblant les enfants âgés de 9 mois à moins de 15 ans dans les régions fortement touchées, selon l'outil d'évaluation du risque et de la charge de morbidité de la fièvre typhoïde et les données de surveillance (charge de morbidité de *S. typhi*, répartition selon l'âge, résistance antimicrobienne) et en tenant compte du ciblage infranational. Voir les exigences ci-dessous.
- En cas de ressources budgétaires limitées, les pays peuvent choisir d'introduire le vaccin antityphoïdique conjugué dans la vaccination systématique dans un premier temps, tout en mobilisant des ressources pour la campagne de rattrapage, qui pourra être mise en œuvre ultérieurement.
- Les pays sont encouragés à mettre en place une surveillance systématique fonctionnelle sur la fièvre typhoïde et l'impact du vaccin.

Exigences spécifiques pour la demande de financement

- **Exigences :** les pays sont tenus de fournir toutes les données nationales disponibles sur la charge de *S. Typhi*. Ces données pourront concerner : (i) la confirmation des cas de *S. Typhi* par hémoculture et test moléculaire en laboratoire, (ii) les cas de perforation intestinale due à la fièvre typhoïde, (iii) les flambées épidémiques de fièvre typhoïde confirmées et (iv) les schémas de résistance antimicrobienne. Dans la mesure du possible, les données doivent être ventilées par tranche d'âge. Pour plus d'informations, consulter les Directives sur les données antityphoïdiques pour les demandes à Gavi dont le lien se trouve ci-dessous.
- **Recommandation :** les pays peuvent envisager d'utiliser l'outil d'évaluation de la charge de morbidité et des risques liés à la typhoïde (BRAT) pour examiner et rassembler leurs données sur la charge de morbidité liée à la typhoïde.

Liens utiles

- Évaluation de la charge de morbidité et des risques liés à la typhoïde (BRAT) – ressources techniques : https://www.technet-21.org/fr/ressources/outil/burden-and-risk-assessment-of-typhoid-brat-a-methodology-for-countries-to-assess-available-data-on-the-burden-and-risk-of-typhoid-fever

- Directives sur les données antityphoïdiques pour les demandes à Gavi : https://www.gavi.org/sites/default/files/support/Typhoid-data-guidance-for-Gavi-application_FR.pdf

Vaccin contre la fièvre jaune

Le vaccin contre la fièvre jaune permet de prévenir la fièvre jaune, une maladie virale transmise par les moustiques. Potentiellement mortelle, elle est endémique dans certaines régions d'Afrique et d'Amérique du Sud. Une seule dose du vaccin fournit une protection permanente et joue un rôle essentiel pour prévenir les flambées épidémiques et contribuer à la sécurité sanitaire mondiale.

Orientations de l'OMS

- La vaccination systématique contre la fièvre jaune est recommandée chez les enfants âgés de 9 à 12 mois, en même temps que le vaccin antirougeoleux, dans les pays où la fièvre jaune est endémique.
- **Campagnes de vaccination préventive de masse :** les campagnes à l'échelle nationale qui ciblent toutes les populations à risque âgées de plus de 9 mois sont recommandées dans les pays à haut risque où la fièvre jaune est endémique.
- En cas de faible couverture vaccinale systématique et de déficits d'immunité, les **campagnes de vaccination ciblées** sont recommandées pour le rattrapage parmi les niches ou les cohortes sous-vaccinées. Elles doivent cibler les tranches d'âge ou les zones géographiques où la faible immunité de la population est documentée.
- L'administration fractionnée peut être utilisée pour économiser les doses dans le cadre d'une riposte à une flambée épidémique.

Informations complémentaires :

- Note de synthèse : position de l'OMS sur les vaccins et la vaccination contre la fièvre jaune, juin 2013 : https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ab5cbc3-86bd-4e69-94bf-b859f365e75b/content
- Vaccin contre la fièvre jaune : Position de l'OMS sur l'utilisation de doses fractionnées – juin 2017 : https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7df7a244-fa68-4c3c-b702-9359e21b3d3f/content
- Stratégie mondiale pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune (stratégie EYE) 2017-2026 : https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241513661

Étendue du soutien de Gavi

- La vaccination systématique contre la fièvre jaune est soutenue par le budget vaccinal **garanti**, et les campagnes contre la fièvre jaune par le budget vaccinal **discrétionnaire**.
- Gavi apporte son soutien uniquement aux pays à haut risque (selon le classement annuel de la stratégie mondiale pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune, ou stratégie EYE).
- Gavi soutient l'introduction du vaccin contre la fièvre jaune dans la vaccination systématique des pays à haut risque (pour les pays qui ne l'ont pas encore mis en œuvre).
- Gavi soutient également une campagne de vaccination préventive de masse ponctuelle ciblant les sujets âgés de 9 mois à moins de 60 ans dans les zones à haut risque des pays à haut risque. Les campagnes peuvent s'effectuer à l'échelle nationale ou infranationale, selon les données épidémiologiques, le niveau de risque et la marge de manœuvre budgétaire. Les campagnes peuvent être échelonnées sur plusieurs années. Bien que la stratégie optimale en matière de prévention consiste à mener une campagne au moment de l'introduction du vaccin contre la fièvre jaune dans la vaccination systématique, compte tenu des ressources

budgétaires limitées, les pays peuvent choisir de recourir uniquement à la vaccination systématique, et ils resteront éligibles à un soutien supplémentaire à l'avenir, si les ressources disponibles (de Gavi et du pays) le permettent.

- Dans les pays à haut risque ayant mené une campagne de vaccination préventive de masse plus de 10 ans auparavant et où les données épidémiologiques le justifient, Gavi soutient les campagnes de rattrapage ponctuelles qui ciblent les régions infranationales et/ou certaines tranches d'âge en fonction des analyses des déficits d'immunité et des causes profondes (campagnes de vaccinations ciblées).
- **Administration fractionnée :** le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination de l'OMS doit examiner les données probantes concernant l'administration fractionnée pour les campagnes préventives au cours du troisième trimestre de 2026 (pour étendre la recommandation existante sur l'utilisation de doses fractionnées comme stratégie d'économie des doses lors de la riposte aux flambées épidémiques). L'administration fractionnée permet de réduire la dose individuelle de 0,5 ml à 0,1 ml, ce qui pourrait diminuer le coût par personne totalement vaccinée de 75 % environ (en attente d'une modélisation complète des coûts, données basées sur la réduction des doses de vaccin). Dans l'attente de cette recommandation, les pays sont encouragés à envisager l'administration fractionnée dans les campagnes de vaccination préventive de masse et les campagnes de vaccination ciblées comme un moyen d'étendre la portée de la campagne pour un coût significativement moindre.

Exigences spécifiques pour la demande de financement

- **Campagnes de vaccination préventive de masse (facultatives) :** au titre du budget vaccinal, il pourra être nécessaire de cibler davantage les campagnes dans les zones à haut et très haut risque afin de s'adapter au budget discrétionnaire. La classification du risque évalué au niveau des districts pourra servir de point de départ pour sélectionner les régions infranationales à inclure dans le champ d'application de la campagne.
- **Campagnes de vaccination ciblées :** pour les pays demandant un soutien pour les campagnes de rattrapage ciblées, fournir une justification épidémiologique (p. ex. à l'aide de l'outil d'évaluation des déficits d'immunité, ou d'autres justifications d'après les niveaux de couverture et les données de surveillance antérieurs).

Produits de diagnostic de la fièvre jaune

Les produits de diagnostic de la fièvre jaune renforcent les capacités des laboratoires des pays afin de fournir une confirmation rapide et fiable des cas et une confirmation précoce des flambées épidémiques et d'assurer la surveillance des lacunes de la vaccination systématique dans les pays à haut risque (selon le classement annuel de la stratégie EYE). Ils permettent de veiller à l'utilisation efficace des vaccins contre la fièvre jaune, surtout dans le cadre d'une riposte aux flambées épidémiques et lors des campagnes de prévention menées selon la stratégie EYE.

Orientations de l'OMS

- L'OMS et la stratégie pour l'élimination de la fièvre jaune (*Eliminate Yellow Fever Epidemics*, *ou EYE*) recommandent un algorithme de dépistage afin d'assurer la surveillance systématique et le suivi des flambées épidémiques (voir le lien ci-dessous), qui pourraient éclairer les stratégies de prévention et de riposte aux flambées épidémiques :
    - Tests moléculaires (PCR en temps réel) quand la survenue de la maladie fébrile remonte à 14 jours ou moins.

    - Tests rapides d'anticorps IgM de la fièvre jaune/tests à flux latéral dans le cadre d'une stratégie de dépistage en série et/ou comme outils supplémentaires pour le dépistage initial sur le terrain.
    - Tests ELISA d'anticorps IgM de la fièvre jaune pour dépister les infections aiguës.
- Le dépistage de la fièvre jaune doit être effectué dans les laboratoires de référence nationaux ou infranationaux membres du Réseau mondial de laboratoires de la fièvre jaune (GYFLaN) coordonné par l'OMS. Ces laboratoires doivent respecter les critères de performances définis par l'OMS et adhérer strictement à l'algorithme de dépistage de surveillance approuvé par le ministère de la Santé.

Étendue du soutien de Gavi

- Le soutien aux produits de diagnostic de la fièvre jaune **ne relève pas** du budget vaccinal ni du budget en espèces de Gavi.
- Gavi apporte son soutien pour l'achat de produits de diagnostic aux pays à haut risque (selon le classement annuel de la stratégie EYE). Le soutien au dépistage de surveillance en laboratoire ne porte pas sur l'ensemble de la population et doit se concentrer sur les pays où les systèmes nationaux de surveillance identifient au moins 50 cas suspects de fièvre jaune par an qui sont orientés vers un laboratoire pour y subir des tests.
- Le soutien est uniquement fourni aux laboratoires de référence de santé publique nationaux ou infranationaux membres du Réseau mondial de laboratoires de la fièvre jaune de l'OMS et qui adhèrent aux algorithmes de dépistage recommandés.
- Gavi soutient l'achat des tests moléculaires pour la fièvre jaune (PCR), des tests ELISA d'anticorps IgM de la fièvre jaune et des tests rapides d'anticorps IgM de la fièvre jaune. Gavi fournit également des consommables périssables (microplaques ELISA, pointes de pipettes, réactifs d'extraction d'ARN pour PCR, tubes, papier buvard pour gouttes de sang séché, etc.), selon les recommandations de l'OMS.

Exigences spécifiques pour la demande de financement

Contexte et justification

- La candidature doit décrire les données épidémiologiques récentes sur la fièvre jaune, les performances en matière de surveillance et les lacunes dans les capacités de dépistage de surveillance en laboratoire.
- La justification doit établir un lien entre l'amélioration des capacités de dépistage de surveillance en laboratoire et l'accélération de l'identification et de la confirmation des cas, l'accélération de la confirmation des flambées épidémiques, la réduction des campagnes rendues inutiles, et l'utilisation plus efficace des vaccins, en alignement avec les cibles fixées par l'OMS/la stratégie EYE.

Populations cibles et dépistage

- Le dépistage doit couvrir les cas suspectés issus de la surveillance nationale, en mettant l'accent sur les zones à haut risque et à risque modéré identifiées par l'OMS dans le cadre de la stratégie EYE.

Stratégies de distribution, mise en œuvre et équité

- Les pays doivent détailler la logistique d'importation, de stockage et de distribution des tests dans les laboratoires de dépistage.

- L'équité doit être prise en compte en assurant une couverture nationale dans les zones à haut risque et en établissant des systèmes d'orientation des sites périphériques aux laboratoires de référence.

Coordination et intégration dans d'autres programmes

- Le soutien aux produits de diagnostic de la fièvre jaune doit être intégré dans les programmes de vaccination nationaux, la plateforme IDSR, l'assistance technique coordonnée (en soutien à la formation) et le suivi des performances au moyen d'une assurance et d'un contrôle de la qualité, d'un panel de performance et d'évaluations des laboratoires.

Gestion des données et rapports programmatiques

- Les pays doivent établir des rapports hebdomadaires sur les données des laboratoires, y compris le nombre de cas suspectés, le nombre de cas testés (total et par méthode de test – test rapide des anticorps IgM, test ELISA des anticorps IgM, PCR quantitative en temps réel), le nombre de cas associés à au moins un résultat positif (total et par méthode de test), le nombre de cas de fièvre jaune confirmés en laboratoire (selon l'algorithme de confirmation du GYFLaN), le nombre de cas positifs probables pour les anticorps IgM de la fièvre jaune lorsqu'une infection par la fièvre jaune récente a été exclue à la suite d'un dépistage confirmatoire et différentiel (conformément à l'algorithme du GYFLaN et aux modèles de l'OMS et du GYFLaN), et les transmettre à l'OMS par ses canaux.

Considérations particulières sur le cofinancement

À l'heure actuelle, Gavi n'impose pas d'obligation de cofinancement pour le soutien aux produits de diagnostic de la fièvre jaune.

Liens utiles

- Stratégie mondiale pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune (stratégie EYE) 2017-2026 : https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241513661
- Fiche d'information de l'OMS sur la fièvre jaune : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/yellow-fever
- Manuel de laboratoire pour la fièvre jaune : https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240084476
- Orientations de mise en œuvre sur l'utilisation des tests de diagnostic de la fièvre jaune dans le cadre de la surveillance : https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240082519
- Boîte à outils pour les flambées épidémiques de fièvre jaune : https://www.who.int/emergencies/outbreak-toolkit/disease-outbreak-toolboxes/yellow-fever-outbreak-toolbox
- Stratégie d'élimination de la fièvre jaune – Informations destinées aux laboratoires (EYE LABS) : https://www.technet-21.org/fr/eye-labs
- Bulletin technique sur les tests de surveillance de la fièvre jaune – Novembre 2024 : https://www.unicef.org/supply/media/22831/file/Technical-Bulletin-Yellow-Fever-Surveillance-Assays-Nov2024.pdf

Annexe 4 : Domaines d'investissement de la stratégie pour les systèmes de santé

La **stratégie pour les systèmes de santé (2026-2030)** de Gavi poursuit deux objectifs, à savoir rendre les programmes de vaccination plus équitables et plus durables. Elle entend aider les pays à atteindre et à vacciner complètement les enfants zéro dose et sous-vaccinés, à préserver les acquis en matière de couverture et à renforcer les capacités institutionnelles, opérationnelles et financières nécessaires au maintien de programmes de vaccination solides et résilients dans la durée. Guidée par une approche des soins de santé primaires, la stratégie se concentre sur huit domaines d'investissement détaillés dans cette annexe, et promeut l'innovation, des partenariats plus solides, un soutien adapté aux pays et un apprentissage et une redevabilité améliorés pour maximiser l'impact des investissements de Gavi.

Les deux objectifs de la stratégie pour les systèmes de santé sont les suivants :

- **Durabilité :** la durabilité et la différenciation sont des principes fondamentaux de la stratégie pour les systèmes de santé de Gavi. La stratégie promeut la **durabilité programmatique** en renforçant les systèmes, les capacités et le financement dont les pays ont besoin pour maintenir des services de vaccination équitables après s'être affranchis du soutien de Gavi. Parallèlement, elle adopte la **différenciation** en adaptant le soutien de Gavi au contexte, aux difficultés et aux besoins de chaque pays, en reconnaissant que les parcours vers des programmes de vaccination plus solides et plus durables varieront selon les environnements.
- **Équité** : l'équité est un objectif fondamental de la stratégie pour les systèmes de santé de Gavi qui se révèle particulièrement important dans Gavi 6.0, alors que les pays devront faire des choix plus pointus avec des ressources plus limitées. Une programmation équitable contribue à garantir qu'un financement limité est dirigé vers les enfants, les communautés et les goulets d'étranglement touchant les services où il peut avoir l'impact le plus marqué sur la vaccination. Cela implique d'utiliser les données probantes sur les enfants zéro dose et sous-vaccinés, les communautés négligées, les déficits de performance, les obstacles liés au genre et les autres obstacles à l'accès pour décider où et comment investir. Les pays doivent consulter cette annexe parallèlement au guide sur l'équité de Gavi pour identifier les populations qui échappent à la vaccination et comprendre pourquoi, sélectionner des approches différenciées et (lorsque cela est utile) intégrées, vérifier si les populations prioritaires sont atteintes et adapter les investissements au moyen d'examens des programmes en vue de gains durables en termes d'équité.

Pour étayer cette différenciation, l'annexe propose à titre d'exemples des activités couvrant le continuum de transition de Gavi dont les pays pourront envisager la mise en œuvre, en mettant davantage l'accent sur les activités catalytiques et axées sur la durabilité à mesure que la transition approche. Les rubriques « La transition en bref » et les exemples d'activités présentés pour chacun des huit domaines d'investissement sont plutôt des propositions que des activités assignées exclusivement aux pays en fonction de la phase de transition dans laquelle ils se trouvent. **Ils ne sont pas prescriptifs et ne doivent pas être interprétés comme des catégories fixes ou comme une séquence standard que chaque pays doit suivre.** Les pays doivent sélectionner et adapter les investissements en fonction de leur contexte, notamment la maturité et les performances des sous-systèmes pertinents du système de santé, les goulets d'étranglement identifiés, les capacités de mise en œuvre, les priorités nationales et les ressources nationales et externes disponibles. Un pays peut donc s'inspirer des exemples associés aux différentes phases de transition qui sont pertinents pour

ses besoins. La phase de la transition peut être particulièrement importante pour certaines considérations relatives à la durabilité et au financement, notamment dans les pays en transition accélérée, mais ce n'est qu'un des facteurs qui éclairent les choix en matière d'investissement.

Cette annexe est un outil de référence pratique pour l'utilisation des huit domaines d'investissement de la stratégie pour les systèmes de santé pendant la conception, l'examen et la priorisation des demandes. Elle décrit les principales priorités, donne des exemples d'activités éligibles pendant le processus de transition, met en évidence ce qui peut nécessiter d'être adapté dans les contextes fragiles et humanitaires, et précise quelles activités ne seront pas financées par Gavi. La rubrique « La transition en bref », au début de chaque domaine d'investissement, présente les grandes lignes d'une transition réussie, c'est-à-dire comment pérenniser les progrès au terme du soutien de Gavi. Les activités jugées particulièrement pertinentes pour le succès de la transition et qui sont souvent négligées sont mises en évidence ci-dessous, comme ceci.

Sauf indication contraire, les activités inéligibles recensées sous « Tous contextes » s'appliquent à tous les pays, y compris aux contextes fragiles et humanitaires. Les activités inéligibles supplémentaires spécifiques au contexte sont répertoriées séparément lorsque cela est pertinent.

1. Prestation de services

Les stratégies de prestation de services spécifiques au contexte et durables aident les pays à atteindre les enfants zéro dose, les populations sous-vaccinées et les communautés négligées. Le soutien de Gavi devra renforcer une prestation de services équitable, fondée sur des données probantes, hiérarchisée, intégrée et résiliente au moyen de la vaccination systématique, de campagnes et d'activités de rattrapage, avec des liens plus solides avec les systèmes de soins de santé primaires, la continuité des soins et les modèles de prestation publics.

La transition en bref

AI	TP	TA
Mettre en place et tester des approches de prestation fiables qui atteignent les enfants zéro dose, les populations sous-vaccinées et les communautés négligées tout en identifiant les modèles réalisables et les plus efficaces selon le contexte.	**Inscrire les approches de prestation éprouvées dans les systèmes réguliers, en les intégrant** dans les processus de soins de santé primaires, de microplanification, de supervision, d'orientation, de proximité/rattrapage et de redevabilité.	**Pérenniser une prestation équitable** au moyen des systèmes publics, d'un financement régulier, des examens des programmes et d'une adaptation à l'évolution des besoins.

Structure des interventions phares

Les trois interventions phares renforcent différentes parties de la prestation de services et seront mises en œuvre en tenant compte des obstacles nationaux et infranationaux. Ensemble, elles aident les pays à atteindre les enfants zéro dose, les populations sous-vaccinées et les communautés négligées au moyen de modèles durables pour la vaccination et la prestation de soins de santé primaires.

- **L'intervention phare 1.1** intègre la vaccination aux soins de santé primaires et à d'autres plateformes de services au dernier kilomètre, en mettant l'accent sur les enfants zéro dose et les communautés négligées.
- **L'intervention phare 1.2** améliore la qualité du service et l'expérience des personnes soignantes aux points de contact de la vaccination pour réduire le taux d'abandon et encourager les rendez-vous de suivi.
- **L'intervention phare 1.3** renforce la microplanification, le rattrapage et une prestation flexible pour atteindre les enfants non vaccinés et sous-vaccinés, y compris dans les groupes d'âge plus élevé.
-

Intervention phare 1.1 : Accélérer l'intégration de la vaccination et d'autres soins de santé primaires au dernier kilomètre, en accordant la priorité aux enfants zéro dose et aux communautés négligées.

L'intervention phare 1.1 pose la question *« Comment les enfants accèdent-ils au système ? »* et apporte des réponses.

Cette intervention phare intègre la vaccination aux soins de santé primaires et aux autres services pertinents. Elle vise à améliorer l'accès, à limiter les occasions manquées et à renforcer la continuité des soins pour les enfants zéro dose, les populations sous-vaccinées et les communautés négligées. Les approches de prestation intégrée doivent être sélectionnées sur la base de données probantes locales indiquant pourquoi des enfants manquent à l'appel (p. ex. obstacles à l'accès, disponibilité des services, contraintes des personnes soignantes, manque de confiance, obstacles liés au genre, qualité des soins ou faiblesse des systèmes d'orientation et de suivi).

AI	TP	TA
Intégration des services : Assurer la vaccination dans le cadre des services de soins de santé primaires (p. ex. nutrition, supplémentation en vitamine A, déparasitage, suivi de la croissance, soins prénatals et postnatals, santé de l'enfant et santé scolaire), lorsque cela est approprié et possible.	Inclure des paquets de services intégrés approuvés dans les plans de prestation de soins de santé primaires ainsi que des microplans au niveau des districts, avec des parcours clairs d'orientation et de suivi s'appuyant sur la supervision, les budgets, les examens des performances et les processus de redevabilité existants pour gérer la mise en œuvre (voir l'intervention phare 3.4).	Pérenniser la gestion par les pouvoirs publics, l'examen des performances et l'amélioration des services intégrés de soins de santé primaires et de vaccination, notamment en évaluant périodiquement si la prestation intégrée reste équitable, efficace et réalisable.
Prestation communautaire et de proximité : Cartographier et utiliser les plateformes de soins de santé primaires, de santé de l'enfant, communautaires, éducatives, de nutrition et humanitaires et mettre en place une prestation de proximité soutenue par les agentes et agents de santé communautaires (délégation des tâches) pour identifier et atteindre les enfants qui manquent à l'appel.	Intégrer les approches de proximité efficaces et soutenues par les agentes et agents de santé communautaires et mettre en place une coordination et des parcours d'orientation entre les programmes de vaccination et de soins de santé primaires, notamment des plateformes de santé maternelle, néonatale et infantile, de nutrition, de santé scolaire et communautaires.	Renforcer les approches de prestation qui pérennisent l'accès pour les populations mal desservies, mobiles, périurbaines et difficiles à atteindre et utiliser les examens périodiques pour améliorer les approches de prestation intégrée, l'équité, l'efficacité et la continuité des soins.

AI	TP	TA
Continuité des soins/parcours de prestation de services : Utiliser les campagnes, l'intensification périodique de la vaccination systématique et les visites médicales de l'enfant pour identifier et vacciner les enfants qui manquent à l'appel.	Inclure les parcours de rattrapage, d'orientation et de suivi dans la prestation de services de routine et dans les systèmes de planification au niveau des districts.	Pérenniser et améliorer les mécanismes de rattrapage, d'orientation et de continuité des soins pour préserver les gains et éviter tout recul.
Équité et prestation tenant compte du genre : Utiliser des plateformes intégrées et de prestation conjointe et, si possible, introduire des changements concrets au niveau des services pour gérer les obstacles liés au genre comme le calendrier, la confidentialité, la sécurité, l'accessibilité et la commodité pour les personnes soignantes, en vue d'améliorer l'accès aux services prioritaires destinés aux enfants/adolescents.	Aligner les approches de proximité intégrées sur les objectifs de qualité de service et intégrer les approches de prestation sensible au genre dans les normes, les plans des districts, les modèles de prestation, la supervision et les processus d'amélioration de la qualité de routine.	Examiner et renforcer périodiquement les paquets de prestation intégrée et évaluer et gérer systématiquement les obstacles liés au genre, à l'équité et à l'inclusion au moyen de processus d'amélioration de la prestation des services.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Intégrer la vaccination dans les paquets d'interventions sanitaires d'urgence et dans les plans de riposte humanitaire proposant des services de protection et des parcours d'orientation sensibles au genre, notamment un soutien aux survivants de violences liées au genre.
- Adapter les approches de prestation de services pour améliorer la confidentialité, l'acceptabilité, la sécurité et l'accès pour les femmes et les adolescentes, les populations déplacées, les personnes migrantes, les groupes nomades, les communautés mobiles et les autres populations touchées par des crises ou exclues.
- Associer les organisations dirigées par des femmes, les réseaux de filles, les organisations de la société civile, les organisations communautaires, les organisations confessionnelles et les acteurs humanitaires à la planification, à la mise en œuvre et à la redevabilité, en particulier lorsque l'accès aux services publics est limité ou que ces services suscitent de la méfiance.
- Utiliser les structures de coordination humanitaire, notamment les groupes sectoriels de santé, pour soutenir la continuité de la prestation de services dans les situations d'urgence, en cas de déplacement, d'insécurité et pendant les périodes de reprise.
- Coordonner la prestation de services pour les populations déplacées, migrantes, nomades et pour les autres populations mobiles, notamment les mécanismes d'orientation, de traçage, de suivi et de continuité des soins, lorsque cela est possible.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Achat de produits non liés à la vaccination.
- Initiatives favorisant l'intégration, mais compromettant la qualité des services.
- Achat de véhicules sans justification et documentation adéquates. Tout pays demandant un soutien pour l'achat de véhicules doit prouver que l'achat permet de lever un obstacle clairement identifié pour atteindre les enfants zéro dose et sous-vaccinés, et doit présenter un plan de déploiement. Pour l'achat de véhicules d'un montant supérieur à 5 % du budget en espèces

consolidé ou à 500 000 dollars US (le montant le plus élevé étant retenu), les pays doivent aussi prouver qu'il existe un plan financé pour la gestion et l'entretien des véhicules.

Restrictions supplémentaires liées à la TP et à la TA

- Modèles de prestation de services qui engendrent des coûts récurrents, des dispositions liées aux effectifs ou des exigences opérationnelles sans stratégie viable pour la prise en charge, le financement ou la pérennisation par le gouvernement.

Intervention phare 1.2 : Améliorer la qualité du service pour bonifier l'expérience aux points de contact de la vaccination, et ainsi réduire les taux de non-vaccination et d'abandon et encourager les rendez-vous de suivi.

L'intervention phare 1.2 pose la question *« Comment les enfants ayant accédé au système y restent-ils ? »* et apporte des réponses.

Cette intervention phare améliore la qualité des services, l'expérience des personnes soignantes, les soins respectueux et les systèmes de suivi. Elle vise à réduire le taux d'abandon et à encourager les rendez-vous de suivi.

AI	TP	TA
Évaluation et adaptation de la qualité des services : Évaluer la qualité des services, l'expérience des personnes soignantes et les obstacles à l'accès, puis utiliser les conclusions pour améliorer les services et le suivi en adaptant les calendriers, les lieux, les paquets et les approches de prestation pour mieux répondre aux besoins des communautés.	Inclure des mesures de la qualité des services et de l'expérience des clients dans les systèmes réguliers de supervision, d'examen et de gestion en intégrant les normes de qualité dans les systèmes réguliers de prestation de services centrés sur le client.	Renforcer les systèmes réguliers d'amélioration de la qualité qui utilisent les données sur l'expérience des utilisateurs des services et le retour d'information des clients pour améliorer les performances au moyen d'examens périodiques.
Continuité des soins/gestion des clients : Introduire l'examen des occasions manquées, les fiches de santé conservées à domicile, les rappels des personnes soignantes et des mécanismes de suivi.	Intégrer la gestion des clients, les rappels, les rendez-vous et le suivi dans la prestation de services de routine.	Pérenniser et améliorer les systèmes qui réduisent le taux d'abandon et soutiennent la réalisation des calendriers de vaccination.
Innovation en matière de prestation de services : Tester les innovations en matière de conception centrée sur l'humain et de prestation de services à l'échelle locale pour améliorer l'expérience des clients et réduire les obstacles, notamment en utilisant des outils numériques de soutien des clients (SMS/serveur vocal interactif, certificats numériques) lorsque cela est approprié et viable.	Incorporer les approches de conception centrée sur l'humain aux processus d'amélioration des services de routine, notamment à l'aide d'outils numériques éprouvés pour améliorer l'expérience des utilisateurs des services.	Incorporer l'innovation continue et l'amélioration des services centrée sur l'utilisateur dans les processus des programmes réguliers et, si possible, préserver et améliorer périodiquement les outils de prestation de services numériques durables qui améliorent manifestement l'accès et l'utilisation.
Systèmes d'apprentissage en vue de la prestation de services : Nouer des partenariats avec des établissements universitaires ou des	Déployer à grande échelle des innovations fondées sur des données probantes au moyen des	Établir des mécanismes pour identifier, évaluer et adopter en continu des innovations en matière de prestation de services.

AI	TP	TA
institutions régionales ou locales pour tester, évaluer et documenter les innovations prometteuses en matière de prestation de services.	programmes et des systèmes réguliers.	
Normes et qualité du personnel : Introduire des protocoles, des outils de support et des outils de communication qui améliorent la prévisibilité et la qualité de la prestation de services.	Intégrer la communication interpersonnelle pour la vaccination dans toutes les plateformes de formation (initiale, continue et basée sur des campagnes) destinées aux agentes et agents de santé. Intégrer la communication interpersonnelle pour la vaccination dans toutes les plateformes de formation (initiale, continue et basée sur des campagnes) destinées aux agentes et agents de santé.	Renforcer les systèmes liés au personnel qui soutiennent une prestation de services de haute qualité, centrée sur les personnes.
Retour d'information et redevabilité des personnes soignantes : Recueillir le retour d'information des personnes soignantes et l'utiliser pour améliorer la qualité des services, le suivi et l'expérience des clients.	Incorporer les conclusions sur l'expérience des services aux réunions d'examen de routine et aux plans d'amélioration.	Intégrer le suivi du retour d'information des clients et de l'expérience des services dans les processus de redevabilité et d'amélioration de la qualité.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Adapter les approches d'amélioration de la qualité pour les populations souffrant d'insécurité, mobiles, déplacées et touchées par des crises.
- S'assurer que les services de vaccination restent accessibles, acceptables, sûrs et réactifs pendant les situations d'urgence et les périodes de reprise.
- Utiliser des méthodes flexibles et adaptées au contexte pour recueillir le retour d'information des personnes soignantes et évaluer la qualité des services.
- Évaluer l'accès aux services et mettre en place des mesures correctives rapidement pour gérer les interruptions de services pendant les situations d'urgence et la reprise.
- Former et soutenir les mobilisateurs et les structures communautaires locaux, notamment la communication interpersonnelle de base et les principes « Ne pas nuire ».

Activités inéligibles

Tous contextes

- Activités génériques pour la qualité des soins sans lien clair avec la prestation de services de vaccination.
- Activités qui ignorent ou renforcent les obstacles liés au genre, à l'équité, à l'inclusion ou à la protection.
- Activités de recueil de retours d'information sans lien avec l'amélioration des services.
- Construction ou réhabilitation d'un centre de santé.
- Évaluations, enquêtes ou études isolées sur la qualité des services sans lien avec les mesures correctives, les plans d'amélioration de la qualité ou les processus de gestion de routine.
- Outils numériques de soutien des clients qui ne sont pas durables, intégrés dans les systèmes réguliers ou alignés sur les stratégies de santé numérique nationales.

Intervention phare 1.3 : Renforcer la microplanification intégrée et étendre la vaccination pour atteindre les enfants zéro dose et sous-vaccinés, y compris les groupes d'âge plus élevé.

L'intervention phare 1.3 pose la question *« Comment identifions-nous les personnes que nous n'atteignons pas, et comment les atteindre ? »* et apporte des réponses.

Cette intervention phare renforce la microplanification, le rattrapage et une prestation flexible, de sorte que les pays puissent identifier, classer par ordre de priorité et atteindre plus efficacement les populations non vaccinées.

AI	TP	TA
Microplanification intégrée : Élaborer des microplans qui identifient les enfants zéro dose, les populations sous-vaccinées, les obstacles liés au genre et les communautés négligées.	Inclure la microplanification dans la planification de routine au niveau des districts, la supervision, la planification de la préparation et les systèmes d'examen.	Mettre à jour systématiquement les processus de microplanification pour soutenir l'équité, la préparation et l'amélioration des performances.
Identification et priorisation des populations : Utiliser les données sur la couverture, l'équité, la surveillance et les données communautaires pour identifier les populations mal desservies.	Utiliser systématiquement plusieurs sources de données pour donner la priorité aux populations à haut risque et mal desservies.	Renforcer l'utilisation régulière des données des programmes et de surveillance pour éviter tout recul et déterminer les mesures correctives à prendre.
Prestation ciblée : Améliorer l'accès avec des services de proximité et mobiles, des horaires élargis, une proximité périurbaine, des sites éphémères, les écoles, les marchés, les points de transit et d'autres approches ciblées.	Inclure les activités de proximité et de rattrapage, les coûts et les actions de suivi dans les plans de routine des districts et les systèmes de prestation de soins de santé primaires.	Financer, gérer et améliorer les activités de rattrapage et de proximité au moyen des budgets des districts et des examens des programmes de routine.
Prestation différenciée : Renforcer l'identification, le ciblage et le suivi des enfants qui manquent à l'appel et améliorer la continuité avec les priorités existantes en matière de vaccination.	Élargir les parcours de continuité des soins au moyen de la vaccination de rattrapage, du renforcement des plateformes de vaccination durant la deuxième année de vie, de la vaccination contre le VPH, de la santé scolaire, de la vaccination des adolescentes et des adolescents, et d'autres occasions de prestation intégrée, le cas échéant, notamment la vérification systématique du statut vaccinal, l'orientation et le suivi pour identifier et vacciner les enfants qui n'ont pas reçu toutes les doses prévues.	Pérenniser les approches de continuité des soins qui soutiennent un accès équitable, la vaccination de rattrapage et la vaccination tout au long de la vie, lorsqu'elles sont alignées sur les priorités du pays.
Ciblage géospatial : Utiliser la cartographie, l'analyse géospatiale, les outils de planification numérique, l'imagerie satellite et les données locales pour identifier et atteindre les populations non vaccinées, le cas échéant.	Intégrer des outils de planification et de ciblage éprouvés dans la planification de routine au niveau des districts, la prestation de services, la préparation et les processus d'examen.	Utiliser systématiquement les outils intégrés de planification et de ciblage pour améliorer l'efficacité des services, l'équité, la préparation et la continuité des soins.
Liens entre les campagnes et les systèmes de vaccination	Établir des liens systématiquement entre les processus de planification	Examiner et renforcer périodiquement les liens entre les

AI	TP	TA
systématique : Relier les campagnes, l'introduction de nouveaux vaccins et les activités de rattrapage aux systèmes de vaccination systématique pour renforcer la continuité des soins et le suivi.	et les campagnes, la vaccination systématique et les plateformes de prestation de soins de santé primaires.	campagnes, la prestation de services de routine, les services de soins de santé primaires et les occasions de vaccination tout au long de la vie.
Planification éclairée par la surveillance : Créer des liens entre la microplanification et les systèmes de surveillance et de préparation pour identifier les populations exposées à des flambées épidémiques, mobiles, transfrontalières et vulnérables.	Intégrer la planification éclairée par la surveillance dans les mécanismes de préparation et d'examen.	Renforcer les approches de planification renseignée par la surveillance qui améliorent la résilience, la préparation aux flambées épidémiques et la continuité des services pendant les chocs.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Mettre à jour et adapter les microplans pendant les situations d'urgence et les déplacements de population.
- Se coordonner avec les ONG, les acteurs humanitaires et les partenaires des ripostes aux situations d'urgence.
- Élaborer des approches adaptées aux populations mobiles, déplacées, migrantes, nomades, périurbaines et difficiles à atteindre.
- Adopter des approches tenant compte de la sécurité dirigées par les communautés dans les contextes d'insécurité.
- Intégrer la microplanification dans la préparation aux situations d'urgence et les efforts de riposte pour maintenir l'accès aux populations mal desservies.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Campagnes ou activités visant les enfants zéro dose sans ciblage sur l'équité, sans suivi, sans stratégies adaptées ou sans liens avec la vaccination systématique et les systèmes de soins de santé primaires.
- Activités dans des contextes fragiles qui ne s'attaquent pas de manière adéquate aux risques pour la sûreté, la sécurité ou la protection.
- Investissements dans le numérique, l'IA ou le géospatial qui ne garantissent pas la durabilité, l'appropriation par le pays, la protection de la vie privée ou l'alignement sur les stratégies nationales.
- Partenariats ne disposant pas de mécanismes de redevabilité, de protection, de suivi ou de normes minimales pour la prestation de services.
- Microplanification, ciblage ou activités visant les enfants zéro dose qui ne sont pas étayées par des données ou des éléments probants sur les populations mal desservies.

2. Gestion des ressources humaines

Pour que les programmes de vaccination soient équitables et durables, il est essentiel de disposer d'un personnel de santé qualifié, soutenu, payé et efficace. Les investissements de Gavi dans les ressources humaines pour la santé doivent se concentrer sur les pénuries de personnel qui affectent directement la vaccination et la prestation de soins de santé primaires, en particulier pour les enfants zéro dose, les populations sous-vaccinées et les communautés négligées.

À mesure qu'avance la transition, les investissements dans les ressources humaines pour la santé doivent progressivement cesser de servir à combler les pénuries urgentes pour servir plutôt à intégrer les fonctions liées au personnel dans les systèmes nationaux de ressources humaines pour la santé et de soins de santé primaires. La planification, le déploiement, la rétention, la supervision, la formation et le financement seront alignés sur les stratégies nationales et sur les institutions publiques (y compris locales), de formation, professionnelles et des partenaires.

La transition en bref

AI	TP	TA
Combler les pénuries de personnel lorsque cela est urgent tout en créant les bases pour la planification, le déploiement, la formation, la supervision et le financement.	Intégrer les fonctions liées au personnel dans les **systèmes nationaux de ressources humaines pour la santé, de soins de santé primaires, de formation, de supervision, de gestion et de financement**.	**Soutenir les performances du personnel** par le biais des systèmes publics qui financent, gèrent, soutiennent et améliorent le personnel.

Structure des interventions phares

Les quatre interventions phares couvrent des aspects complémentaires du renforcement du personnel. Ensemble, elles aident les pays à passer du comblement des déficits de personnel immédiats à l'élaboration de systèmes de gestion du personnel qui font partie des structures nationales de ressources humaines pour la santé et de soins de santé primaires et bénéficient d'une planification, d'une gestion et d'un financement publics durables.

- **L'intervention phare 2.1** est axée sur la disponibilité du personnel, notamment la planification, le recrutement, le déploiement, la rétention et le financement.
- **L'intervention phare 2.2** se concentre sur les systèmes d'agentes et d'agents de santé communautaires, notamment sur le champ de compétences, les compétences, l'intégration dans les soins de santé primaires, les parcours d'orientation et la professionnalisation.
- **L'intervention phare 2.3** se concentre sur les systèmes d'apprentissage pour le personnel, notamment les compétences, la prestation de formations, les plateformes de prestation et le développement professionnel continu.
- **L'intervention phare 2.4** est axée sur les systèmes de performance du personnel, notamment la supervision formative, la redevabilité, le retour d'information et l'amélioration continue.

Intervention phare 2.1 : Appuyer des stratégies ciblées de recrutement, de répartition et de rétention afin de combler les lacunes en matière de disponibilité du personnel de la santé dans les communautés négligées, en s'appuyant sur des politiques nationales et des plans de transition clairs.

Cette intervention phare renforce la planification, le recrutement, le déploiement, la rétention et le financement du personnel pour améliorer la disponibilité de ce dernier dans les communautés négligées. Le soutien doit s'aligner sur les stratégies nationales pour les ressources humaines pour la santé et les soins de santé primaires et inclure des plans de durabilité clairs.

Intervention phare 2.1A. Planification du personnel

AI	TP	TA
Évaluer les améliorations de la fonctionnalité du système d'information sur les ressources humaines et de la qualité des données nécessaires pour étayer les décisions de planification du personnel, puis les utiliser pour cartographier les besoins en effectifs pour la vaccination systématique, les campagnes, les activités de rattrapage, l'introduction de nouveaux vaccins et les communautés négligées.	Renforcer le système d'information sur les ressources humaines pour recueillir des données sur le déploiement, la charge de travail et le personnel de vaccination et établir des liens entre ces données et les analyses de la couverture et de la non-vaccination.	Utiliser systématiquement les données sur le système d'information sur les ressources humaines, la prestation de services et l'équité (p. ex. indicateurs sur l'équité entre les genres) pour étayer la planification, le déploiement et les décisions de financement du personnel.
Évaluer les pénuries de personnel, les inégalités de répartition, les lacunes de formation et les contraintes, notamment la répartition par sexe des agentes et agents de santé et son impact sur l'accès des foyers, puis utiliser les résultats pour améliorer les services de vaccination et de soins de santé primaires.	Intégrer la planification du personnel de vaccination dans les processus réguliers pour les ressources humaines pour la santé, les soins de santé primaires, la planification au niveau des districts et les prévisions en matière de personnel.	Mettre à jour périodiquement les plans relatifs au personnel qui reflètent l'évolution des besoins touchant les programmes, la démographie et la prestation de services.
Cartographier les besoins de personnel pour les campagnes, la riposte aux flambées épidémiques, les activités de rattrapage et l'introduction de nouveaux vaccins, puis utiliser les résultats pour planifier les effectifs et le déploiement.	Renforcer la collaboration entre les programmes essentiels de vaccination, les directions des ressources humaines, les unités de planification, les établissements de formation et les autorités infranationales, pour soutenir les décisions courantes de planification et de déploiement du personnel.	Renforcer la coordination de routine entre le ministère de la Santé, le ministère des Finances, les autorités gouvernementales locales et les établissements de formation pour pérenniser la planification du personnel et la priorisation.

Intervention phare 2.1B. Recrutement et répartition

AI	TP	TA
Déployer les agentes et agents de santé auprès des communautés zéro dose et sous-vaccinées par le biais des équipes de soins de santé primaires intégrés, du partage des tâches et du recours élargi aux agentes et agents de santé	Mettre à jour les structures des effectifs et les descriptions de poste afin d'intégrer les fonctions liées à la vaccination dans les cadres relatifs au personnel assurant les soins de santé primaires, avec une	Pérenniser les systèmes publics de déploiement du personnel qui maintiennent une dotation en personnel équitable pour les communautés mal desservies.

AI	TP	TA
communautaires, lorsque la législation l'autorise.	redevabilité et un calcul des coûts clairs.	
Déployer des personnels de renfort temporaires pour les campagnes, les tournées de rattrapage, les flambées épidémiques, les situations d'urgence et d'autres priorités en matière de vaccination, tout en maintenant les services de vaccination systématique.	Utiliser les données sur les ressources humaines pour la santé, les analyses relatives à l'équité et les besoins de prestation de services pour guider les décisions de déploiement de routine, notamment la répartition par sexe des agentes et agents de santé et son impact sur l'accès des foyers.	Examiner régulièrement la répartition du personnel pour identifier et combattre les inégalités émergentes ainsi que les lacunes de la prestation de services.
Utiliser des approches de déploiement ciblées dans les régions où les enfants zéro dose et les communautés négligées sont nombreux, en prenant en considération la répartition par sexe des agentes et agents de santé et son impact sur l'accès des foyers.	Renforcer la collaboration entre les autorités nationales et infranationales pour coordonner les décisions d'affectation du personnel.	Pérenniser les systèmes de déploiement qui soutiennent la continuité des services pendant les flambées épidémiques et les situations d'urgence et dans le cadre des évolutions démographiques.
Identifier et recruter des agentes et agents de santé qualifiés issus des communautés mal desservies, isolées, fragiles et comptant de nombreux enfants zéro dose, dans la mesure du possible.	Intégrer les approches de recrutement local dans les systèmes de planification, de recrutement et de déploiement du personnel, en collaboration avec les autorités infranationales et les établissements de formation.	Pérenniser les approches de recrutement et de déploiement ancrées localement qui améliorent la stabilité du personnel, la confiance des communautés et la continuité de la prestation de services.

Intervention phare 2.1C. Rétention et bien-être du personnel

AI	TP	TA
Pour les zones difficiles à atteindre, soutenir des paquets de mesures incitatives limitées dans le temps et approuvées au niveau national, comme les indemnités de pénibilité et l'aide au transport.	Intégrer les approches de rétention dans les systèmes plus larges de ressources humaines pour la santé, de la fonction publique et de gestion du personnel, avec des mécanismes de financement et une co-appropriation par le gouvernement clairement définis.	Pérenniser les approches de rétention intégrées dans les politiques nationales relatives au personnel et aux modalités de financement, en garantissant un financement national adéquat.
Promouvoir des conditions de travail sûres et favorables pour le personnel déployé auprès des communautés éloignées, fragiles et mal desservies.	Intégrer des politiques du personnel favorables à la vie de famille (p. ex. horaires flexibles ou mise à disposition d'un hébergement en cas de difficultés) dans les systèmes de gestion du personnel.	Examiner périodiquement les politiques de rétention et les mécanismes de soutien du personnel pour améliorer la stabilité, le bien-être et les performances du personnel.
Évaluer les obstacles liés au genre qui freinent le recrutement, le déploiement et la rétention des agentes de santé, et mettre en œuvre des mesures ciblées comme des paquets de mesures incitatives sensibles au genre.	Renforcer les politiques du personnel sensibles au genre qui s'attaquent aux obstacles qui nuisent à la rétention et à l'évolution de carrière.	Pérenniser les politiques du personnel qui soutiennent une rétention, un bien-être et un avancement équitables.

Intervention phare 2.1D. Transition, durabilité et financement du personnel

AI	TP	TA

Cartographier les postes du personnel de vaccination en fonction du rôle, du déploiement géographique, de la source de financement et des dispositions contractuelles, y compris les fonctions soutenues par les donateurs, essentielles pour les campagnes, l'introduction de nouveaux vaccins, le soutien en renfort et la mise en œuvre des programmes de vaccination systématique.	Élaborer des plans de transition pour les fonctions du personnel bénéficiant d'un soutien externe et prévoir les conséquences à long terme pour le budget national, avec des jalons et un financement public définis pour les engagements attendus.	Mettre en œuvre et suivre systématiquement les progrès sur les feuilles de route de la transition qui transfèrent les postes soutenus par Gavi vers la masse salariale et les systèmes publics (y compris le suivi régulier de l'avancement du transfert).
Évaluer les besoins de financement du personnel pour les priorités en matière de vaccination et la croissance future des programmes, puis utiliser les résultats pour la budgétisation et la planification de la durabilité.	Renforcer la collaboration entre le ministère de la Santé, le ministère des Finances, les directions des ressources humaines et les autorités de planification, de sorte que le financement et la gestion du personnel soient intégrés dans les systèmes publics réguliers.	Intégrer les coûts des ressources humaines pour la santé liés à la vaccination dans les cadres des dépenses courantes, les budgets et les plans à moyen terme.
Documenter les frais de personnel associés aux priorités en matière de vaccination et de soins de santé primaires.	Intégrer les exigences de personnel dans les structures de personnel, les exercices de chiffrage des coûts de personnel et la planification de la transition des ressources humaines pour la santé.	Examiner systématiquement les risques pour la pérennité affectant le financement du personnel, les effectifs, le déploiement et la rétention, et utiliser les conclusions pour ajuster les plans de financement publics en conséquence.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Relier les investissements dans les ressources humaines pour la santé soutenus par Gavi aux plans publics pour les situations d'urgence, la reprise, la résilience, la continuité de la vaccination, la préparation, la riposte et la coordination des groupes sectoriels pour la santé.
- Soutenir les mesures pratiques qui améliorent la sécurité et réduisent les obstacles pour les agentes et les agents de santé qui travaillent dans des zones peu sûres ou difficiles à atteindre, p. ex. des logements temporaires, une aide au transport, des équipements de protection et l'accès aux parcours d'orientation et aux services de soutien en cas de violences liées au genre.
- Faire appel à des organisations non gouvernementales ou à des partenaires humanitaires agréés pour recruter des agentes et agents de santé là où les systèmes de gestion de paie du gouvernement sont déficients, avec un parcours vers une supervision du gouvernement, dans la mesure du possible.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Toute planification des ressources humaines pour la santé qui n'est pas alignée sur les stratégies nationales et qui n'est pas coordonnée avec les initiatives et les partenaires nationaux.
- Systèmes de mesures incitatives qui créent des différences injustes entre le personnel soutenu par les donateurs et le personnel rémunéré par le gouvernement alors qu'ils exercent des fonctions comparables.

- Systèmes de rémunération parallèles non alignés sur les cadres nationaux des ressources humaines pour la santé ou sur les barèmes de rémunération.
- Tout financement d'emplois non liés à la vaccination ou aux soins de santé primaires.
- Plans de déploiement qui ne sont pas basés sur les données nationales relatives au personnel ni sur les priorités en matière d'équité.

Restrictions supplémentaires liées à la TP

- Tout recrutement temporaire ne contribuant pas à un plan durable de dotation en personnel ou d'absorption budgétaire.

Restrictions supplémentaires liées à la TA

- Postes à durée indéterminée financés par les donateurs ne prévoyant aucun plan ou jalon visant un transfert vers la prise en charge de la rémunération par le gouvernement.

Restrictions supplémentaires liées aux contextes fragiles et humanitaires

- Recrutement non approuvé par le ministère de la Santé ou non associé à un cadre d'urgence, de reprise ou de renforcement de la résilience reconnu.

Intervention phare 2.2 : Collaborer avec les pays pour définir le champ de compétences des agentes et agents de santé communautaires en matière de vaccination dans le cadre des soins de santé primaires, et doter ceux-ci des compétences et des structures d'orientation nécessaires à la prestation de services intégrés.

Cette intervention phare clarifie le rôle des agentes et agents de santé communautaires dans la vaccination, renforce les compétences et les parcours d'orientation, et intègre les agentes et agents de santé communautaires aux systèmes publics de soins de santé primaires, de personnel et de gestion.

Intervention phare 2.2A. Champ de compétences et compétences des agentes et agents de santé communautaires, et intégration dans les soins de santé primaires

AI	TP	TA
Évaluer le cadre juridique et réglementaire régissant le champ de compétences des agentes et agents de santé communautaires et, si nécessaire, élaborer un parcours pour élargir et formaliser les fonctions de vaccination exercées par ces agentes et agents, y compris l'administration des vaccins.	Intégrer les champs de compétences approuvés des agentes et agents de santé communautaires dans les politiques nationales, les directives, la formation et les systèmes de supervision.	Examiner et mettre à jour périodiquement le champ de compétences des agentes et agents de santé communautaires pour refléter l'évolution des priorités des programmes et des réformes relatives aux soins de santé primaires.
Rédiger ou mettre à jour les descriptions de poste des agentes et agents de santé communautaires (et du personnel apparenté) afin d'y inclure les fonctions de vaccination, notamment la création de la demande, l'orientation, le suivi des	Rédiger des directives nationales pour les agentes et agents de santé communautaires qui alignent les responsabilités de vaccination sur la prestation de soins de santé primaires et de services intégrés.	Pérenniser les champs de compétences des agentes et agents de santé communautaires approuvés au niveau national et couvrant la vaccination systématique, les campagnes, la riposte aux flambées

enfants qui manquent à l'appel, la vaccination de rattrapage, les campagnes, la riposte aux flambées épidémiques et, le cas échéant, l'administration des vaccins.		épidémiques et la prestation de soins de santé primaires intégrés.
Établir des parcours d'orientation approuvés au niveau national qui relient la vaccination tout au long de la vie aux services de soins de santé primaires et aux soins communautaires.	Intégrer les fonctions des agentes et agents de santé communautaires dans des modèles plus larges pour les soins de santé primaires, les activités de proximité et la prestation de services de santé communautaires.	Examiner périodiquement les champs de compétences et les compétences exigées des agentes et agents de santé communautaires pour refléter l'évolution des priorités des programmes et des réformes relatives aux soins de santé primaires.
Élaborer des programmes de formation des agentes et agents de santé communautaires fondés sur les compétences et portant sur l'administration des vaccins, les bases de la chaîne du froid, la consignation et l'établissement de rapports, la culture numérique, la communication interpersonnelle et les obstacles sociaux et liés au genre.	Inclure les normes relatives aux compétences des agentes et agents de santé communautaires aux systèmes nationaux de développement et de formation du personnel.	Pérenniser les systèmes intégrés de développement des compétences des agentes et agents de santé communautaires par le biais d'institutions nationales et de programmes relatifs au personnel.

Intervention phare 2.2B. Systèmes d'orientation des agentes et agents de santé communautaires, intégration des données et des systèmes

AI	TP	TA
Évaluer et renforcer les parcours d'orientation reliant les agentes et agents de santé communautaires, les établissements, les services de proximité, les campagnes, les soins communautaires et d'autres plateformes de soins de santé primaires.	Intégrer les parcours d'orientation dans la prestation de services, la supervision et les systèmes d'examen des performances de routine.	Pérenniser les systèmes pour la continuité des soins qui soutiennent l'orientation vers les services, la vaccination de rattrapage et la vaccination tout au long de la vie.
Renforcer les rôles des agentes et agents de santé communautaires pour l'identification des enfants zéro dose, sous-vaccinés et manquant à l'appel, leur orientation et leur suivi.	Intégrer les activités d'orientation et de suivi des agentes et agents de santé communautaires dans les processus de planification, de suivi et d'examen des programmes au niveau des districts.	Examiner périodiquement les performances du système d'orientation et renforcer les liens entre les communautés et les services de santé.
Mettre en place des systèmes pour collecter, communiquer, examiner et utiliser les données sur les activités de vaccination des agentes et agents de santé communautaires, les orientations vers les services, les actions de suivi et la prestation de services communautaires afin d'améliorer la couverture vaccinale.	Intégrer les données relatives aux agentes et agents de santé communautaires dans les systèmes d'information de santé numérique nationaux, de sorte que le déploiement, les orientations vers les services, le suivi et la couverture vaccinale des enfants zéro dose soient intégrés dans la planification et le suivi réguliers.	Utiliser systématiquement les données relatives aux agentes et agents de santé communautaires pour la planification du personnel, les examens des performances et l'amélioration de la prestation de services.
Introduire des outils numériques adaptés au contexte qui soutiennent la documentation, les orientations vers les services et le suivi réalisés par les agentes et agents de santé	Renforcer l'interopérabilité entre les systèmes de communication de l'information des agentes et agents de santé communautaires et les systèmes d'information nationaux	Examiner et améliorer périodiquement la qualité des données relatives aux agentes et agents de santé communautaires,

AI	TP	TA
communautaires et les aligner sur les plans nationaux de santé numérique, en tenant compte des disparités entre les agentes et les agents en termes de culture numérique et d'accès à un téléphone ou à un autre équipement.	sur les soins de santé primaires et la vaccination.	leur utilisation et leur intégration dans les systèmes.

Intervention phare 2.2C. Professionnalisation des agentes et agents de santé communautaires, financement et durabilité

AI	TP	TA
Cartographier et clarifier le statut institutionnel des agentes et agents de santé communautaires pour étayer l'évaluation de la rémunération et la planification de la transition. Évaluer la rémunération, les mesures incitatives et la supervision des agentes et agents de santé communautaires, ainsi que les modalités du soutien dont ils bénéficient, afin d'identifier et de gérer les risques pour la durabilité, notamment le risque qu'une rémunération formalisée entraîne l'éviction des agentes de santé communautaires, et préserver un accès équitable aux rôles rétribués lorsque les structures de rémunération évoluent.	Élaborer des plans de financement et de transition progressifs pour les programmes visant les agentes et agents de santé communautaires, notamment des modalités de cofinancement avec le gouvernement et les partenaires.	Intégrer les agentes et agents de santé communautaires dans les cadres nationaux liés au personnel et au budget, y compris les structures de supervision financées et les examens des performances réguliers.
Tester des approches adaptées au contexte pour renforcer la motivation des agentes et agents de santé communautaires, leur rétention et le soutien dont ils bénéficient, en accord avec les politiques nationales.	Aligner la rémunération, les mesures incitatives et les mécanismes de soutien des agentes et agents de santé communautaires sur les cadres nationaux relatifs aux ressources humaines pour la santé et aux soins de santé primaires, et coordonner le soutien des donateurs et des partenaires pour éviter les systèmes parallèles.	Pérenniser les systèmes de soutien des agentes et agents de santé communautaires financés par le gouvernement et alignés sur les politiques nationales relatives au personnel.
Renforcer la coordination entre les directions des ressources humaines, les programmes de soins de santé primaires, les autorités gouvernementales locales et les initiatives visant les agentes et agents de santé communautaires soutenues par les partenaires.	Inclure les modalités de gouvernance des agentes et agents de santé communautaires dans les systèmes de planification et de gestion du personnel.	Pérenniser la supervision, le financement, la certification et la gestion par le gouvernement des programmes visant les agentes et agents de santé communautaires.
Identifier les occasions de renforcer l'évolution de carrière et la reconnaissance professionnelle des agentes et agents de santé communautaires.	Intégrer les cadres relatifs aux parcours de certification et aux parcours professionnels des agentes et agents de santé communautaires dans les systèmes nationaux de perfectionnement du personnel.	Pérenniser les parcours de certification et de développement de carrière des agentes et agents de santé communautaires, et les systèmes de développement professionnel continu liés aux compétences en vaccination.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Nouer des partenariats avec des organisations de la société civile et des agences humanitaires pour gérer les réseaux d'agentes et d'agents de santé communautaires recrutés dans les communautés touchées et soutenir une mise en œuvre sûre de la vaccination systématique, des campagnes et de la riposte aux flambées épidémiques.
- Assurer un renforcement rapide des compétences des agentes et agents de santé communautaires sous forme modulaire à l'aide d'approches d'apprentissage mobile, hors ligne ou communautaire. Les thèmes couverts peuvent être l'administration des vaccins lorsque la législation l'autorise, les bases de la chaîne du froid, la consignation, la traçabilité des personnes qui ne se sont pas rendues à leur rendez-vous, et la communication.
- Déployer des équipes de soins de santé primaires intégrés qui assurent la vaccination parallèlement aux services de santé maternelle, néonatale et infantile et à d'autres services prioritaires, avec une flexibilité permettant de naviguer entre la vaccination systématique, les campagnes et les activités de rattrapage.
- Adapter les modalités de supervision, d'orientation et de communication de l'information des agentes et agents de santé communautaires aux populations fragiles, déplacées et touchées par des crises.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Création de nouveaux rôles pour les agentes et agents de santé communautaires qui se concentrent uniquement sur la vaccination, sans lien avec les soins de santé primaires.
- Formation isolée des agentes et agents de santé communautaires pour une maladie spécifique qui ne fait pas partie du développement des capacités en matière de soins de santé primaires intégrés.
- Tout versement d'indemnités aux agentes et agents de santé communautaires dans le cadre de projets à court terme menés par des donateurs et non assortis de plans de pérennisation.
- Mise à l'échelle d'outils numériques qui ne sont pas adaptés au contexte du pays ou qui ne font pas partie des plans nationaux de santé numérique.
- Formations ponctuelles ou activités sans régularité et sans rapport avec le perfectionnement à long terme du personnel.
- Recrutement d'agentes et d'agents de santé communautaires uniquement dans les situations d'urgence, sans les intégrer à plus long terme dans les systèmes de santé.

Restrictions supplémentaires liées aux contextes fragiles et humanitaires

- Tout recours à des OSC ou à des acteurs humanitaires pour la mise en œuvre de fonctions relevant des agentes et agents de santé communautaires, sans durée limitée et sans coordination avec le gouvernement.

Restrictions supplémentaires liées à l'AI

- Interventions des agentes et agents de santé communautaires qui ne sont pas conçues pour être intégrées ou reproduites dans les systèmes nationaux.

Restrictions supplémentaires liées à la TP

- Toute création de postes ou de champs de compétences des agentes et agents de santé communautaires faisant double emploi, sans cohérence avec les politiques nationales en matière de soins de santé primaires ou non approuvés par le ministère de la Santé.

Restrictions supplémentaires liées à la TA

- Toute activité isolée assurée par des agentes et agents de santé communautaires qui n'est pas prise en compte dans les stratégies nationales en matière de personnel, dans les plans chiffrés ou dans les cadres de financement publics.

Intervention phare 2.3 : Intensifier la formation efficace en recourant à des approches fondées sur les compétences, à l'apprentissage numérique et à l'apprentissage mixte, et soutenir les pays dans l'élaboration d'un plan de formation intégré unique pour la vaccination et idéalement pour les soins de santé primaires.

Cette intervention phare renforce les systèmes d'apprentissage fondés sur les compétences, numériques et mixtes pour la vaccination et les soins de santé primaires. La formation doit faire partie des parcours nationaux de développement du personnel et de développement professionnel continu.

Intervention phare 2.3A. Évaluation des besoins de formation et développement des compétences

AI	TP	TA
Évaluer les besoins du personnel en termes de compétences, de formation, de langues et d'alphabétisation aux niveaux national et infranational, puis utiliser les résultats pour combler les déficits de compétences en vaccination prioritaires et élaborer des programmes d'apprentissage adaptés au contexte dans les langues locales et les formats pertinents, notamment des approches orales et visuelles dans les contextes de faible niveau d'alphabétisation, couvrant l'innocuité des vaccins, la chaîne du froid, l'utilisation des données, la communication, la création de la demande, le genre et l'état de préparation des campagnes.	Intégrer les évaluations des besoins de formation dans la planification régulière du personnel, les examens des ressources humaines pour la santé et les processus de développement du personnel.	Examiner systématiquement les besoins de compétences du personnel et mettre à jour les priorités d'apprentissage en fonction des performances des programmes, des besoins émergents et de l'introduction de nouveaux vaccins.
Développer des plans de formation intégrés pour la vaccination et, le cas échéant, des priorités plus larges concernant les soins de santé primaires.	Aligner les plans de formation à la vaccination sur les stratégies nationales pour les ressources humaines pour la santé, les soins de santé primaires et le développement du personnel.	Mettre à jour périodiquement les plans d'apprentissage intégrés pour refléter l'évolution des besoins des programmes et de personnel.
Concevoir et déployer des programmes de formation fondés sur les compétences portant sur les fonctions de vaccination essentielles, avec un accès équitable pour le	Inclure les approches d'apprentissage fondées sur les compétences dans les systèmes de formation et les programmes de	Mettre à jour périodiquement les cadres de compétences et les programmes d'apprentissage pour refléter l'évolution des besoins de vaccination, de soins de santé

personnel de santé et les zones mal desservies concernés.	développement du personnel nationaux.	primaires et de riposte aux flambées épidémiques.
Intégrer des modules de vaccination dans les programmes de soins de santé primaires, en partenariat avec les établissements de formation nationaux.	Aligner les compétences de vaccination sur les cadres plus larges de compétences en soins de santé primaires, les exigences de certification et les normes professionnelles.	Pérenniser les systèmes intégrés de développement des compétences par le biais d'institutions nationales et de mécanismes d'accréditation.

Intervention phare 2.3B. Plateformes d'apprentissage et systèmes de prestation

AI	TP	TA
Concevoir ou mettre à jour les plateformes des systèmes de gestion de la formation numériques et mixtes qui hébergent les contenus de formation à la vaccination, travailler hors ligne lorsque cela est nécessaire et soutenir l'accès du personnel au sens large.	Intégrer les plateformes des systèmes de gestion de la formation dans les systèmes nationaux de ressources humaines pour la santé, de formation et de développement professionnel continu, et renforcer l'appropriation et la gestion locales.	Pérenniser les approches d'apprentissage adaptatif, notamment les outils numériques et basés sur l'IA lorsque cela est faisable, à l'appui du développement continu du personnel.
Élargir l'accès aux approches d'apprentissage numériques, mixtes et flexibles pour les intervenantes et intervenants en première ligne, en particulier dans les zones mal desservies, en s'assurant que la conception tient compte des contraintes temporelles, de mobilité et d'accès aux équipements propres aux femmes, pour éviter que l'adoption n'avantage les hommes.	Inclure les approches d'apprentissage numérique et mixte dans les programmes réguliers de développement du personnel.	Améliorer en continu les plateformes et les approches d'apprentissage en fonction du retour d'information des utilisateurs, des résultats d'apprentissage et des évolutions technologiques.
Renforcer la collaboration avec les universités, les établissements de formation nationaux, les associations professionnelles et les partenaires régionaux pour l'apprentissage afin d'élargir l'accès à un apprentissage de qualité.	Formaliser les partenariats entre les programmes essentiels de vaccination, les directions des ressources humaines et les établissements de formation pour soutenir le développement du personnel, notamment le développement de plans chiffrés pour la durabilité et de mécanismes de financement nationaux pour les plateformes d'apprentissage et les systèmes de formation.	Pérenniser les écosystèmes d'apprentissage nationaux qui soutiennent le développement du personnel, l'innovation et l'adaptation.

Intervention phare 2.3C. Gouvernance de l'apprentissage et apprentissage continu

AI	TP	TA
Créer des dossiers de formation et les relier aux systèmes nationaux de ressources humaines pour la santé et de développement professionnel continu afin que toutes les formations liées à la vaccination soient consignées et tracées.	Renforcer les systèmes nationaux qui permettent de suivre la participation aux formations, les résultats des formations et les liens avec l'amélioration de la prestation de services, avec une ventilation par genre, par catégorie professionnelle et par zone géographique.	Utiliser régulièrement les données d'apprentissage liées au personnel pour guider le développement du personnel, la priorisation et l'allocation des ressources.
Mettre en place des mécanismes de suivi de la réalisation des	Intégrer les données d'apprentissage propres au personnel dans les	Pérenniser les systèmes nationaux pour la gouvernance, le suivi et

programmes d'apprentissage pour l'ensemble des catégories professionnelles et des zones géographiques.	processus d'examen réguliers des ressources humaines pour la santé, de la vaccination et des soins de santé primaires.	l'assurance qualité de l'apprentissage.
Établir des approches d'apprentissage par les pairs qui permettent aux agentes et agents de santé de partager des expériences et des solutions pratiques au niveau des établissements, des districts et des programmes.	Intégrer les approches d'apprentissage par les pairs dans les programmes réguliers de développement du personnel et d'apprentissage.	Pérenniser l'apprentissage entre pairs au moyen d'échanges entre les districts, de réseaux de mentorat, de programmes de jumelage et de communautés de pratique.
Documenter et partager les enseignements tirés, les expériences de mise en œuvre et les pratiques prometteuses.	Renforcer la collaboration entre les programmes essentiels de vaccination, les directions des ressources humaines, les établissements de formation et les systèmes de développement professionnel continu, pour soutenir l'apprentissage continu.	Pérenniser les systèmes d'apprentissage continu qui soutiennent l'adaptation, la résolution des problèmes et l'amélioration de la qualité.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Dispenser de courtes formations modulaires aux agentes et agents de santé en utilisant des téléphones, des applications hors ligne, la radio et d'autres approches d'apprentissage adaptées au contexte pour renforcer rapidement les compétences essentielles en matière de vaccination.
- Adapter le contenu des formations aux contextes fragiles, notamment la gestion de la chaîne du froid dans les zones peu sûres et les approches de communication avec les populations mobiles, déplacées ou touchées par des crises.
- Intégrer la formation à la vaccination dans les plans de reprise des soins de santé primaires, de préparation et de riposte aux urgences afin de garantir la continuité des services essentiels.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Tout programme de formation qui n'est pas basé sur les compétences ou qui n'est pas lié aux systèmes nationaux.
- Toute formation qui n'est pas étayée par des évaluations des besoins ou qui n'est pas liée aux dossiers du personnel.
- Toute initiative d'apprentissage numérique qui exclut les femmes ou ignore la fracture numérique liée au genre.

Restrictions supplémentaires liées aux contextes fragiles et humanitaires

- Tout contenu de formation qui n'est pas adapté aux contextes fragiles ou à faibles ressources.
- Toute activité de formation qui n'est pas coordonnée avec les plans de reprise et de riposte des acteurs humanitaires ou du ministère de la Santé.

Restrictions supplémentaires liées à la TP

- Tout recours continu aux plateformes de formation gérées par les donateurs ou hébergées hors du pays, sans plan pour que leur prise en charge et leur gestion soient assurées par des institutions nationales.

- Toute activité de formation qui n'est pas enregistrée dans les bases de données nationales sur les ressources humaines pour la santé ou sur la formation.

Restrictions supplémentaires liées à la TA

- Tout programme de formation qui n'est pas intégré dans les stratégies nationales budgétisées en matière de ressources humaines pour la santé ou de soins de santé primaires.
- Tout système de suivi des performances de l'apprentissage déconnecté des plateformes nationales de suivi et d'évaluation.

Intervention phare 2.4 : Améliorer les performances et la redevabilité, en tirant parti de la supervision formative, des technologies numériques et de boucles de rétroaction fondées sur des données.

Cette intervention phare renforce la supervision adaptative, la gestion des performances, la redevabilité, le retour d'information et l'utilisation des données de routine de sorte que les problèmes de performance du personnel soient identifiés et réglés par le biais des systèmes de gestion réguliers.

Intervention phare 2.4A. Supervision formative et soutien du personnel

AI	TP	TA
Mettre en place une supervision adaptative des agentes et agents de santé dans les établissements, les services de proximité, les campagnes et les plateformes de prestation de soins de santé primaires intégrés.	Intégrer la supervision adaptative dans les processus de gestion de routine au niveau des districts et aux niveaux infranational et national, avec des rôles, des calendriers, des rapports et des actions de suivi clairement définis.	Pérenniser les systèmes de supervision décentralisés au moyen des processus de planification, de budgétisation, de gestion et d'examen des performances de routine au niveau infranational.
Associer les outils essentiels (p. ex. registres, outils de support, listes de contrôle et outils de supervision) et les visites de supervision qui incluent un retour d'information, la résolution des problèmes et la planification de mesures.	Renforcer les capacités des gestionnaires au niveau des districts et au niveau infranational pour assurer la supervision, analyser les résultats et soutenir les mesures correctives.	Utiliser systématiquement les résultats de la supervision dans les processus nationaux de planification et d'amélioration des programmes au niveau des districts et aux niveaux infranational et national.
Renforcer les plateformes de supervision éprouvées afin de permettre un retour d'informations en temps réel et un examen des performances.	Intégrer les indicateurs de supervision dans les examens des programmes et les systèmes de gestion de routine.	Examiner périodiquement les systèmes de supervision à l'aide du retour d'information du personnel, des performances des programmes et des données sur la qualité des services.
Expérimenter des approches de supervision numérique, notamment des outils simples qui facilitent la supervision, la documentation, le suivi et le retour d'information.	Intégrer les outils de supervision numérique dans les systèmes de gestion du personnel et de suivi des programmes de routine.	Pérenniser les approches de supervision numérique et les adapter à l'évolution des priorités des programmes, des modèles de prestation de services et des technologies.

Intervention phare 2.4B. Gestion des performances et redevabilité

AI	TP	TA
Expérimenter des cadres de redevabilité liés aux performances de la vaccination, aux indicateurs de prestation de services et aux progrès pour atteindre les enfants zéro dose et les communautés négligées.	Inclure, dans les processus de gestion de routine au niveau des districts et aux niveaux infranational et national, des systèmes de supervision et de redevabilité comportant des indicateurs de performance clairs liés aux objectifs de la vaccination et des soins de santé primaires.	Pérenniser les systèmes publics d'évaluation des performances du personnel liés aux processus de planification, de budgétisation et d'amélioration des programmes.
Définir des indicateurs clés de performance pour le personnel prioritaire qui participe à la vaccination et à la prestation de soins de santé primaires.	Inclure des examens des performances et des mécanismes de redevabilité dans les processus de gestion et d'examen des programmes de routine.	Veiller à ce que les cadres de performance nationaux établissent un lien entre les indicateurs des ressources humaines pour la santé et la qualité des services, la couverture vaccinale, les résultats en matière d'équité et le retour d'information des communautés.
Renforcer la capacité des gestionnaires à utiliser les données sur le personnel et sur la prestation de services pour identifier les déficits de performance et assurer le suivi des mesures correctives.	Intégrer les indicateurs de performance du personnel dans les cadres de performance du secteur de la santé et dans les systèmes d'examen au niveau des districts.	Examiner systématiquement les tendances de performance et utiliser les résultats pour renforcer l'efficacité du personnel et les résultats des programmes.

Intervention phare 2.4C. Retour d'information, apprentissage et amélioration continue des performances

AI	TP	TA
Mettre en place des groupes d'apprentissage par les pairs permettant aux agentes et agents de santé et aux gestionnaires de partager leurs expériences, d'identifier les goulets d'étranglement et d'échanger des solutions pratiques.	Intégrer les processus d'apprentissage par les pairs et de résolution des problèmes dans les systèmes réguliers de supervision, d'examen des performances et de gestion des programmes.	Pérenniser les approches d'apprentissage continu au moyen de l'apprentissage entre pairs, des processus d'amélioration de la qualité et des mécanismes d'examen des performances de routine.
Mettre au point des systèmes de retour d'information numériques, comme des tableaux de bord et des outils mobiles, pour un retour d'information rapide aux agentes et agents de santé, aux superviseurs et aux gestionnaires.	Intégrer le retour d'information et les informations sur les performances du personnel dans les processus de gestion, de planification et d'examen de routine.	Normaliser le recours aux analyses des performances pour déceler les causes des mauvaises performances et relier les mesures aux plans nationaux d'amélioration.
Créer des mécanismes qui relient le retour d'information des communautés, le retour d'information des agentes et agents de santé communautaires et les examens des performances du personnel, en particulier pour les enfants zéro dose et les communautés négligées, en veillant à ce que les canaux de retour d'information soient accessibles aux	Utiliser le retour d'information des communautés et du personnel dans les systèmes de redevabilité et d'amélioration.	Pérenniser les systèmes d'apprentissage et d'amélioration qui soutiennent l'adaptation, la qualité des services et une meilleure expérience des clients.

femmes et reflètent leurs points de vue, la majorité des personnes soignantes et des intervenants en première ligne étant des femmes.		

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Déployer une supervision flexible dans les zones d'insécurité ou reculées, en utilisant des outils numériques simples, comme des contrôles par SMS, des tableaux de bord et des outils de support mobiles, pour suivre les performances et fournir un soutien rapide.
- Mettre en place des listes de contrôle, des outils et des supports qui pourront être adaptés rapidement pendant les flambées épidémiques, les situations d'urgence et les futures épidémies ou pandémies.
- Adapter les approches de supervision et de redevabilité pour tenir compte des réalités opérationnelles, des préoccupations du personnel en matière de sécurité et des contraintes de la prestation de services dans les contextes fragiles.
- Renforcer les capacités de gestion au niveau des districts et localement pour maintenir une supervision et un suivi stratégique des performances quand les systèmes de gestion réguliers sont perturbés.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Nouveaux systèmes de suivi des performances, parallèles ou verticaux, qui ne sont pas alignés sur le système d'information sanitaire national, les ressources humaines pour la santé ou les cadres de planification stratégique.
- Toute initiative d'amélioration des performances qui manque de boucles de rétroaction, de mécanismes de redevabilité ou d'actions de suivi structurés, ou qui n'utilise pas les données sur les performances.
- Toute approche de supervision qui fonctionne principalement comme une inspection et qui n'est pas liée à la résolution des problèmes, à l'encadrement, à l'examen des performances ou à l'amélioration des services.

Restrictions supplémentaires liées aux contextes fragiles et humanitaires

- Systèmes de performance qui ne sont pas coordonnés avec les acteurs de la riposte aux urgences sanitaires.
- Tout modèle de supervision universel qui ne reflète pas les contextes fragiles ou les considérations en matière de sécurité du personnel.

Restrictions supplémentaires liées à la TP

- Toute initiative relative aux performances qui n'est pas liée aux cadres nationaux de performance des ressources humaines pour la santé, des soins de santé primaires ou du secteur de la santé.

Restrictions supplémentaires liées à la TA

- Systèmes de supervision ou de redevabilité qui ne sont pas intégrés dans les budgets, les structures de gestion, les plans de performance ou les processus d'examen de routine au niveau national ou infranational.

3. Chaîne d’approvisionnement

Des chaînes d’approvisionnement solides contribuent à garantir que les vaccins et le matériel de vaccination sont disponibles où et quand ils sont nécessaires, en particulier pour les enfants zéro dose, les populations sous-vaccinées et les communautés négligées. Le soutien de Gavi doit renforcer la gouvernance, le financement, la visibilité des données, les capacités du personnel, l’infrastructure, la maintenance, la distribution, la préparation aux achats et la redevabilité, avec des liens avec les soins de santé primaires et les systèmes de produits de santé en général, le cas échéant.

Tout au long du continuum de transition, les investissements dans la chaîne d’approvisionnement doivent financer de moins en moins les systèmes spécifiques aux programmes et soutenus par les partenaires, et de plus en plus les modèles publics qui améliorent l’efficacité, la résilience, la planification du cycle de vie et les performances au dernier kilomètre. Les investissements doivent refléter le contexte du pays, la maturité numérique, les contraintes liées à l’infrastructure, les risques d’urgences et les occasions d’intégration utiles à l’échelle des produits de santé.

Les pays sont invités à consulter la stratégie de Gavi pour la chaîne d’approvisionnement de la vaccination pour la période 2026-2030 pour en savoir plus.

La transition en bref

AI	TP	TA
Renforcer les capacités de base de la chaîne d’approvisionnement, l’infrastructure, la visibilité des données, la gouvernance et les performances au dernier kilomètre.	Intégrer les fonctions de la chaîne d’approvisionnement dans les **systèmes gouvernementaux et les systèmes plus larges liés aux produits de santé**, notamment la gouvernance, les systèmes numériques, la maintenance, la distribution, et la planification lorsque cela est utile.	**Pérenniser les performances de la chaîne d’approvisionnement** au moyen de l’appropriation par le pays, de la planification du cycle de vie, de la maintenance, de la résilience et d’une livraison au dernier kilomètre efficace.

Structure des interventions phares

Les cinq interventions phares couvrent des fonctions complémentaires de la chaîne d’approvisionnement. Ensemble, elles aident les pays à améliorer la disponibilité des vaccins, la résilience, l’efficacité et la livraison au dernier kilomètre.

- **Intervention phare 3.1 :** Gouvernance, coordination et gestion des performances de la chaîne d’approvisionnement.
- **Intervention phare 3.2 :** Visibilité des données de la chaîne d’approvisionnement et prise de décision fondée sur des données.
- **Intervention phare 3.3 :** Infrastructure de la chaîne du froid et de la chaîne d’approvisionnement.
- **Intervention phare 3.4 :** Systèmes de maintenance et suivi des performances.
- **Intervention phare 3.5 :** Conception du réseau de la chaîne d’approvisionnement, systèmes de distribution et optimisation du dernier kilomètre.

Intervention phare 3.1 : Renforcer la gouvernance, la coordination et la gestion des performances de la chaîne d'approvisionnement à l'aide de groupes de travail techniques et de mécanismes de coordination fonctionnels.

Cette intervention phare renforce la gouvernance, la coordination logistique, la redevabilité, l'alignement des partenaires et l'examen des performances spécifiques à la chaîne d'approvisionnement, à l'échelle des fonctions de cette chaîne pour la vaccination et le secteur de la santé.

AI	TP	TA
Renforcer les groupes de travail nationaux et infranationaux sur la logistique en mettant à jour les mandats, les modalités de gouvernance, les procédures opérationnelles, les indicateurs de performance, les mécanismes de redevabilité et les processus décisionnels. Mener des examens ciblés et utiliser les résultats pour combler les lacunes de gouvernance.	Utiliser systématiquement les mécanismes de gouvernance de la logistique pour soutenir la planification de la chaîne d'approvisionnement, les examens des performances, la priorisation, la supervision et la coordination des achats, de la maintenance, des systèmes de la chaîne d'approvisionnement numérique, de la distribution et des fonctions logistiques associées.	Utiliser le suivi de la gouvernance, l'évaluation des performances, le perfectionnement des membres, le transfert de connaissances et l'amélioration continue pour renforcer les mécanismes de gouvernance de la logistique.
Soutenir la planification conjointe, le partage d'informations et la collaboration entre le programme essentiel de vaccination, les équipes de la chaîne d'approvisionnement, les programmes de soins de santé primaires, les ministères de la Santé et des Finances, les autorités infranationales, les partenaires du développement, les prestataires de services logistiques et les autres parties prenantes.	Établir des processus de coordination, de planification et d'examen de la chaîne d'approvisionnement de routine qui rassemblent le gouvernement, Gavi, les partenaires bilatéraux, la Banque mondiale, le Fonds mondial, les acteurs du secteur privé et les autres parties prenantes autour de priorités logistiques partagées.	Renforcer les processus conjoints des parties prenantes pour la priorisation, la planification des investissements et l'examen des performances afin d'améliorer l'alignement des partenaires, de limiter les doubles emplois et de maximiser l'impact des ressources disponibles.
Suivre les performances de la gouvernance et de la chaîne d'approvisionnement, notamment la participation, le suivi des mesures, les progrès de la mise en œuvre et le suivi des décisions clés.	Examiner systématiquement les performances de la chaîne d'approvisionnement et l'efficacité de la coordination et utiliser les résultats pour renforcer la redevabilité, la priorisation et le suivi.	Utiliser le suivi de la gouvernance pour évaluer la qualité des décisions, la mise en œuvre des mesures, l'efficacité de la coordination et les performances globales de la chaîne d'approvisionnement.
Mettre en œuvre les améliorations prioritaires qui alignent les fonctions de la chaîne d'approvisionnement pour la vaccination sur les systèmes de la chaîne d'approvisionnement pour les soins de santé primaires et les produits de santé en général, lorsque cela est utile. Cela peut inclure la gouvernance, la planification, les systèmes de données, l'entreposage, la distribution, la maintenance et les fonctions relatives au personnel.	Renforcer les approches partagées pour la vaccination et pour les systèmes plus larges relatifs aux produits de santé, notamment la planification, les systèmes de données, l'entreposage, la distribution, la maintenance et les capacités du personnel, le cas échéant.	Soutenir la transition vers des modèles de chaîne d'approvisionnement plus intégrés et durables, notamment une gestion publique plus solide des achats, de la maintenance, des systèmes numériques, des réseaux de distribution et des fonctions plus larges de gestion des produits de santé.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Préparer des plans d'urgence et renforcer la coordination avec les acteurs humanitaires pour que la chaîne d'approvisionnement continue de fonctionner pendant les situations d'urgence et les crises.
- Utiliser les mécanismes existants de coordination lors des interventions humanitaires et des urgences, le cas échéant, pour soutenir la planification, la mise en œuvre et la supervision de la chaîne logistique.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Indemnités de session pour les groupes de travail nationaux ou infranationaux sur la logistique.

Intervention phare 3.2 : Renforcer la visibilité des données de la chaîne d'approvisionnement et la prise de décision fondée sur des données à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement.

Cette intervention phare renforce la visibilité des données de la chaîne d'approvisionnement, les prévisions, la planification de l'approvisionnement, les analyses et l'utilisation de l'information pour les décisions opérationnelles et stratégiques.

AI	TP	TA
Améliorer la visibilité des données de la chaîne d'approvisionnement au moyen de mises à niveau du système électronique d'information de gestion logistique conforme aux normes logicielles cibles, d'outils de planification de l'approvisionnement et de prévision, de tableaux de bord et de plateformes numériques adaptées au contexte. Renforcer les procédures opérationnelles standardisées, les flux de travail pour l'établissement de rapports et l'utilisation régulière des informations sur la chaîne d'approvisionnement.	Utiliser le système électronique d'information de gestion logistique, les prévisions, la planification de l'approvisionnement et les plateformes d'analyse pour la planification, la gestion des stocks, la distribution et la gestion des performances de routine. Améliorer l'interopérabilité avec les systèmes d'information sur la santé et les systèmes de santé numérique plus larges, le cas échéant.	Renforcer l'intégration des systèmes d'information de la chaîne d'approvisionnement dans les systèmes plus larges de gestion des produits de santé, des achats et des performances, pour favoriser une prise de décision plus efficace et coordonnée.
Renforcer les capacités des pays à utiliser les prévisions, la planification de l'approvisionnement, la gestion des stocks, l'optimisation et la priorisation du portefeuille de vaccins, la priorisation du soutien en espèces et les processus de budget vaccinal pour le pays. Utiliser les prévisions de la demande, les plans d'approvisionnement, les budgets vaccinaux, les informations de cofinancement et les contraintes	Renforcer l'appropriation par le pays et l'utilisation régulière des prévisions, de la planification de l'approvisionnement, de la gestion des stocks, de l'optimisation et de la priorisation du portefeuille de vaccins, de la priorisation du soutien en espèces et des processus de budget vaccinal pour le pays. Réduire la dépendance envers le soutien technique extérieur en renforçant l'utilisation régulière de	Renforcer les capacités institutionnelles à gérer les prévisions, la planification de l'approvisionnement, la gestion des stocks, l'optimisation et la priorisation du portefeuille de vaccins, la priorisation du soutien en espèces et les processus de budget vaccinal pour le pays. Utiliser le développement du personnel, le transfert de connaissances, la planification de la relève et

d'approvisionnement pour étayer les décisions programmatiques.	ces approches pendant la planification, la budgétisation, les achats et la prise de décision relative à la distribution.	l'apprentissage continu à l'appui de la gestion à long terme.
Renforcer les capacités nationales et infranationales pour analyser et utiliser les données de la chaîne d'approvisionnement, au moyen de tableaux de bord, de rapports, de processus d'examen et de la gestion des performances de routine, notamment avec l'eSIGL et avec Thrive360, le cas échéant.	Mettre en place des processus de prise de décision et d'examen des données de routine qui utilisent les informations de la chaîne d'approvisionnement pour identifier les goulets d'étranglement, prioriser les actions, améliorer les performances et favoriser la redevabilité à tous les niveaux du système de santé.	Élargir l'utilisation des analyses de la chaîne d'approvisionnement pour soutenir l'optimisation des réseaux de distribution, la gestion des stocks, la planification de l'approvisionnement, les approches en matière de maintenance et les décisions d'allocation de ressources.
Mettre en œuvre les améliorations prioritaires qui renforcent l'alignement entre les systèmes d'information de la chaîne d'approvisionnement de la vaccination et les systèmes de données plus larges sur les produits de santé, lorsque cela est bénéfique.	Renforcer les normes, l'interopérabilité, les approches de communication de l'information et les modalités de gouvernance relatives aux données partagées à l'échelle des systèmes de vaccination et des systèmes plus larges de produits de santé, y compris les liens entre l'eSIGL, le SGIS, les systèmes d'approvisionnement et les autres plateformes de santé numérique, le cas échéant.	Renforcer la gestion publique et les capacités techniques pour gérer, financer, entretenir et améliorer en continu les systèmes intégrés de la chaîne d'approvisionnement numérique et les plateformes d'analyse, au fil du temps.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Utiliser des outils provisoires ou simplifiés pour la chaîne d'approvisionnement numérique, comme un outil de gestion électronique des stocks, des modules DHIS2 pour la logistique, des systèmes basés sur le Web ou des outils Excel, lorsque l'infrastructure, la connectivité, la sécurité ou la maturité du système ne permettent pas encore d'utiliser des plateformes eSIGL conformes aux normes logicielles cibles.
- Développer et déployer des outils de suivi de la chaîne d'approvisionnement dans les situations d'urgence et renforcer rapidement les capacités du personnel à l'appui de leur utilisation durant les situations d'urgence.
- Mettre en place des parcours pour la transition vers des systèmes de chaîne d'approvisionnement numérique plus durables à mesure que l'infrastructure, la sécurité et la maturité des systèmes s'améliorent.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Systèmes électroniques d'information de gestion logistique pour les vaccins non conformes aux normes logicielles cibles (voir l'arbre de décision de l'eSIGL) ou systèmes d'information pour les vaccins isolés qui ne sont pas interopérables avec les plateformes numériques plus larges. La mise à niveau des systèmes existants pour les rendre conformes aux normes logicielles cibles est encouragée.
- Solutions numériques assorties de frais d'abonnement, d'assistance ou d'entretien élevés que les pays ne pourront vraisemblablement pas assumer après le déploiement.

- Investissements dans la numérisation avancée sans l'appropriation par le pays, les plans pour la durabilité, les capacités techniques, les modalités de financement ou l'infrastructure de soutien requis pour le fonctionnement à long terme.
- Plateformes d'analyse basée sur l'IA ou autres solutions numériques avancées qui nécessitent une infrastructure informatique spécialisée (p. ex. des solutions dépendantes d'un GPU) pour lesquelles les pays n'ont pas de plans réalistes ni de capacités pour les héberger, les entretenir, les financer et les entretenir dans la durée.

Restrictions supplémentaires liées aux contextes fragiles et humanitaires

- Solutions avancées de chaîne d'approvisionnement numérique, comme des systèmes de traçabilité ou des tours de contrôle, lorsque la maturité numérique, la connectivité, l'infrastructure, la sécurité ou la capacité des systèmes sont médiocres.

Intervention phare 3.3 : Élargir, étendre, remplacer et optimiser l'infrastructure de la chaîne d'approvisionnement essentielle et de la chaîne du froid pour améliorer la disponibilité au dernier kilomètre et atteindre les populations mal desservies.

Cette intervention phare soutient les investissements prioritaires dans l'infrastructure de la chaîne du froid et de la chaîne d'approvisionnement qui améliorent la disponibilité des vaccins, l'équité, la résilience et les performances au dernier kilomètre.

AI	TP	TA
Acquérir, installer, remplacer ou mettre à niveau l'infrastructure de chaîne du froid, de stockage, de transport, de gestion des déchets, de connectivité et solaire pour combler les lacunes prioritaires qui affectent la disponibilité des vaccins et l'accès au dernier kilomètre pour les populations mal desservies, zéro dose et difficiles à atteindre.	Élargir le déploiement de l'infrastructure à l'aide des processus de budgétisation et de planification publiques de routine et aligner les investissements dans l'infrastructure sur les priorités plus larges de la vaccination, des soins de santé primaires et du secteur de la santé, le cas échéant.	Mettre en œuvre des plans de remplacement et de renouvellement de l'infrastructure pour maintenir des capacités adéquates de stockage, de transport et de service au dernier kilomètre, à mesure que les portefeuilles vaccinaux, les populations cibles et les besoins des programmes évoluent.
Développer des approches intégrées pour le stockage, la distribution et l'infrastructure, notamment des prestataires de services logistiques locaux, des modèles de prestation externalisée, des modèles 3PL/4PL et d'autres modèles de service adaptés au contexte. Préparer des orientations spécifiques au pays pour le stockage sûr des produits de vaccination et d'autres produits de santé, le cas échéant.	Élargir les approches intégrées pour l'entreposage, le stockage, la distribution et l'infrastructure, pour les produits de vaccination et les autres produits de santé prioritaires, là où elles améliorent l'efficacité, la qualité du service et la disponibilité.	Déployer à grande échelle des modèles d'infrastructure et de prestation de services intégrés et éprouvés et renforcer la supervision par les pouvoirs publics des prestataires de services engagés pour la logistique, l'entreposage, le transport et l'infrastructure.
Mettre en œuvre des mesures relatives à la résilience de l'infrastructure qui gèrent les risques liés au climat et aux catastrophes et les risques pour la sécurité et la	Intégrer la résilience climatique, la préparation aux catastrophes et la planification de la continuité dans la planification de l'infrastructure, la	Mettre en place des stratégies de renouvellement et de résilience de l'infrastructure à long terme étayées par l'expérience pratique, les risques

AI	TP	TA
continuité. Parmi ces mesures figurent par exemple la solarisation lorsque le réseau électrique n'est pas fiable ou financièrement abordable, les générateurs, le transfert d'équipements implantés dans des sites inondables, le renforcement des établissements exposés aux tempêtes ou aux cyclones, le stockage d'urgence et des itinéraires de remplacement pour le transport.	budgétisation et les décisions d'investissement.	climatiques et l'évolution des besoins de prestation de services.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Améliorer l'infrastructure indispensable à l'aide de protocoles de sécurité comme des systèmes d'alarme, des contrôles d'accès et d'autres mesures de protection adaptées au contexte.
- Déployer des technologies adaptées au contexte, comme des dispositifs passifs à long terme, des dispositifs de stockage de vaccins portables sur batterie, des dispositifs de stockage résistants aux chocs et des solutions de stockage temporaire pour améliorer l'accès dans des environnements peu sûrs, isolés ou mobiles, ou dans des situations d'urgence.
- Se coordonner avec les acteurs humanitaires et les réseaux logistiques pour soutenir le rétablissement rapide de l'infrastructure et la continuité des opérations de la chaîne d'approvisionnement après des interruptions, des situations d'urgence ou des évènements liés à un conflit.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Équipements de la chaîne du froid ne répondant pas aux normes de performance, de qualité et de sécurité. Les seules exceptions seront les exigences de riposte aux flambées épidémiques ou aux situations d'urgence clairement justifiées, comme les équipements à ultra basse température utilisés pendant le déploiement des vaccins anti-COVID-19.
- Glacières et porte-vaccins traditionnels.
- Toute infrastructure de transport pour laquelle le gouvernement ne s'est pas clairement engagé à couvrir les frais de fonctionnement et de maintenance.
- Tout investissement dans des solutions d'entreposage sans plan de mise en œuvre ni modalités de financement des coûts récurrents.

Intervention phare 3.4 : Renforcer la fonctionnalité de la chaîne du froid et de l'infrastructure au moyen des systèmes de maintenance, de la gestion des actifs et du suivi numérique des performances.

Cette intervention phare renforce la maintenance, la gestion des actifs, les capacités des techniciens, les contrats de service, la gestion des garanties et le suivi numérique pour que l'infrastructure continue de fonctionner dans la durée.

AI	TP	TA

Renforcer les systèmes de gestion des actifs pour les inventaires des équipements, la planification de la maintenance, le suivi des garanties, la redevabilité des fournisseurs, la planification du remplacement, les historiques de réparation, la mise hors service et les performances de l'infrastructure. Suivre les risques et les pannes liés au climat et aux catastrophes qui touchent les équipements.	Intégrer les données sur la chaîne du froid et l'infrastructure dans les systèmes nationaux de gestion des actifs, les plateformes de gestion des équipements et les outils de maintenance numériques. Intégrer la gestion des actifs, la gestion des garanties, la planification du remplacement, les considérations relatives aux risques climatiques et le suivi des performances dans les processus de la chaîne d'approvisionnement et de la budgétisation de routine.	Renforcer la gestion à long terme des actifs au moyen de la planification du cycle de vie, du financement du remplacement, de la gestion des performances des fournisseurs, de la surveillance des garanties, de la planification de la résilience climatique et d'approches durables de gestion des actifs.
Déployer des dispositifs de surveillance de la température à distance, des systèmes de surveillance de l'équipement, des plateformes de maintenance numériques, des systèmes de surveillance de la température et d'autres systèmes de suivi des performances. Élaborer des procédures opérationnelles standardisées pour la maintenance, la remontée des problèmes, la réparation et le suivi, et utiliser les résultats de la surveillance des températures pour déterminer les mesures correctives à prendre.	Utiliser systématiquement les données relatives aux performances des actifs, à la surveillance de la température et à la maintenance pour prioriser les réparations, identifier les goulets d'étranglement, améliorer le temps de fonctionnement, identifier les écarts de température liés à la chaleur, surveiller les défaillances pendant les pannes de courant et faciliter les décisions relatives à la maintenance et au remplacement.	Utiliser le dispositif de surveillance de la température à distance, le système de surveillance de l'équipement, les performances des actifs et les informations de maintenance pour optimiser le placement de l'équipement, la planification du remplacement, les investissements pour la résilience climatique, les investissements dans la maintenance et les performances de l'infrastructure à long terme.
Renforcer les capacités des techniciens, les équipes de maintenance, le personnel biomédical et le personnel gouvernemental pour assurer la maintenance, le dépannage, la réparation et la surveillance de l'infrastructure de la chaîne du froid et de la chaîne d'approvisionnement. Créer des partenariats de maintenance, des réseaux de services et des modèles de service intégrés, le cas échéant.	Mettre en place des programmes de certification et des parcours de développement des capacités pour les techniciens de la chaîne du froid et les équipes biomédicales. Renforcer les systèmes de supervision, les contrats de service, les partenariats de maintenance et les modèles de soutien externalisé lorsqu'ils améliorent la durabilité et la capacité de riposte.	Renforcer les capacités institutionnelles pour pérenniser les systèmes de maintenance au moyen de la planification du personnel, de la planification de la relève, du transfert de connaissances, du financement public et de l'intégration avec les systèmes d'ingénierie biomédicale et de gestion des équipements.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Assurer la maintenance de l'infrastructure essentielle de la chaîne du froid et de la chaîne d'approvisionnement en adoptant des approches adaptées au contexte, notamment des équipes de maintenance mobiles, le support à distance, des outils numériques simplifiés et des approches de support par les pairs.
- Donner la priorité aux activités de maintenance et de réparation qui préservent la continuité des services et la disponibilité des vaccins durant les situations d'urgence.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Tout inventaire mené sur le terrain de manière ponctuelle sans lien avec la gestion des actifs en cours ou avec les systèmes de maintenance.
- Toute activité de maintenance ponctuelle qui ne contribue pas à des systèmes de maintenance durable, à la gestion des actifs ou aux performances de l'équipement sur le long terme.
- Tout équipement permettant la surveillance de la température à distance et tout système de surveillance de l'équipement de niveau 3 déployé sur des sites ne disposant pas d'une connectivité adéquate.
- Tout déploiement de la surveillance de la température à distance faisant double emploi (p. ex. dispositifs de surveillance de la température à distance isolés installés là où un équipement de la chaîne du froid permettant la surveillance de la température à distance est déjà déployé).

Restrictions supplémentaires liées à la TP

- Abonnements aux données pour les dispositifs de surveillance de la température à distance et les systèmes de surveillance de l'équipement de niveau 3.

Restrictions supplémentaires liées à la TA

- Investissements dans le suivi avancé de la maintenance ou dans la gestion des actifs numériques qui ne bénéficient pas de l'appropriation par le gouvernement, du financement, des plans pour la durabilité, des capacités techniques ou de l'infrastructure de soutien requis pour le fonctionnement à long terme.

Intervention phare 3.5 : Optimiser la conception du réseau de la chaîne d'approvisionnement du pays, les systèmes de distribution et la livraison au dernier kilomètre, notamment au moyen de nouvelles technologies de livraison et de partenariats.

Cette intervention phare améliore la conception du réseau de la chaîne d'approvisionnement, les systèmes de distribution et la livraison au dernier kilomètre, de sorte que les vaccins et les produits de santé soient acheminés avec une efficacité, une fiabilité et une équité accrues.

AI	TP	TA
Réaliser des exercices de conception, de cartographie et d'optimisation de la chaîne d'approvisionnement, puis mettre en œuvre les améliorations prioritaires. Utiliser SCANIT et des outils similaires pour évaluer les itinéraires, la fréquence de livraison, les emplacements de stockage, les modalités de transport et les systèmes de livraison au dernier kilomètre, en donnant la priorité aux populations mal desservies, sous-vaccinées et non vaccinées.	Utiliser systématiquement les données sur la cartographie, l'optimisation et les performances de la chaîne d'approvisionnement pour guider les décisions de planification, de budgétisation, de gestion du réseau et de priorisation.	Utiliser des outils prédictifs (notamment l'IA, le cas échéant), la planification de scénarios, des approches d'optimisation et des données sur les performances pour améliorer en continu la conception du réseau, la gestion des perturbations, la résilience, l'efficacité et l'équité.
Expérimenter et mettre en œuvre des approches de livraison et des partenariats améliorés, notamment la	Intensifier les approches de livraison éprouvées et renforcer le financement public, la supervision et	Renforcer la gestion publique durable des systèmes de livraison et des partenariats au moyen du

livraison directe pour les populations sous-vaccinées et non vaccinées, des partenariats logistiques, des modèles de services externalisés et d'autres dispositions adaptées au contexte qui améliorent l'accès, la disponibilité ou l'efficience, mises au point et testées en consultation avec les intervenantes et intervenants en première ligne.	le suivi des performances des modalités de livraison. Renforcer l'intégration avec les systèmes plus larges de distribution de produits de santé et de prestation de soins de santé primaires, lorsque cela est bénéfique.	financement, de la gestion des contrats, du suivi des performances et de l'amélioration continue de la livraison au dernier kilomètre.
Renforcer les systèmes de distribution et de logistique inverse soutenant la redistribution des vaccins et des fournitures, le déplacement des équipements, les activités de maintenance, la collecte des actifs obsolètes, la gestion des déchets et d'autres flux de retour.	Intégrer la logistique inverse aux opérations de routine de la chaîne d'approvisionnement et la coordonner avec des systèmes de produits de santé plus larges, le cas échéant.	Optimiser les systèmes de distribution et de logistique inverse en utilisant les informations sur les performances, l'utilisation, les coûts et la qualité des services pour améliorer l'efficacité, la durabilité et la réactivité.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Utiliser les données disponibles pour évaluer l'impact des conflits ou des situations d'urgence, puis mettre en œuvre un soutien logistique prioritaire, notamment des changements touchant les emplacements de stockage, la fréquence de livraison, les modalités de transport et les systèmes de distribution.
- Adapter les solutions logistiques et de distribution à la situation d'urgence et aux contraintes d'accès (p. ex. systèmes de livraison directe) en s'appuyant sur les moyens existants de la chaîne d'approvisionnement et sur les réseaux d'acteurs humanitaires.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Études isolées portant sur la conception, la cartographie ou l'optimisation de systèmes ou sur la conception de réseaux qui ne sont pas liées à la mise en œuvre des améliorations identifiées.

Restrictions supplémentaires liées à la TP et à la TA

- Livraison directe hors des communautés sous-vaccinées et/ou des populations zéro dose.

4. Données, suivi et apprentissage, manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI)

Des données de bonne qualité, disponibles en temps opportun, accessibles et utiles sont essentielles pour la planification, le suivi, la redevabilité, l'apprentissage et l'amélioration continue. Le soutien de Gavi doit renforcer les systèmes d'information réguliers, la qualité des données, les mesures ciblées, l'analyse, l'utilisation des données probantes, l'apprentissage et les outils numériques qui aident les pays à identifier les populations zéro dose et sous-vaccinées, à suivre les performances, à prioriser les ressources et à améliorer les décisions.

Tout au long du continuum de transition, les investissements dans les données doivent financer de moins en moins des activités fragmentées, soutenues par les partenaires ou spécifiques aux programmes, et de plus en plus des systèmes publics intégrés et interopérables pour la génération

de données probantes, la prise de décision, l'apprentissage et l'amélioration de la vaccination, des soins de santé primaires et de priorités sanitaires plus larges. Les investissements doivent être en adéquation avec les besoins en matière de maturité numérique, de gouvernance, de capacités du personnel, d'infrastructure et de durabilité.

La transition en bref

AI	TP	TA
Rendre visibles les lacunes de données prioritaires et renforcer les systèmes réguliers, la qualité des données, la validation et la génération de données probantes.	**Utiliser systématiquement les données pour les décisions** par le biais de systèmes publics intégrés et interopérables, de l'analyse, de l'utilisation des données probantes et de l'apprentissage.	Pérenniser et améliorer les **systèmes nationaux qui génèrent des données probantes fiables, soutiennent les décisions, financent les coûts récurrents et favorisent l'apprentissage continu**.

Structure des interventions phares

Les trois interventions phares couvrent des aspects complémentaires du cycle données-apprentissage.

- **L'intervention phare 4.1** renforce les systèmes de collecte de données, les systèmes d'information réguliers, les mesures, le suivi et le comblement des lacunes de données, de sorte que les pays disposent de données probantes fiables pour les décisions programmatiques.
- **L'intervention phare 4.2** renforce l'analyse, les outils d'aide à la décision et l'utilisation des données infranationales pour permettre aux pays de transformer les données en actions.
- **L'intervention phare 4.3** renforce la recherche sur la mise en œuvre, les systèmes d'apprentissage et l'application des connaissances, de sorte que les pays puissent générer de nouvelles connaissances, adapter les programmes et améliorer l'efficacité.

Intervention phare 4.1 : Renforcer les systèmes de collecte de données pour améliorer la disponibilité des données aux niveaux national et infranational.

Cette intervention phare renforce la génération, la validation, la disponibilité et la fiabilité des données, de sorte que les programmes disposent des données probantes nécessaires pour la gestion, la redevabilité et les décisions.

Intervention phare 4.1A. Systèmes d'information réguliers basés sur le numérique

Renforcer les systèmes d'information réguliers nationaux, l'interopérabilité et l'infrastructure de santé numérique, de sorte que les pays puissent collecter, gérer et disposer durablement de meilleures données de routine.

AI	TP	TA
Mettre à niveau les plateformes SGIS nationales comme	Relier et consolider les systèmes d'information réguliers à l'échelle des	Pérenniser et améliorer les systèmes d'information intégrés au

les systèmes DHIS2 et les systèmes de surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables et des maladies évitables par la vaccination, les systèmes de suivi des campagnes et les systèmes d'information logistique sur les vaccins. Utiliser des mises à niveau pour améliorer la collecte, la qualité, l'exhaustivité et l'examen des données, ainsi que la confiance dans les données des programmes, notamment la collecte et l'utilisation régulières de données sur l'équité ventilées par sexe et par genre. Inclure des fonctions pratiques comme les contrôles automatisés de la qualité des données, la génération de retours d'information et de meilleurs flux de travail pour l'établissement de rapports.	plateformes de vaccination, de soins de santé primaires et du secteur de la santé, notamment les systèmes CRVS, les systèmes d'information pour les ressources humaines, les systèmes de la chaîne d'approvisionnement et d'autres plateformes numériques prioritaires. Utiliser l'interopérabilité pour limiter les rapports faisant double emploi, harmoniser les définitions et soutenir l'échange de données.	moyen de la gouvernance à long terme, du financement national, du développement du personnel, de la maintenance des systèmes et de l'amélioration continue. Financer progressivement les coûts récurrents au moyen des systèmes publics, notamment l'hébergement, l'octroi de licences, la connectivité, l'assistance technique et l'administration des systèmes.
Poser les fondations numériques de l'interopérabilité, notamment les listes principales d'établissements, les services de terminologie partagés, les normes communes, les couches d'interopérabilité ou les passerelles API et les composantes de l'architecture d'entreprise. Appliquer ces fondations aux systèmes prioritaires de vaccination et du secteur de la santé, dès le départ.	Élargir l'échange et la consolidation de données de routine sur les systèmes interopérables et les plateformes gouvernementales. Améliorer la cohérence, la comparabilité et l'échange des informations entre les ensembles de données sur la vaccination, les soins de santé primaires, la logistique, la surveillance, les ressources humaines pour la santé et d'autres secteurs de la santé.	Renforcer la gouvernance, la gestion, le financement et la gestion des écosystèmes d'information interopérables qui soutiennent les priorités relatives à la prestation de services intégrés, aux soins de santé primaires et, plus largement, à la couverture sanitaire universelle.
Renforcer la fiabilité et les performances des systèmes au moyen d'agents du ministère de la Santé formés, d'audits des systèmes d'information, de contrôles automatisés de la qualité des données, de mécanismes de retour d'information, d'examens de la qualité des données et du suivi des systèmes de routine. Utiliser les résultats pour améliorer l'exhaustivité, l'actualité, la cohérence et la fiabilité des données des programmes.	Utiliser les audits des systèmes d'information, les examens de la qualité des données, le retour d'information automatisé et le suivi des performances des systèmes dans les processus de gestion publique et d'amélioration de la qualité de routine.	Pérenniser la fiabilité des systèmes d'information au moyen de la planification de la relève du personnel, du financement national, des capacités techniques et de l'amélioration continue de la qualité.
Élaborer ou mettre à jour des feuilles de route pour la santé numérique et des plans de mise en œuvre en utilisant les évaluations de l'état de préparation au numérique, de la maturité et de la qualité des données. Utiliser ces plans pour prioriser les investissements dans le numérique, les besoins d'interopérabilité, le renforcement des systèmes d'information et l'utilisation future des technologies émergentes appropriées, en s'assurant que les évaluations	Mettre à jour et mettre en œuvre les feuilles de route pour la santé numérique en s'appuyant sur l'expérience de la mise en œuvre, l'évolution des écosystèmes numériques et les occasions de consolidation des systèmes de vaccination, de soins de santé primaires et de santé en général.	Utiliser les feuilles de route pour la santé numérique pour guider la transformation numérique à long terme, la durabilité, l'interopérabilité, le financement et la gestion des technologies émergentes de sorte que le gouvernement puisse se les approprier et les gérer.

rendent compte des écarts d'accès au numérique et des différences de culture numérique au sein du personnel de santé et des populations desservies.		

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Utiliser des outils simplifiés, mobiles ou pouvant être utilisés hors ligne pour la collecte de données, avec des chargeurs solaires ou des batteries externes si nécessaire.
- Fournir, pour une durée limitée, une assistance technique, du matériel, une personnalisation des plateformes ou des adaptations logicielles quand il existe une ligne budgétaire ou un plan de durabilité pour un soutien continu.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Plateformes, outils ou expansion des systèmes de santé numérique non intégrés aux stratégies, aux feuilles de route, à l'architecture d'entreprise ou aux modalités de gouvernance nationales pour la santé numérique.
- Toute activité qui promeut des systèmes parallèles de rapports de routine.
- Tout outil non déployable à plus grande échelle, non standardisé, non conforme aux normes d'interopérabilité pertinentes ou qui n'est pas accompagné de plans à long terme pour la durabilité et l'utilisation.
- Planification de campagnes de vaccination par antigène spécifique ou systèmes d'information qui ne sont pas déployables à plus grande échelle ou interopérables avec les systèmes d'information existants.
- Nouveaux registres spécifiques à la vaccination. Gavi ne recommande pas d'investir dans de nouveaux registres spécifiques à la vaccination pour la période stratégique 6.0 en raison des coûts d'installation, des coûts de fonctionnement, des besoins d'infrastructure et des risques pour la durabilité. Pour les pays déjà dotés de ces nouveaux registres, le soutien doit être axé sur la durabilité, la gouvernance et le financement coordonné à long terme, plutôt que sur l'expansion de systèmes isolés.

Intervention phare 4.1B. Mesure, suivi et comblement des lacunes en matière de données

La mesure ciblée doit compléter les systèmes réguliers. Elle doit générer ou valider des données, combler les lacunes en matière d'information prioritaires, améliorer les estimations de population et fournir des données probantes pour l'amélioration des programmes.

AI	TP	TA
Utiliser la mesure ciblée pour générer ou valider des données probantes lorsque les systèmes réguliers ne fournissent pas suffisamment d'informations. Par exemple : le suivi pratique rapide, les évaluations peu fréquentes des établissements de santé, l'échantillonnage d'assurance qualité par lot, les enquêtes téléphoniques, les facteurs comportementaux,	Intégrer la mesure ciblée dans les processus de routine d'examen des programmes, de suivi, de planification et d'utilisation des données probantes, de sorte que les lacunes prioritaires en matière d'information soient identifiées, comblées et suivies au moyen des systèmes publics.	Pérenniser les approches de mesure ciblées et efficaces au regard des coûts qui complètent les systèmes réguliers et servent à valider les données, surveiller l'équité, étayer la priorisation et soutenir l'amélioration continue des programmes.

AI	TP	TA
l'analyse axée sur le genre et le suivi des campagnes en temps réel. Utiliser les résultats pour identifier les goulets d'étranglement, les populations mal desservies, les obstacles aux services, les problèmes de qualité des données et les lacunes en matière de données probantes.		
Mener des activités ciblées d'estimation des populations et de validation de la couverture lorsque les systèmes d'information réguliers ne sont pas suffisants. Utiliser les données des enquêtes, le recensement ciblé, les méthodes de microrecensement ou d'autres approches validées, le cas échéant.	Améliorer les estimations des populations cibles et de la couverture en utilisant plusieurs sources de données, en incluant les données des enquêtes, les données des microrecensements, le recensement ciblé, l'analyse géospatiale, l'apprentissage machine et d'autres approches validées.	Intégrer et financer durablement les approches qui améliorent les estimations des populations cibles et la mesure de la couverture, dans les systèmes publics et les processus de planification réguliers.
Intégrer les indicateurs et les modules de vaccination dans les enquêtes nationales prévues auprès des ménages et dans d'autres efforts de collecte de données à grande échelle. Mener des enquêtes ciblées sur la couverture vaccinale uniquement lorsque les autres sources de données sont insuffisantes.	Comparer systématiquement les données programmatiques de routine aux résultats des enquêtes et aux sources de données complémentaires et valider ces données. Lorsque des outils adéquats existent (enquêtes à indicateurs multiples, enquêtes démographiques de santé ou autres enquêtes nationales planifiées), les approches intégrées doivent être préférées aux enquêtes isolées sur la couverture vaccinale.	Pérenniser les approches de mesure intégrées au moyen des processus publics de planification, de financement et d'examen de routine, tout en réduisant progressivement les doubles emplois et le coût des enquêtes.
Réaliser des mesures qualitatives et quantitatives des indicateurs relatifs aux facteurs comportementaux, au genre, à l'équité et à la préparation des services pour mieux comprendre les obstacles entravant la demande, les contraintes des personnes soignantes, l'acceptabilité des services, la composition du personnel et d'autres facteurs qui affectent les performances des programmes.	Examiner et valider systématiquement les données probantes relatives au comportement, au genre, à l'équité et à la préparation des services, en même temps que les données des systèmes d'information de routine.	Utiliser les approches de mesure du comportement, du genre, de l'équité et de la mise en œuvre lors de la génération et de la validation de données probantes de routine.
Mener des activités ciblées de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre pour combler les lacunes prioritaires en matière d'information. Il peut s'agir d'évaluations de la gestion efficace des vaccins ou d'autres exercices de mesure structurés qui génèrent des données probantes pour l'amélioration des programmes.	Intégrer les résultats des évaluations et des exercices de suivi dans les processus d'examen et de validation des données probantes de routine.	Pérenniser les approches de suivi efficaces au regard des coûts qui génèrent des données probantes exploitables et qui sont intégrées dans les systèmes publics d'examen et d'apprentissage.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Utiliser des outils mobiles capables de fonctionner hors ligne dans les zones difficiles à atteindre.

- Renforcer les protocoles de sécurité pour la collecte de données dans les contextes touchés par des conflits.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Toute enquête ponctuelle et non planifiée qui n'est pas liée aux besoins en données probantes, à la conception des programmes, à l'examen de la mise en œuvre ou au suivi de routine.
- Toute enquête de couverture auprès des ménages ne contenant pas de questions liées aux facteurs comportementaux clés, lorsqu'il est possible d'intervenir sur le questionnaire ou sur la conception de l'étude.
- Toute intervention qui collecte des données de manière non standardisée, qui n'utilise pas de métadonnées reconnues ou qui n'est pas alignée sur le système d'échange d'information sanitaire ou sur l'approche d'interopérabilité du pays.

Intervention phare 4.2 : Renforcer l'analyse des données à l'aide des technologies et du renforcement des capacités afin d'améliorer la prise de décision et les performances des programmes.

Cette intervention phare aide les programmes à transformer les données disponibles en connaissances, en priorités et en actions au moyen d'approches d'analyse, de visualisation, de modélisation, de prévision et d'utilisation des données au niveau infranational.

Intervention phare 4.2A. Analyse et aide à la décision reposant sur la technologie

Renforcer les capacités analytiques au moyen d'outils numériques qui améliorent la visualisation, la triangulation, la modélisation, les prévisions, les informations automatisées et l'aide à la décision.

AI	TP	TA
Mettre en œuvre ou expérimenter des outils numériques éprouvés au sein des SGIS/systèmes d'information sur les ressources humaines existants pour améliorer la visualisation, la triangulation, la modélisation, les prévisions, les informations automatisées et l'analyse de routine des données des programmes.	Déployer des outils d'analyse éprouvés et les intégrer dans les processus de routine de planification, de priorisation, de budgétisation, d'examen des programmes et de prise de décision relative aux soins de santé primaires.	Pérenniser et optimiser les capacités publiques d'analyse et d'aide à la décision au moyen du financement national, du développement du personnel, de la gouvernance, de la maintenance des systèmes et de l'amélioration continue.
Adapter des concepts numériques éprouvés pour faire face aux enjeux programmatiques locaux, comme la mobilité des populations, des problèmes de dénominateur, l'identification des populations zéro dose, les populations vulnérables, les déficits de capacités des agentes et agents de santé et les obstacles entravant la demande.	Utiliser systématiquement les résultats analytiques à l'appui de la microplanification, du ciblage, de la priorisation et de l'amélioration des programmes de vaccination et de soins de santé primaires.	Renforcer les capacités publiques à long terme à gérer, à adapter et à améliorer les approches analytiques à mesure que les priorités des programmes et les besoins des populations évoluent.
Renforcer les capacités nationales et infranationales pour interpréter les	Intégrer les capacités analytiques dans les processus de routine de	Pérenniser les capacités analytiques au moyen du développement du

tableaux de bord, les produits analytiques, les résultats de la modélisation, les prévisions et les informations automatisées.	planification, d'examen et de priorisation des programmes en réduisant la dépendance envers le soutien technique extérieur.	personnel, du transfert de connaissances, du financement national et de la planification de la relève.
Mener des évaluations de l'état de préparation à l'IA et développer des approches de gouvernance, d'élaboration de politiques et de gestion des risques en la matière, dans le cadre plus large des stratégies du secteur de la santé et des technologies de l'information et de la communication.	Appliquer les analyses basées sur l'IA et avancées lorsque les conditions de préparation, de gouvernance, d'interopérabilité, de qualité des données, de sécurité, de confidentialité et de durabilité sont réunies.	Soutenir les analyses basées sur l'IA et avancées au moyen de la gouvernance publique, du financement, des capacités du personnel, des contrôles de confidentialité et de sécurité, de l'assurance qualité et de l'atténuation des risques de biais.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Adapter les outils numériques pour améliorer l'analyse des données existantes sans devenir dépendant d'une connectivité avancée qui n'est pas forcément disponible.
- Utiliser des outils numériques innovants pour des contextes précis ou une aide à la décision du ministère de la Santé limitée dans le temps lorsque les systèmes réguliers sont perturbés ou insuffisants.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Toute intervention qui ne répond pas à une lacune programmatique identifiée ou qui ne présente aucune opportunité plausible d'intégration et de mise à l'échelle.
- Toute intervention qui n'est pas adaptée à la préparation numérique, à l'infrastructure, aux capacités du personnel, aux modalités de gouvernance ou aux conditions de durabilité du pays.
- Toute intervention qui n'est pas alignée sur les plans stratégiques nationaux, les plans de travail du SGIS/du système d'information sur les ressources humaines, les feuilles de route pour la santé numérique ou l'architecture d'entreprise.
- Mise à l'échelle des interventions d'IA générative dépourvues d'ensembles de données spécifiques au contexte, de modalités de gouvernance, d'atténuation des biais, de contrôles de la confidentialité et de la sécurité ou de mécanismes d'assurance qualité.
- Mise à l'échelle d'interventions numériques ou analytiques non assorties de plans clairs pour le renforcement des capacités, la transition ou le transfert au gouvernement.

Intervention phare 4.2B. Utilisation des données et amélioration des performances au niveau infranational

Renforcer les équipes infranationales pour qu'elles utilisent les données disponibles et améliorées pour la planification, la résolution des problèmes, l'amélioration des services et l'examen des performances au niveau local.

AI	TP	TA
Élaborer et utiliser des tableaux de bord intégrés et des analyses qui s'appuient sur le SGIS/le système d'information sur les ressources humaines, le SIGL, les enquêtes, la	Poursuivre le renforcement des tableaux de bord intégrés, des capacités analytiques infranationales et des processus d'utilisation des données tout en réduisant la	Utiliser les pratiques d'utilisation des données dans les opérations du système de santé et les examens des performances de routine, soutenues par l'appropriation par le

surveillance, le suivi des campagnes et d'autres sources de données pertinentes. Les utiliser pour soutenir l'examen des programmes et l'aide à la décision au niveau des provinces, des districts et des établissements.	dépendance envers le soutien technique extérieur. Utiliser systématiquement les tableaux de bord et les résultats analytiques dans les processus d'examen au niveau des districts et des provinces et au niveau national.	gouvernement, le financement national, les capacités institutionnelles et la gestion.
Renforcer l'examen et l'interprétation réguliers des données au niveau des établissements, des districts et des provinces, de sorte que les équipes locales puissent identifier les populations prioritaires, les difficultés de mise en œuvre et les possibilités d'amélioration en utilisant leurs propres données.	Intégrer l'interprétation et le suivi réguliers des données dans les processus de gestion au niveau des districts, des établissements et des programmes, en s'assurant que les équipes infranationales utilisent leurs propres données pour la planification et les mesures correctives.	Pérenniser l'utilisation des données et les pratiques de suivi locales au moyen des systèmes publics, des budgets ordinaires et des capacités de gestion au niveau infranational.
Utiliser l'analyse rapide des données de vaccination au niveau infranational pour identifier et régler les problèmes de qualité des données et étayer les décisions locales. Cela peut inclure l'examen des listes, la correction des données manquantes et des valeurs aberrantes, le choix des dénominateurs et la validation, en utilisant les données des enquêtes, le cas échéant.	Intégrer l'analyse rapide et la résolution des problèmes de qualité des données dans les cycles infranationaux réguliers d'examen, de planification et d'amélioration des performances.	Pérenniser les capacités d'analyse locales pour améliorer en continu la qualité des données, les estimations relatives aux dénominateurs et les décisions liées aux programmes.
Utiliser des estimations améliorées relatives aux dénominateurs, des analyses de population et des données probantes triangulées pour étayer la microplanification, la planification de la prestation de services, le ciblage et l'allocation des ressources au niveau local.	Appliquer systématiquement les estimations de population et de couverture améliorées dans les processus de planification, de prestation de services et de priorisation au niveau des districts et des provinces.	Utiliser l'amélioration des dénominateurs et les approches de planification fondée sur des données probantes dans les processus de planification, de budgétisation et d'examen de routine.
Travailler avec les groupes techniques nationaux et régionaux, les universités, les établissements de santé publique et les organismes d'épidémiologie pour renforcer l'analyse au niveau infranational et utiliser les données probantes pour atteindre les enfants zéro dose et sous-vaccinés et les communautés négligées.	Mettre en place des parcours de renforcement des capacités et le suivi des résultats de sorte que les équipes nationales et infranationales s'approprient progressivement et utilisent les fonctions analytiques.	Pérenniser les capacités analytiques et les partenariats locaux au travers d'accords institutionnels, du financement national et de l'intégration dans les systèmes de planification et d'examen publics de routine.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Renforcer la capacité des organisations de la société civile locales et des organismes humanitaires à collecter, trianguler, analyser et exploiter les données dans les contextes fragiles et humanitaires.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Tout investissement perpétuant des systèmes de rapports parallèles.

- Tout investissement non aligné sur un plan intégré et coordonné de renforcement du SGIS.
- Tout atelier ou toute réunion d'examen ponctuel sans lien avec les processus d'utilisation des données de routine, les actions de suivi ou les mécanismes d'amélioration des programmes.
- Tout tableau de bord ou outil isolé utilisé au niveau infranational qui ne peut pas fonctionner avec les systèmes ou les bases de données existants.
- Tout investissement qui ne s'aligne pas sur les plans de gestion de l'information sanitaire au niveau national et des districts.

Intervention phare 4.3 : Renforcer la recherche sur la mise en œuvre, les systèmes d'apprentissage et l'application des connaissances pour améliorer l'efficacité des programmes.

Cette intervention phare soutient la recherche sur la mise en œuvre, l'apprentissage opérationnel, l'apprentissage entre pairs, l'apprentissage adaptatif et l'application des connaissances qui abordent les défis programmatiques concrets et améliorent l'efficacité des programmes.

Les pays peuvent utiliser leur budget en espèces pour la période de Gavi 6.0 afin de financer les examens et les évaluations qui répondent aux besoins de données probantes prioritaires et éclairent les décisions programmatiques et d'investissement. Les évaluations doivent être intégrées dans les approches plus larges de suivi, d'évaluation, d'apprentissage et de gestion des performances du pays, avec un plan clair décrivant comment les résultats seront utilisés pour adapter les programmes, étayer les politiques ou orienter les investissements futurs.

AI	TP	TA
Utiliser la recherche sur la mise en œuvre, l'apprentissage opérationnel, les échanges entre pairs et l'apprentissage structuré pour gérer les goulets d'étranglement prioritaires, comme les enfants zéro dose, les lacunes liées au genre et à l'équité, les contraintes de prestation de services, les difficultés liées au personnel, les obstacles entravant la demande et les problèmes de gestion des programmes. Faire participer les universités, les institutions techniques, les associations professionnelles et les partenaires pour l'apprentissage, si nécessaire.	Continuer d'utiliser la recherche sur la mise en œuvre, l'apprentissage opérationnel, l'apprentissage entre pairs et l'application des connaissances pour relever les défis programmatiques émergents tout en intégrant les fonctions d'apprentissage à la vaccination systématique, aux soins de santé primaires, à l'amélioration de la qualité et aux processus d'examen du secteur de la santé.	Pérenniser les fonctions nationales de recherche sur la mise en œuvre, d'apprentissage et d'application des connaissances au travers du financement national, de l'appropriation institutionnelle et de l'intégration dans les écosystèmes d'apprentissage de la santé publique, des soins de santé primaires et du système de santé au sens large.
Utiliser la recherche sur la mise en œuvre et l'apprentissage opérationnel pour générer des données probantes en vue d'améliorer la conception et la mise en œuvre des programmes. Évaluer si les adaptations des programmes ont entraîné de meilleurs résultats.	Utiliser systématiquement les résultats de la recherche sur la mise en œuvre, de l'apprentissage opérationnel, des examens des programmes et des échanges entre pairs pour guider l'adaptation des stratégies de vaccination et de soins de santé primaires, les politiques et les approches de mise en œuvre. Continuer de commander des recherches pour gérer les priorités et les défis émergents.	Renforcer les capacités nationales pour concevoir, commander, financer, gérer et utiliser de manière indépendante des recherches sur la mise en œuvre et des activités d'apprentissage dans le cadre des fonctions gouvernementales et de santé publique de routine.

Créer des approches d'apprentissage entre pairs, des communautés de pratique et une collaboration entre les programmes, les chercheurs, les gestionnaires, les institutions techniques et les organisations partenaires pour identifier, adapter et intensifier les approches qui donnent des résultats.	Intégrer les approches d'apprentissage entre pairs, d'apprentissage adaptatif et de partage de connaissances dans les processus de gestion des programmes, d'examen et de renforcement des capacités de routine.	Pérenniser les réseaux d'apprentissage et les mécanismes de partage de connaissances nationaux avec un recours moindre à l'aide extérieure et au financement axé sur les projets.
Renforcer les capacités pour la recherche sur la mise en œuvre, l'apprentissage adaptatif, l'animation, la synthèse des connaissances et l'application des connaissances.	Mettre en place des systèmes d'apprentissage structurés qui relient la génération de données probantes, l'examen des programmes, la planification, la mise en œuvre des soins de santé primaires et l'amélioration des programmes.	Inclure les fonctions d'apprentissage, d'application des connaissances et d'amélioration continue dans les programmes nationaux, les universités, les établissements de santé publique et les systèmes d'apprentissage du secteur de la santé au sens large.
Renforcer les capacités des pays en matière d'apprentissage entre pairs, d'apprentissage adaptatif et d'examen de la stratégie nationale de vaccination, du cadre de suivi, d'évaluation et d'apprentissage et du programme essentiel de vaccination. Utiliser les approches d'apprentissage aux niveaux mondial, national et infranational pour éliminer les goulets d'étranglement à la mise en œuvre à moyen terme, virtuellement ou en personne selon le cas.	Intégrer les fonctions d'apprentissage entre pairs, d'apprentissage adaptatif, d'examen de la stratégie nationale de vaccination, du cadre de suivi, d'évaluation et d'apprentissage et du programme essentiel de vaccination dans les processus de gestion des programmes, d'examen, d'amélioration de la qualité et de soins de santé primaires de routine. Continuer à utiliser les réseaux d'apprentissage entre pairs et l'apprentissage à la mise en œuvre pour soutenir l'adaptation et l'amélioration continue des programmes.	Pérenniser les fonctions d'apprentissage entre pairs et d'apprentissage adaptatif dans le pays au moyen de l'appropriation institutionnelle, du financement national et du renforcement des capacités sur le long terme. Élargir l'autoapprentissage d'un pays à l'autre, l'apprentissage adaptatif au niveau infranational et les approches de plaidoyer pour le financement, lorsque cela est utile.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Utiliser l'apprentissage entre pairs et l'apprentissage à la mise en œuvre à court terme axé sur les problèmes pour éliminer les goulets d'étranglement à la mise en œuvre immédiate et résoudre les difficultés opérationnelles.
- Faciliter les échanges avec des pairs issus de contextes similaires (fragiles, humanitaires ou touchés par des conflits) pour identifier des solutions pratiques et les adapter.
- Utiliser des approches d'apprentissage flexibles, notamment l'apprentissage virtuel, asynchrone et à distance, lorsque des contraintes de déplacement, de sécurité ou de connectivité limitent les approches conventionnelles.
- Le cas échéant, fournir une aide extérieure pour aider les pays à identifier et à éliminer les goulets d'étranglement opérationnels immédiats tout en renforçant les capacités d'apprentissage à plus long terme.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Réunions ou ateliers ponctuels sans processus plus large d'apprentissage, de mise en œuvre, de suivi ou d'amélioration des programmes.

- Toute activité de formation didactique qui n'inclut pas de possibilités d'échange entre pairs, d'adaptation, de mise en œuvre ou d'apprentissage continu.
- Séminaires en ligne ponctuels, axés sur des présentations.
- Programmes de formation, programmes d'apprentissage en ligne, documents d'orientation ou outils sans lien avec les systèmes d'apprentissage actuels, les processus d'amélioration des programmes ou la mise en œuvre effective.
- Toute activité de renforcement des capacités peu claire ou mal définie, sans objectifs d'apprentissage, parcours de mise en œuvre ou résultats attendus.

5. Surveillance des maladies

Les systèmes de surveillance, de laboratoire et de diagnostic aident les pays à détecter et à surveiller les maladies évitables par la vaccination, à caractériser la charge de morbidité, à étayer la politique vaccinale, à surveiller l'innocuité des vaccins et à évaluer les performances des programmes. Ces fonctions fournissent des données probantes pour les décisions en matière de vaccination et l'amélioration des programmes.

La surveillance, les capacités des laboratoires et les diagnostics ne constituent pas une intervention phare de renforcement des systèmes de santé dans le cadre de Gavi 6.0. Ils restent des facteurs favorables importants pour d'autres domaines d'investissement, notamment les systèmes de données, la prestation de services et la gouvernance.

Le soutien de Gavi doit compléter les activités financées par les gouvernements et les partenaires, notamment le Fonds de lutte contre les pandémies, la Banque mondiale, le Fonds mondial, la Fondation pour les nouveaux diagnostics innovants, l'OMS et d'autres acteurs de la santé publique. Il ne doit pas dupliquer, déplacer ou remplacer des financements nationaux ou externes existants.

Le soutien de Gavi ne doit pas financer la surveillance conçue pour confirmer l'éradication mondiale d'une maladie. Les systèmes soutenus doivent être adaptés à l'objectif visé, tout en assurant un équilibre entre les performances, les coûts, la faisabilité et la durabilité.

La transition en bref

AI	TP	TA
Fournir un soutien ciblé et utiliser les données probantes des fonctions de surveillance des maladies évitables par la vaccination, de laboratoire, de diagnostic, d'aiguillage des échantillons et d'innocuité des vaccins pour **étayer les décisions relatives à la vaccination et à l'amélioration des programmes**.	**Utiliser systématiquement des données probantes ciblées** dans les examens du programme essentiel de vaccination, la planification de la vaccination, la planification des campagnes, la priorisation et la surveillance de l'innocuité des vaccins.	Limiter le soutien aux **besoins de transition ciblés** liés à la planification nationale, à l'alignement des partenaires, à l'examen de la qualité des données et aux fonctions de surveillance pertinentes pour la vaccination.

Structure des investissements

Cette section présente un ensemble ciblé d'activités. Elle reflète le rôle limité et ciblé de Gavi concernant la surveillance, les capacités des laboratoires et les diagnostics dans le cadre du renforcement des systèmes de santé.

AI	TP	TA
Renforcer les fonctions de surveillance des maladies évitables par la vaccination qui soutiennent les priorités en matière de vaccination. Cela peut inclure la surveillance intégrée, les capacités du personnel, la qualité des données, l'établissement de rapports en temps utile et l'utilisation des informations de surveillance.	Intégrer un soutien ciblé de la surveillance des maladies évitables par la vaccination dans les systèmes de santé publique, de soins de santé primaires et de surveillance nationale de routine. Utiliser les données de surveillance dans la planification du programme essentiel de vaccination, les examens et les décisions programmatiques.	Soutenir la planification nationale de la surveillance intégrée des maladies évitables par la vaccination et l'utilisation régulière des données de surveillance probantes pour les décisions en matière de vaccination, en veillant à ce que le soutien reste axé sur les priorités pertinentes pour la vaccination.
Fournir un soutien ciblé aux laboratoires, lié aux priorités en matière de vaccination. Cela peut concerner l'assurance qualité, la gestion des stocks, le développement du personnel, la formation et le soutien de laboratoires de référence nationaux ou régionaux. Dans la mesure du possible, former le personnel à la bonne utilisation des diagnostics et des tests de diagnostic rapide.	Créer des liens entre les fonctions de laboratoire, la surveillance et les programmes de vaccination. Soutenir l'échange et l'utilisation réguliers d'informations sur la surveillance et les laboratoires à l'appui des décisions en matière de vaccination.	Soutenir des améliorations ciblées de l'assurance qualité des laboratoires, du suivi, de l'évaluation et de la formation aux nouvelles technologies. Éviter de dupliquer des investissements dans les laboratoires plus larges et soutenus par des gouvernements et des partenaires.
Acquérir et déployer des diagnostics financés par Gavi lorsque cela est justifié, avec un soutien à la mise en œuvre lié aux priorités en matière de vaccination.	Intégrer les fonctions de diagnostic dans les systèmes de surveillance et de laboratoire de routine. Renforcer la coordination entre les équipes de surveillance, de laboratoire, de diagnostic et de vaccination.	Planifier les fonctions de diagnostic, notamment le financement national et les modalités de la transition, le cas échéant. Garder le soutien ciblé sur des besoins de diagnostic justifiés liés à la vaccination.
Soutenir l'aiguillage et le transport des échantillons seulement en l'absence d'alternative appropriée. Utiliser des approches de transport intégrées couvrant plusieurs maladies et programmes, le cas échéant.	Renforcer la coordination et la planification pour les systèmes d'aiguillage des échantillons, en utilisant les systèmes de transport des programmes de santé publique et de lutte contre les maladies, lorsque cela est faisable.	Soutenir la planification de la transition pour les systèmes d'aiguillage et de transport des échantillons et relier ces systèmes aux programmes de santé publique et de lutte contre les maladies, lorsque cela est possible.
Renforcer les systèmes permettant de détecter les préoccupations en matière d'innocuité des vaccins, de les étudier, de les évaluer et d'y répondre. Cela peut couvrir le suivi des manifestations post-vaccinales indésirables, l'examen des signaux relatifs à la sécurité, la communication de crise, la coordination entre les laboratoires de référence, la formation du personnel et les systèmes d'information intégrés.	Intégrer la surveillance de l'innocuité des vaccins et la réponse dans les programmes de vaccination systématique et de surveillance, en particulier pour les nouveaux vaccins.	Maintenir les mécanismes d'examen de l'innocuité des vaccins, les capacités du personnel, l'assurance qualité et les liens avec les systèmes de surveillance nationaux.
Utiliser les données probantes de surveillance et des laboratoires dans la planification et les examens du programme essentiel de vaccination,	Utiliser régulièrement les données probantes de surveillance et des laboratoires dans les examens du programme essentiel de vaccination,	Continuer d'utiliser régulièrement les données probantes de surveillance et des laboratoires dans les politiques de vaccination, la

l'intensification périodique de la vaccination systématique, l'introduction de vaccins et l'identification des déficits immunitaires et des populations mal desservies.	la planification de la vaccination, la priorisation au niveau infranational, les décisions relatives au portefeuille vaccinal et l'optimisation des programmes.	planification, la priorisation et l'amélioration des performances.
Élaborer des directives pour la surveillance, les laboratoires et le diagnostic, des supports de formation et des systèmes adaptables pouvant couvrir des maladies évitables par la vaccination et des menaces émergentes supplémentaires au fil du temps.	Intégrer la surveillance des maladies évitables par la vaccination dans les systèmes plus larges de surveillance et d'information de santé publique, le cas échéant, y compris les plateformes du Règlement sanitaire international si cela est possible.	Inclure les audits sur la qualité des données de surveillance et des laboratoires dans les évaluations de la qualité des données programmatiques et dans les examens des performances de routine. Utiliser le suivi et l'évaluation pour maintenir les performances des laboratoires et de la surveillance.

Autres remarques sur les campagnes

- Utiliser les données probantes de surveillance et des laboratoires disponibles pour le suivi et l'évaluation des campagnes, les ripostes aux flambées épidémiques et les activités liées à la non-vaccination.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Fournir un soutien ciblé limité dans le temps pour la surveillance des principales maladies évitables par la vaccination, le diagnostic et le personnel de laboratoire, lorsque cela est nécessaire pour maintenir des fonctions essentielles.
- Renforcer les approches de surveillance communautaire parallèlement aux approches de surveillance traditionnelle lorsque cela améliore la détection précoce et la communication de l'information.
- Déployer rapidement des diagnostics et des capacités de laboratoire en réponse à des besoins émergents justifiés.
- Soutenir des coûts récurrents bien justifiés pour la détection précoce, la notification, les diagnostics, les réactifs et le transport d'échantillons, le cas échéant.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Investissements en matière de surveillance, de laboratoire ou de diagnostic qui dupliquent, déplacent ou remplacent des financements du gouvernement ou de partenaires.
- Toute activité de surveillance conçue pour confirmer l'éradication mondiale d'une maladie.
- Salaires du personnel de laboratoire et de surveillance de routine.
- Personnel de surveillance ou de laboratoire en dehors des systèmes publics.
- Construction d'une infrastructure de laboratoire nationale ou infranationale.
- Coûts de transport d'échantillons récurrents et élevés sans plan clair pour la transition ou la durabilité.
- Toute étude portant sur des questions d'innocuité des vaccins qui sont déjà bien documentées ou qui sont couvertes par des études importantes en cours.

6. Création de la demande et mobilisation communautaire

La création de la demande et la mobilisation communautaire sont deux éléments essentiels pour augmenter l'adoption de la vaccination, lutter contre la réticence à la vaccination, réduire le taux d'abandon et combler les écarts en matière d'équité et de genre dans les services de vaccination systématique, les campagnes, les activités de rattrapage et les ripostes d'urgence. Concernant la vaccination au-delà de la deuxième année de vie, les approches de création de la demande et de mobilisation communautaire doivent insister sur la nécessité, pour les personnes soignantes, d'appliquer le calendrier vaccinal et, le cas échéant, d'utiliser des approches de rappel et de suivi communautaire alignées sur la disponibilité et la capacité des services. Fondée sur les principes du genre et de l'équité, ainsi que sur des données issues des sciences sociales et comportementales, cette approche privilégie des solutions innovantes, déployables et basées sur des éléments probants afin de réduire la prévalence des enfants zéro dose et sous-vaccinés et de maintenir les progrès réalisés en matière de couverture vaccinale. Les interventions phares décrites ci-dessous constituent un modèle complet et axé sur les données pour mobiliser les communautés, améliorer la qualité et les modalités des services et favoriser l'apprentissage adaptatif. Elles encouragent les pays à accroître la confiance dans la vaccination et son adoption en intégrant la mobilisation ciblée, la création de la demande par voie numérique, des services de qualité centrés sur les personnes et des connaissances comportementales dans les systèmes de vaccination et de soins de santé primaires.

La transition en bref

AI	TP	TA
Recueillir des données probantes sur les obstacles comportementaux, sociaux et liés au genre qui freinent la vaccination et **concevoir et mettre en œuvre** des approches efficaces pour accroître l'adoption et réduire le taux d'abandon.	**Intégrer la mobilisation communautaire, les données comportementales et le retour d'information dans les systèmes réguliers** pour la planification, la prestation de services et les discussions budgétaires.	**Garantir la pérennité** de la création de la demande au moyen de capacités institutionnelles, de l'appropriation par les communautés, de ressources nationales, d'un apprentissage et d'une adaptation continus.

Structure des interventions phares

Les deux interventions phares couvrent des aspects complémentaires de la création de la demande et de la mobilisation communautaire. Ensemble, elles aident les pays à améliorer l'adoption, renforcer la confiance et répondre aux besoins des communautés.

- **L'intervention phare 6.1** renforce la mobilisation communautaire et la création de la demande grâce aux outils numériques pour atteindre les communautés négligées et réduire les taux d'abandon.
- **L'intervention phare 6.2** renforce la capacité des pays à collecter, analyser et utiliser des données sociales et comportementales pour mieux cibler les interventions.

Ces interventions phares sont étroitement liées à l'**Error! Reference source not found.**, sous le domaine d'investissement **Prestation de services**.

Intervention phare 6.1 : Étendre la mobilisation communautaire et la création de la demande grâce aux outils numériques pour attirer les proches aidants dans les communautés négligées et réduire les taux d'abandon.

Cette intervention phare renforce la mobilisation communautaire, la communication de confiance et les approches de création de la demande. Les activités doivent utiliser des données comportementales probantes, s'attaquer aux obstacles liés au genre et à l'équité, et inclure une mobilisation communautaire significative.

AI	TP	TA
Concevoir conjointement et tester des approches de mobilisation communautaire et de création de la demande à l'aide de connaissances comportementales, d'une conception centrée sur l'humain, de l'écoute sociale et du retour d'information des communautés pour identifier et lever les obstacles à l'adoption de la vaccination et au respect des calendriers vaccinaux.	Institutionnaliser les mécanismes liés à la mobilisation communautaire, aux données comportementales probantes, à l'écoute sociale et au retour d'information dans le cadre des processus de planification de la vaccination systématique, de prestation de services, de gestion des programmes et d'allocation des ressources.	Pérenniser la mobilisation communautaire et la création de la demande au moyen d'un financement national, de systèmes communautaires renforcés, de l'appropriation locale et de l'utilisation régulière des données comportementales probantes et du retour d'information des communautés en vue d'adapter les approches en permanence.
Mobiliser les personnes soignantes, les adolescentes et les adolescents, les organisations dirigées par des femmes, les pères, les chefs religieux, les chefs traditionnels, les figures communautaires et les réseaux locaux pour améliorer l'adoption de la vaccination et l'équité.	Mettre en place des partenariats et des mécanismes de retour d'information coordonnés entre les programmes de vaccination, les communautés, les OSC, les soins de santé primaires, l'éducation et les plateformes publiques locales pour soutenir la mobilisation régulière et l'amélioration des services.	Renforcer les partenariats communautaires à long terme et les mécanismes de redevabilité qui renforcent la confiance, l'appropriation, la réactivité et la demande de vaccination ainsi que d'autres services de soins de santé primaires prioritaires.
Identifier et gérer les obstacles liés au genre, sociaux et comportementaux qui touchent les femmes, les personnes aidantes, les adolescentes et les adolescents, les enfants zéro dose et les populations mal desservies au moyen d'approches de mobilisation ciblées.	Intégrer la mobilisation sensible au genre dans la communication, la planification, les activités de proximité et le dialogue communautaire réguliers.	Utiliser des plateformes de mobilisation communautaire et des systèmes de retour d'information établis pour identifier et gérer en continu les obstacles émergents liés au genre, à l'équité et à l'inclusion.
Mobiliser les organisations de la société civile, les organisations confessionnelles, les groupes communautaires et les acteurs locaux de confiance pour atteindre les populations mal desservies, fragiles et zéro dose et pour encourager le retour d'information	Créer des mécanismes de collaboration et de retour d'information entre les programmes de vaccination, les acteurs communautaires et les prestataires de services, y compris au moyen des plateformes de soins de santé primaires et de santé communautaire.	Renforcer les mécanismes de mobilisation et de redevabilité dirigés par les communautés qui encouragent la confiance, la réactivité et la résolution conjointe des problèmes, ainsi que l'adoption de la vaccination et d'autres services de santé prioritaires.

AI	TP	TA
des communautés et le dialogue communautaire.		
Expérimenter des méthodes qui encouragent les comportements positifs, le dialogue communautaire, les approches de mobilisation sociale et les canaux de mobilisation numérique pour accroître l'adoption de la vaccination et réduire le taux d'abandon.	Déployer des approches de mobilisation sociale, comportementale et numérique fondées sur des données probantes au moyen de plateformes de vaccination systématique et de prestation de soins de santé primaires.	Utiliser les examens périodiques pour renforcer les approches comportementales sur la base des besoins des communautés et des performances des programmes.
Expérimenter et évaluer les approches de mobilisation numérique (réseaux sociaux, SMS, serveur vocal interactif, réseaux numériques et plateformes d'écoute sociale notamment) et d'autres technologies adaptées au contexte pour accroître la demande de vaccins, atteindre les populations mal desservies et lever les obstacles comportementaux.	Intégrer les plateformes de mobilisation numérique, d'écoute sociale et de communication personnalisée fondées sur des données probantes dans les stratégies de communication sur la vaccination systématique, de proximité et de mobilisation communautaire.	Pérenniser et renforcer en continu les écosystèmes de mobilisation numérique qui exploitent les données comportementales, le retour d'information des communautés et les technologies émergentes pour améliorer la confiance, la réactivité, la confiance dans les vaccins, l'adoption et l'équité.
Expérimenter et évaluer des mesures incitatives non monétaires ciblées (p. ex. aide au transport, compléments nutritionnels, aide au déplacement) aux personnes aidantes ou aux bénéficiaires et d'autres facteurs favorables adaptés au contexte, pour lever les obstacles à la vaccination identifiés (comportementaux, à l'accès, liés au genre et à l'équité).	Intégrer les approches proposant des mesures incitatives non monétaires fondées sur des données probantes dans les programmes de vaccination systématique et de soins de santé primaires intégrés, en ciblant les populations qui rencontrent des obstacles persistants qui empêchent l'adoption des vaccins et le respect des calendriers vaccinaux.	Pérenniser les approches proposant des mesures incitatives non monétaires ciblées par l'intermédiaire des systèmes nationaux, des plateformes communautaires et des programmes de services sociaux et de santé intégrés, avec un examen régulier de l'efficacité, de l'équité et de la durabilité.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Adapter les approches de mobilisation communautaire, de création de la demande et de communication aux populations déplacées, mobiles, migrantes, nomades, touchées par des conflits et aux autres populations difficiles à atteindre, à l'aide de modèles de mobilisation et de prestation spécifiques au contexte. Cartographier les acteurs locaux de confiance, notamment les dirigeants communautaires, les organisations dirigées par des femmes, les organisations confessionnelles, les organisations de la société civile, les partenaires humanitaires et les organisations communautaires, les mobiliser et se coordonner avec eux pour soutenir un accès équitable aux services de vaccination et leur adoption. Maintenir la mobilisation continue de toutes les parties prenantes concernées, notamment des organisations communautaires, avec un accès à toutes les parties, tout en soulignant la neutralité des services de vaccination.
- Utiliser des outils de mobilisation, d'écoute sociale et de communication simples et adaptés au contexte, notamment des rappels, des aide-mémoire et des solutions à faible technicité,

pour soutenir la création de la demande et le retour d'information des communautés dans les environnements limités en ressources et peu sûrs.
- Adapter en continu les stratégies de mobilisation et les messages de création de la demande fondés sur le retour d'information des communautés, l'évolution des besoins, la mobilité des populations et l'expérience de la mise en œuvre.
- Une radio communautaire peut être un outil adapté lorsque diverses contraintes (accès, niveau d'alphabétisation, infrastructure ou sécurité) limitent les autres canaux de communication.
- Utiliser des mesures incitatives non monétaires intégrées, le cas échéant, pour lever les obstacles à l'accès, à la mobilité et à l'équité que rencontrent les populations déplacées, mobiles et difficiles à atteindre, dans le cadre d'efforts plus larges de mobilisation communautaire et de prestation de services.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Campagnes de routine dans les médias de masse, notamment la radio, qui ne sont pas fondées sur des obstacles comportementaux, sociaux, liés au genre ou à l'équité clairement identifiés, sauf dans le contexte de l'introduction de nouveaux vaccins ou d'urgences de santé publique.
- Production d'affiches, de dépliants, de banderoles, de supports de marque, de signalétique, de produits de communication ou de contenus multimédia en tant qu'activités isolées sans lien avec une stratégie plus large de mobilisation communautaire ou pour le changement de comportement fondée sur des données probantes.
- Campagnes de sensibilisation génériques sans objectif comportemental clair, public ciblé ou approche de mobilisation communautaire fondée sur des données probantes.
- Soutien rémunéré de célébrités, campagnes d'influenceurs, production de médias ou activités promotionnelles qui ne reposent pas sur des données comportementales probantes ou sur les priorités des programmes.
- Approches de formation en cascade sans lien avec le mentorat, la supervision formative, l'amélioration de la qualité, le renforcement des capacités institutionnelles ou la formation à la communication interpersonnelle pour la vaccination pour les agentes et agents de santé communautaires.
- Activités de mobilisation communautaire, évènements de relations publiques, ateliers, lancements ou campagnes ponctuels ne faisant pas partie d'une stratégie d'engagement communautaire systématique en cours.
- Approches d'engagement communautaire qui ne sont pas alignées sur les priorités et les stratégies de vaccination nationales, ou qui ne sont pas renseignées par les priorités des programmes, les obstacles comportementaux, les données sociales ou les besoins des communautés.
- Monnaie physique (p. ex. billets de banque), transferts d'espèces, mesures incitatives matérielles inconditionnelles ou mesures incitatives à grande échelle en faveur de la population sans lien avec les obstacles comportementaux ou à l'accès identifiés et non intégrés dans une stratégie de vaccination fondée sur des données probantes.

Intervention phare 6.2 : Renforcer la capacité des pays à collecter, analyser et utiliser des données sociales et comportementales pour mieux cibler les interventions.

Cette intervention phare renforce la capacité des pays à produire et à utiliser des données comportementales et sociales probantes pour améliorer le ciblage, lever les obstacles et adapter les programmes à l'évolution des perceptions des communautés.

AI	TP	TA
Mener des évaluations des facteurs comportementaux et sociaux, des études sociales et comportementales et des activités d'écoute communautaire pour identifier les obstacles à la vaccination comportementaux, sociaux, liés au genre et à l'équité, en particulier parmi les populations zéro dose et sous-vaccinées.	Intégrer les données comportementales et sociales probantes dans la planification de la vaccination systématique, la priorisation, les examens des programmes, l'allocation des ressources et les processus d'amélioration de la prestation de services.	Utiliser les connaissances comportementales, sociales et communautaires en tant que composant régulier de la gestion des programmes, de l'adaptation, de l'élaboration de politiques et de l'amélioration continue.
Créer des systèmes pour recueillir, uniformiser et analyser les données comportementales, sociales, du retour d'information des communautés et de l'écoute sociale, en veillant à recueillir les points de vue des femmes, des hommes, des adolescentes et des adolescents et des populations mal desservies.	Institutionnaliser l'utilisation régulière des données comportementales et sociales, du retour d'information des communautés et des informations issues de l'écoute sociale dans les examens des programmes, la prise de décision et les systèmes de suivi des performances.	Renforcer les systèmes d'apprentissage continu qui utilisent des connaissances comportementales, sociales et communautaires pour améliorer progressivement l'efficacité des programmes, l'équité et la réactivité.
Renforcer les capacités nationales et infranationales à recueillir, analyser, interpréter et utiliser les données comportementales et sociales probantes pour concevoir les programmes et les mettre en œuvre.	Intégrer les données comportementales et sociales probantes dans la gestion des programmes, l'élaboration des politiques, le renforcement des capacités du personnel et les processus décisionnels.	Maintenir des capacités nationales durables pour générer, interpréter et appliquer des données comportementales et sociales probantes de manière indépendante et à grande échelle.
Introduire et tester des outils numériques simples et de faible technicité pour recueillir des informations comportementales et sociales, p. ex. le retour d'information par SMS, les serveurs vocaux interactifs, les agents conversationnels, les lignes d'assistance et d'autres outils adaptés au contexte.	Étendre les approches éprouvées de collecte de données comportementales, de retour d'information et d'analyse au sein des systèmes réguliers de gestion des programmes, de communication, de suivi et d'examen.	Renforcer les systèmes durables pour la collecte, l'intégration, l'analyse et l'utilisation de données comportementales et sociales au sein des systèmes nationaux d'information sanitaire et de gestion des programmes.
Créer des systèmes et des approches pour l'écoute sociale, le suivi des rumeurs, le test des messages, le suivi de la mésinformation et la collecte rapide du retour d'information.	Intégrer l'écoute sociale, le suivi de la mésinformation et les mécanismes de retour d'information rapide dans les processus de communication, de mobilisation communautaire et	Maintenir des systèmes réactifs qui identifient et gèrent systématiquement la mésinformation, les préoccupations émergentes, les obstacles comportementaux et

AI	TP	TA
	d'examen des programmes de routine.	l'évolution des perceptions des communautés.
Nouer des partenariats avec des établissements universitaires et des organismes spécialisés pour renforcer les données comportementales probantes, l'évaluation et l'apprentissage.	Renforcer les capacités nationales pour la recherche comportementale, le suivi et l'exploitation des résultats.	Renforcer les capacités des pays à générer et utiliser des données comportementales probantes de manière indépendante au fil du temps.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Utiliser des approches souples, de faible technicité et adaptées au contexte pour recueillir des données comportementales et sociales et le retour d'information des communautés dans des contextes fragiles, peu sûrs et touchés par des crises, y compris parmi les populations déplacées, mobiles et difficiles à atteindre.
- Utiliser des outils accessibles comme des SMS, des serveurs vocaux interactifs, des plateformes mobiles de collecte de données, des lignes d'assistance, des mécanismes de retour d'information des communautés et d'autres approches viables pour rassembler rapidement des connaissances lorsque les systèmes réguliers sont limités.
- Créer des boucles de rétroaction rapides qui combinent le retour d'information des communautés, l'écoute sociale et des données de mise en œuvre pour soutenir l'adaptation des stratégies de vaccination pendant les flambées épidémiques, les situations d'urgence, les déplacements de population et les ripostes humanitaires.
- Surveiller les préoccupations émergentes, les rumeurs, la mésinformation et les obstacles à l'accès, et utiliser les résultats pour adapter les stratégies de mobilisation, les approches de prestation de services et les messages de communication en temps réel.
- Renforcer la collaboration avec les acteurs humanitaires, les partenaires locaux et les réseaux communautaires pour collecter des connaissances comportementales et sociales auprès des populations qui peuvent être difficiles à atteindre avec les systèmes gouvernementaux réguliers.

Utiliser des données comportementales et sociales probantes pour éclairer l'établissement de priorités spécifique au contexte, le ciblage et l'adaptation des services de vaccination aux populations déplacées, mobiles, touchées par des conflits et mal desservies.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Recherches, enquêtes ou études comportementales sans lien avec l'amélioration des programmes, la prise de décision opérationnelle, l'élaboration de politiques ou l'adaptation de la mise en œuvre.
- Recherches ou activités de collecte de données isolées sans plan clair pour la diffusion, le renforcement des capacités, l'intégration dans les systèmes nationaux ou l'utilisation des résultats pour améliorer les programmes.

- Activités de collecte de données comportementales et sociales sans lien avec la planification, l'établissement des priorités, l'amélioration de la prestation de services, la gestion des programmes, l'allocation des ressources, le suivi ou les processus d'examen.
- Exercices de collecte de données ne générant pas d'informations exploitables ou ne contribuant pas à améliorer les performances des programmes de vaccination, l'équité, la demande ou la qualité des services.
- Activités de recherche menées principalement à des fins universitaires dont la pertinence n'est pas démontrée pour les priorités du programme national de vaccination ou pour les besoins de prise de décision.
- Enquêtes à grande échelle ou répétées faisant double emploi avec des sources existantes et non justifiées par une insuffisance de données probantes clairement identifiée.
- Enquêtes ou activités de recherche isolées menées sur plus de 8-9 mois sans objectif clair de mise en œuvre, d'apprentissage ou d'amélioration des programmes.
- Systèmes de données comportementales, d'écoute sociale et de retour d'information des communautés qui recueillent des informations sans mécanismes clairs pour l'analyse, le retour d'information, la prise de décision ou l'adaptation des programmes.

7. Gouvernance, politique, planification stratégique et gestion des programmes

Une gouvernance et une gestion efficaces aident les pays à maintenir les performances de la vaccination, à prioriser les ressources, à coordonner les parties prenantes et à maintenir la redevabilité. Le soutien de Gavi doit renforcer les structures, le personnel, les mécanismes de coordination, les organismes consultatifs et les systèmes de performance nécessaires dont les programmes publics ont besoin pour gérer l'évolution des portefeuilles de vaccins, la décentralisation, l'intégration des soins de santé primaires, la transition et l'évolution des contextes nationaux.

La transition en bref

AI	TP	TA
Mettre en place ou renforcer les fonctions de coordination, de gestion, de priorisation, de conseil et de redevabilité.	**Opérer une transition des dispositions spécifiques aux programmes ou soutenues par les partenaires** vers une planification, une coordination, un examen des performances et une redevabilité assurés par des organismes publics.	**Pérenniser la gestion**, la prise de décision, la coordination et la redevabilité **publiques** au profit de l'équité, de la résilience et d'une utilisation efficace des ressources.

Structure des interventions phares

Les quatre interventions phares couvrent des fonctions de gouvernance et de gestion complémentaires. Ensemble, elles aident les pays à gérer les programmes de vaccination au moyen de structures, d'une planification, d'une coordination et d'une prise de décision fondée sur des données probantes plus solides.

- **Intervention phare 7.1 :** Structures de gestion, compétences et personnel pour la vaccination.

- **Intervention phare 7.2 :** Planification, suivi et gestion des performances.
- **Intervention phare 7.3 :** Coordination, partenariats et organes de gouvernance.
- **Intervention phare 7.4 :** Priorisation fondée sur des données, optimisation du portefeuille de vaccins et renforcement du Groupe technique consultatif national sur la vaccination.

Intervention phare 7.1 : Soutenir les pays dans la conception et l'amélioration de la gestion de la vaccination aux niveaux national et infranational en vue de mettre en place des structures, des compétences et des effectifs optimaux.

Cette intervention phare aide les ministères de la Santé à définir et à utiliser des structures de gestion de la vaccination, des effectifs, des compétences et des modalités de redevabilité qui continuent de remplir leur rôle à mesure que les programmes changent.

AI	TP	TA
Évaluer les besoins des programmes et les besoins de gestion, puis combler les lacunes prioritaires en matière de gouvernance, de supervision, de coordination, de mise en œuvre et de performances des programmes.	Intégrer les fonctions de gouvernance et de gestion mises à jour dans les systèmes du ministère de la Santé et les systèmes de gestion des soins de santé primaires, tout en veillant à ce que les responsabilités relatives aux performances de la vaccination restent claires.	Utiliser les examens périodiques pour que les structures organisationnelles, les capacités de gestion et les modalités de gouvernance restent adaptées lorsque les responsabilités des programmes évoluent.
Concevoir et mettre en œuvre des modèles de gestion aux niveaux national et infranational mis à jour et alignés sur les réformes du ministère de la Santé. Ces modèles peuvent concerner les effectifs, les rôles, la redevabilité, la gestion des performances, les parcours professionnels, les modèles de financement et la parité des genres.	Intégrer les structures de gestion, les dispositions relatives aux effectifs, les mécanismes de redevabilité et les processus décisionnels révisés dans les systèmes publics réguliers.	Pérenniser les structures de gestion, les systèmes de redevabilité et les processus de gestion des performances publics qui favorisent les performances des programmes, l'équité et la résilience.
Renforcer les capacités de gestion des programmes pour la planification, la préparation des demandes, la supervision de la mise en œuvre, la gestion des risques, la coordination entre les partenaires, le suivi et la prise de décision. Combler les lacunes critiques en matière de compétences et d'effectifs.	Intégrer les compétences de gestion, le développement du leadership, les parcours professionnels et les fonctions de soutien organisationnel dans des systèmes publics plus larges.	Pérenniser les capacités de gestion au moyen de la planification du personnel, du développement du leadership et du renforcement continu des capacités.
Dans certains cas, cofinancer le personnel indispensable pour mettre en œuvre des structures de gestion remaniées, avec un plan de financement public clair et limité dans le temps.	Dans certains cas, prolonger le cofinancement du personnel indispensable pour mettre en œuvre des structures de gestion remaniées, avec des jalons clairs pour le financement et l'appropriation par le pays.	Intégrer les fonctions de gestion à long terme et de transition dans les structures publiques, notamment les achats, la budgétisation, la supervision, la coordination et la gestion.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Mener des évaluations rapides des pénuries d'effectifs et des lacunes en matière de compétences pour la gestion de la vaccination, en particulier dans les zones où le taux de non-vaccination est élevé, et utiliser les résultats pour élaborer des plans ciblés de renforcement de la gestion.
- Renforcer les capacités de gestion du programme essentiel de vaccination pour la planification de la vaccination, la mise en œuvre, la communication de l'information et l'utilisation des données associées dans les situations d'urgence, en accordant une attention particulière au contexte local et aux besoins des intervenantes en première ligne.

Assouplissements supplémentaires

- Dans certains cas exceptionnels, financement de postes existants ou de coûts récurrents, seulement si cela est nécessaire pour maintenir des fonctions de gestion de la vaccination essentielles dans des contextes fragiles et touchés par des conflits.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Financement de postes existants ou de coûts récurrents qui ne sont pas directement liés à une réforme de gestion, à un changement organisationnel ou à une initiative de renforcement de la gestion précis.
- Toute activité de formation de routine ou relative à la gestion n'étant pas liée à de nouveaux rôles, responsabilités, structures ou processus de réforme.

Restrictions supplémentaires liées aux contextes fragiles et humanitaires

- Remaniement complet de la gestion de la vaccination pendant les crises aiguës, où le renforcement rapide des capacités de gestion serait plus approprié.

Restrictions supplémentaires liées à la TA

- Financement de la rémunération du personnel indispensable pour mettre en œuvre des structures de gestion remaniées.

Intervention phare 7.2 : Renforcer les capacités des gouvernements en matière de planification, de suivi et de gestion de la performance de la vaccination aux niveaux national et infranational.

Cette intervention phare renforce les capacités des gouvernements en matière de planification, de suivi, de gestion des performances, de redevabilité et de mesures correctives aux niveaux national et infranational.

AI	TP	TA
Cartographier les liens entre les processus de vaccination et les cycles de planification du secteur de la santé.	Aligner les plans, les coûts, les examens et la coordination sur les processus de planification et de redevabilité du secteur.	Gérer les priorités à l'aide de plateformes publiques de planification, de budgétisation et d'examen du secteur.

Introduire des approches de gestion de projet pour les principales priorités en matière de vaccination, notamment des plans de travail, des jalons, le suivi des responsabilités et l'élimination des goulets d'étranglement.	Utiliser des plans de travail, le suivi des jalons, les examens de la mise en œuvre et la coordination des partenaires pour gérer les priorités en matière de vaccination et soutenir l'intégration avec les priorités en matière de soins de santé primaires.	Utiliser des examens de la mise en œuvre et des approches de gestion de projet pour renforcer la coordination entre les programmes, limiter les doubles emplois et améliorer la prestation et l'efficacité.
Créer des tableaux de bord, des fiches d'évaluation, des examens des programmes, des contrôles de la qualité des données, des indicateurs, des cibles et des mécanismes de redevabilité. Les utiliser pour suivre les performances, prioriser les actions et guider les investissements.	Mener des examens réguliers des performances aux niveaux national et infranational en utilisant les données des programmes. Réunir les équipes du programme essentiel de vaccination, les programmes de soins de santé primaires, les gestionnaires, les partenaires et les autres parties prenantes, et suivre les actions approuvées.	Renforcer les processus d'examen des performances et de redevabilité en reliant les résultats relatifs aux performances, à l'équité, à l'efficacité et au financement à la planification, à la budgétisation, aux décisions politiques et à l'optimisation des programmes.
Renforcer le leadership, l'encadrement, l'apprentissage entre pairs, le suivi et l'évaluation et la planification de la préparation aux niveaux national et infranational. Préparer et tester des plans de préparation et de riposte aux flambées épidémiques.	Inclure l'encadrement, le mentorat, l'apprentissage entre pairs, le soutien du suivi et de l'évaluation, ainsi que les examens de la préparation, dans les établissements de santé publique, les structures de gestion des programmes et les mécanismes de préparation aux situations d'urgence.	Élargir l'apprentissage entre pairs, le développement du leadership, l'amélioration des performances et les examens de la préparation pour renforcer la gestion, la résilience et l'amélioration continue.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Réaliser rapidement des analyses de situation et une cartographie de la continuité des services, puis utiliser les résultats pour guider la planification, la priorisation et les décisions.
- Former les autorités locales à utiliser les évaluations et les analyses de la continuité des services menées rapidement, pour la planification et le suivi des programmes.
- Aligner la planification de la vaccination sur les services de santé humanitaires et les plateformes de riposte, notamment l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la nutrition, la protection, les abris, les soins de santé d'urgence et les systèmes de gestion des camps.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Formations ou ateliers isolés qui ne font pas partie d'un plan plus vaste de développement des capacités, qui ne prévoient pas un suivi ou qui ne sont pas alignés sur les stratégies nationales.
- Recrutement de consultants externes sans appel à l'expertise locale ou sans alignement sur les plans nationaux de développement des capacités.

Intervention phare 7.3 : Soutenir et renforcer les organismes gouvernementaux chargés de superviser et de coordonner la vaccination et les soins de santé primaires, en assurant un alignement entre le ministère de la Santé, le ministère des Finances et les partenaires.

Cette intervention phare renforce la coordination et la supervision de la vaccination et des soins de santé primaires par des organismes gouvernementaux. Elle se concentre sur les organes de gouvernance globale, l'alignement des partenaires, la planification conjointe, la redevabilité et l'appropriation par le pays tout en évitant les structures parallèles.

AI	TP	TA
Évaluer les mécanismes de coordination existants et mettre en œuvre des mesures prioritaires pour renforcer, aligner, relier ou rationaliser les structures de coordination de la vaccination et des soins de santé primaires.	Clarifier les mandats des structures de vaccination, de soins de santé primaires et de gouvernance du secteur de la santé au sens large, leurs responsabilités, leur composition et les relations qu'elles entretiennent.	Utiliser des examens périodiques pour améliorer les mécanismes de coordination, les modalités de gouvernance, la représentation, les mandats et les performances.
Renforcer les Comités de coordination interagences, les groupes de travail techniques et d'autres plateformes de coordination par le biais des mandats, des modalités de gouvernance, des procédures opérationnelles, des processus décisionnels et du soutien du Secrétariat.	Faire appel systématiquement aux organismes de coordination pour soutenir la planification, la budgétisation, les examens des performances, la supervision, la priorisation et la prise de décision à l'échelle des programmes de vaccination et de soins de santé primaires et des programmes associés.	Améliorer les organismes de coordination par le biais du suivi de la gouvernance, du perfectionnement des membres, du transfert de connaissances, de l'examen des performances et de l'amélioration continue.
Soutenir la planification conjointe, le partage d'informations et la collaboration entre le programme essentiel de vaccination, les programmes de soins de santé primaires, les ministères de la Santé et des Finances, les autorités infranationales, les partenaires du développement, la société civile et les autres secteurs concernés.	Mettre en place la planification conjointe, des examens et la priorisation de manière régulière à l'échelle des programmes de vaccination et de soins de santé primaires et d'autres programmes de santé au moyen de mécanismes de coordination approuvés.	Étendre la planification conjointe, la budgétisation, le suivi et l'examen des performances pour améliorer l'alignement, limiter les doubles emplois, identifier les synergies et maximiser les ressources disponibles.
Suivre les performances de coordination, notamment la participation, la régularité des réunions, le suivi des décisions et la mise en œuvre des mesures approuvées.	Utiliser les examens des performances de la coordination pour améliorer la participation, la redevabilité, la transparence et le suivi des décisions.	Renforcer le suivi de la gouvernance pour évaluer les performances de la coordination, le suivi des décisions, la mobilisation des parties prenantes et l'efficacité globale.
Renforcer la participation de la société civile, des organisations dirigées par des femmes, des représentants des communautés, des acteurs du secteur privé et des autres parties prenantes concernées aux processus de coordination et de gouvernance.	S'assurer que la participation des parties prenantes est intégrée systématiquement dans les processus de planification, d'examen, de redevabilité et de prise de décision aux niveaux national et infranational.	Renforcer les mécanismes qui soutiennent la mobilisation, la redevabilité, la représentation et l'inclusion significatives des parties prenantes dans les processus de gouvernance et de coordination.
Dans certains cas, soutenir les agentes et les agents de liaison nationaux ou les fonctions similaires qui améliorent la coordination entre les gouvernements, Gavi, les partenaires et les acteurs infranationaux.	Transférer les fonctions de coordination et de rassemblement aux structures gouvernementales et aux mécanismes de gouvernance réguliers, si nécessaire.	Renforcer les capacités publiques de gestion des mécanismes de coordination de manière indépendante au moyen du transfert de connaissances, de l'encadrement, du mentorat et du soutien du développement organisationnel.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Intégrer les priorités en matière de vaccination dans les mécanismes de coordination humanitaires et la planification des ripostes aux urgences.
- Renforcer la coordination entre le gouvernement, les acteurs humanitaires, les ONG, les organisations communautaires et les partenaires de mise en œuvre pour maintenir les services de vaccination.

Assouplissements supplémentaires

- La prise en charge des coûts récurrents des réunions et de la coordination ne peut être envisagée que si elle est nécessaire pour maintenir des fonctions de gouvernance et de coordination essentielles dans des contextes fragiles et touchés par des conflits.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Toute construction ou rénovation d'immeubles de bureaux, à moins qu'elle ne soit directement liée à l'amélioration des capacités de coordination, et de manière proportionnée.
- Création de nouvelles plateformes de coordination quand des mécanismes efficaces existent déjà.
- Assistance technique qui n'est pas intégrée aux structures nationales ou qui n'est pas assortie d'un plan clair pour la transition et le transfert de capacités.
- Plateformes de coordination composées exclusivement de parties prenantes ne participant pas aux efforts de vaccination.
- Coûts récurrents des réunions et des plateformes de coordination, sauf dans les contextes fragiles et touchés par des conflits.

Restrictions supplémentaires liées aux contextes fragiles et humanitaires

- Création de nouveaux mécanismes de coordination peu susceptibles de fonctionner pendant les crises aiguës ou faisant double emploi avec des structures de coordination humanitaires existantes.

Restrictions supplémentaires liées à la TP

- Personnel, consultants ou assistance technique sans procédure claire vers l'absorption par le gouvernement, le transfert de connaissances ou la transition.

Intervention phare 7.4 : Aider les pays à prendre des décisions fondées sur des données probantes afin de hiérarchiser et d'optimiser les portefeuilles de vaccins et les programmes de vaccination, notamment en renforçant les groupes consultatifs techniques et les mécanismes de priorisation.

Cette intervention phare renforce les décisions fondées sur des données probantes relatives aux priorités en matière de vaccination, aux portefeuilles de vaccins, à l'accessibilité financière et à

l'allocation des ressources, notamment au moyen de l'optimisation et de la priorisation du portefeuille de vaccins, de la priorisation du soutien en espèces et de mécanismes consultatifs techniques.

AI	TP	TA
Introduire des approches d'optimisation et de priorisation du portefeuille de vaccins et de priorisation du soutien en espèces. Utiliser des données probantes sur les portefeuilles de vaccins, les performances des programmes, les contraintes de prestation, les déficits de financement, les obligations de cofinancement, les budgets vaccinaux et les ressources disponibles pour identifier les options de priorisation et d'optimisation.	Intégrer l'optimisation et la priorisation du portefeuille de vaccins et la priorisation du soutien en espèces dans la planification de la vaccination, la budgétisation, les examens des programmes, la planification de l'introduction de vaccins et la priorisation des soins de santé primaires au sens large.	Utiliser des approches de priorisation et d'optimisation afin de soutenir la planification de la durabilité, l'évaluation de l'accessibilité financière, l'allocation des ressources, l'analyse des compromis et la prise de décision pour la vaccination, les soins de santé primaires, la préparation aux flambées épidémiques et d'autres priorités en matière de santé.
Renforcer les Groupes techniques consultatifs nationaux et régionaux sur la vaccination, les secrétariats et les autres mécanismes consultatifs techniques au moyen de l'assistance technique, du soutien opérationnel, de l'examen des données probantes, du renforcement des capacités et de la coordination des partenaires.	Relier les mécanismes consultatifs techniques aux Comités de coordination interagences, aux programmes essentiels de vaccination, aux structures de soins de santé primaires, aux ministères de la Santé, aux ministères des Finances et aux autres instances décisionnelles de sorte que les recommandations renseignent la planification, la budgétisation, le financement et les politiques.	Pérenniser les fonctions consultatives au moyen de la planification de la relève, du développement de capacités analytiques, du soutien des secrétariats et de liens plus solides avec les processus de priorisation du secteur de la santé, de financement et d'évaluation des technologies de santé.
Renforcer les capacités des pays à évaluer la préparation à l'introduction de nouveaux vaccins et à comparer les options pour les produits, les présentations, les calendriers, les approches de prestation et les investissements programmatiques. Inclure l'accessibilité financière, la durabilité, les budgets vaccinaux, les obligations de cofinancement et les implications financières à long terme.	Intégrer systématiquement les considérations relatives à l'optimisation, à l'accessibilité financière, à la durabilité et au financement dans les stratégies nationales de vaccination, les examens des programmes, les processus de planification annuelle et les exercices de priorisation des soins de santé primaires au sens large.	Utiliser des approches analytiques pour évaluer l'accessibilité financière, la durabilité, l'optimisation des ressources, la faisabilité de la mise en œuvre, l'impact sur la santé et les coûts d'opportunité des options d'investissement dans la vaccination et dans les soins de santé primaires.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Utiliser des approches de priorisation simplifiées pour maintenir les services de vaccination essentiels, protéger les populations à haut risque et riposter aux flambées épidémiques et aux urgences.
- Fournir une assistance technique ciblée et un soutien à l'examen des données probantes lorsque les capacités techniques nationales sont limitées.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Exercices de priorisation ou d'optimisation sans lien avec la prise de décision du pays, les mécanismes consultatifs techniques, la planification des programmes ou l'élaboration de politiques.

- Assistance technique qui remplace la prise de décision du pays au lieu de renforcer les capacités nationales et l'appropriation par le pays.

8. Financement de la santé

Il est primordial d'accroître le financement national de la vaccination pour réduire durablement le nombre d'enfants zéro dose et sous-vaccinés. Gavi soutiendra les investissements dans le renforcement des systèmes de santé des pays au cours de la période de Gavi 6.0. À mesure que les pays progressent dans le continuum de transition de Gavi, ils devront être prêts à financer une part plus importante de leurs achats de vaccins et des coûts opérationnels liés à la vaccination. Les investissements dans le financement de la santé doivent améliorer durablement les systèmes afin de garantir que les ressources nationales soient allouées aux bons destinataires, en temps opportun, et consacrées aux interventions offrant le meilleur rapport coût-efficacité pour le pays. Cela permettra aux pays de s'affranchir du soutien de Gavi et d'autres donateurs de manière progressive.

L'obtention de fonds suffisants pour la vaccination nécessite une combinaison d'investissements tout au long de la chaîne de valeur du financement de la santé. Ceux-ci doivent refléter les économies politiques, les structures et les dispositions institutionnelles propres à chaque pays, par exemple le niveau de centralisation de l'administration et des finances publiques, la prévalence de l'assurance maladie, l'importance du rôle du secteur privé et l'existence d'un ensemble de prestations de santé défini.

La transition en bref

AI	TP	TA
Jeter les bases du financement en utilisant la priorisation, le calcul annuel des coûts et les prévisions à moyen terme, la budgétisation, le suivi des ressources et des dépenses et l'engagement avec les décideurs en matière de financement.	**S'orienter vers un financement de la santé dirigé par le pays et proactif** en intégrant la vaccination dans les processus du budget public, en tenant compte de l'efficience et de la marge de manœuvre budgétaire dans les décisions, en renforçant la gestion des finances publiques et en approfondissant les relations avec les décideurs en matière de financement.	**Pérenniser et protéger le financement** grâce à la mobilisation de ressources nationales en vue de l'autofinancement complet du système de vaccination, à une gestion des finances publiques pleinement fonctionnelle et à l'utilisation de feuilles de route pour gérer la transition.

Structure des interventions phares

Sous Gavi 6.0, les investissements pour le financement de la santé doivent :

1. Renforcer la mobilisation des ressources nationales en améliorant la planification, la budgétisation, les analyses prévisionnelles et la sensibilisation aux niveaux national et infranational.

2. Renforcer les systèmes de gestion des finances publiques et l'utilisation de ceux-ci à l'appui des financements de Gavi, afin d'améliorer la mise en œuvre des subventions et des programmes. Renforcer les unités conjointes de gestion des programmes avec le Fonds mondial, le cas échéant.
3. Améliorer les flux de fonds et leur utilisation en première ligne, et réduire les risques de fraude par le recours aux paiements numériques et à l'argent mobile.
4. Améliorer l'efficacité du financement de la santé en priorisant les investissements dans les vaccins, en intégrant le financement de la santé et en généralisant les approches éprouvées de financement en fonction des résultats.
5. Soutenir la planification de la transition vers une pérennisation du financement des vaccins, en veillant à ce que le financement de la vaccination soit intégré dans les budgets nationaux, en coordination avec d'autres donateurs du secteur de la santé, conformément à l'Agenda de Lusaka.

Il est rare que les interventions financières ciblent le financement de la vaccination de manière exclusive, et certaines peuvent s'étendre au-delà du secteur de la santé. Il est donc particulièrement important qu'elles soient coordonnées avec d'autres partenaires donateurs afin d'éviter les doubles emplois ou les efforts concurrents.

Intervention phare 8.1 : Renforcer la mobilisation des ressources nationales en améliorant la budgétisation, les analyses prévisionnelles et le plaidoyer aux niveaux national et infranational.

Les gouvernements doivent cofinancer une part croissante des vaccins soutenus par Gavi et contribuer de manière accrue aux coûts opérationnels. Les activités décrites ci-dessous doivent toutes contribuer à l'augmentation des ressources nationales allouées aux soins de santé primaires, y compris la vaccination. Pour éviter la verticalisation, il faudra souvent élargir le champ d'action au-delà de la vaccination. Afin d'assurer la réussite de la mise en œuvre, le ministère de la Santé devra collaborer avec les parties prenantes gouvernementales et non gouvernementales, en particulier le ministère des Finances et du Trésor public.

AI	TP	TA
• Renforcer les capacités de prévision, de planification et de budgétisation aux niveaux national et infranational pour les vaccins, les équipements de la chaîne du froid et les coûts opérationnels dans le cadre d'exercices budgétaires menés de manière plus large pour les soins de santé primaires, tant au niveau central que décentralisé, et des capacités d'achat de vaccins à un niveau centralisé. • Intégrer des exigences en matière de vaccination dans les cadres de dépenses à moyen terme pour la santé/les soins de santé primaires ou dans d'autres cadres pluriannuels. • Soutenir la préparation et la mise en œuvre du calcul des coûts, de l'analyse de la marge de manœuvre budgétaire et des stratégies de financement pour la vaccination et les soins de santé primaires afin d'accroître la marge de manœuvre budgétaire, la prévisibilité et le budget de la santé. • Étendre les actions de sensibilisation aux niveaux national et infranational par l'intermédiaire des organisations de la société civile et d'autres partenaires. Un certain renforcement des capacités en matière de financement de la santé et de la vaccination pourrait s'avérer nécessaire. Les activités peuvent inclure le		

AI	TP	TA
soutien aux séances d'information parlementaires et aux auditions budgétaires afin de renforcer la volonté politique et la redevabilité en matière de financement de la vaccination. • Soutenir les échanges politiques et les dialogues de haut niveau sur le financement de la santé afin d'impliquer les responsables nationaux dans le financement de la vaccination.		
• Promouvoir des **cadres de discussions nationaux sur la vaccination** pour favoriser une mobilisation de haut niveau sur la budgétisation et le décaissement du financement de la vaccination.		
	• Évaluer les prix d'achat des vaccins à moyen/long terme et le budget global afin de préparer le pays à s'affranchir des prix de Gavi.	
		• Les besoins peuvent être plus larges et inclure la collecte de données précises pour les exercices de prévision et de budgétisation, ainsi que les analyses de coûts et d'efficacité.

Activités inéligibles

- Tout investissement qui n'éclaire pas directement ou n'améliore pas la planification, la budgétisation et l'exécution des coûts des soins de santé primaires et de la vaccination.
- Toute évaluation du financement de la santé qui ne comporte pas d'analyse approfondie de la vaccination.
- Dialogues politiques non ciblés sur le financement de la vaccination.

Autres remarques sur les campagnes

- Avec l'augmentation du cofinancement des campagnes, qui fluctue d'une année à l'autre, il conviendra de procéder à une évaluation approfondie des coûts, à une planification et à des actions de sensibilisation pour que des fonds suffisants soient budgétisés et débloqués à temps pour l'achat des vaccins et la mise en place des campagnes.

Intervention phare 8.2 : Renforcer les systèmes de gestion des finances publiques et l'utilisation de ceux-ci à l'appui des financements de Gavi.

Cette intervention phare renforce la gestion des finances publiques au niveau des systèmes et l'utilisation des systèmes nationaux de sorte que les fonds alloués à la vaccination soient budgétisés, suivis, audités, communiqués et gérés avec des contrôles fiduciaires et une redevabilité plus solides.

AI	TP	TA
Identifier et éliminer les goulets d'étranglement qui touchent la gestion des finances publiques au	Examiner les goulets d'étranglement qui touchent la gestion des finances publiques dans le cadre des	Suivre et éliminer les goulets d'étranglement qui touchent la gestion des finances publiques au

niveau des systèmes et affectent le financement de la vaccination et des soins de santé primaires, comme une exécution des budgets, un suivi des dépenses, une communication de l'information et un suivi des audits présentant des faiblesses, ou une utilisation limitée des systèmes nationaux. Renforcer les capacités publiques pour pérenniser les améliorations.	processus réguliers de préparation des budgets, d'exécution des budgets, de gestion financière, d'examen des programmes et de financement des soins de santé primaires.	moyen des systèmes publics. Utiliser les conclusions pour améliorer la crédibilité des budgets, le déblocage de fonds, le suivi des dépenses et la redevabilité.
Renforcer le suivi des dépenses et le suivi financier pour les vaccins, les campagnes, les coûts opérationnels et les dépenses liées aux soins de santé primaires, au niveau du système. Renforcer les capacités publiques d'analyse et d'utilisation des informations sur les dépenses pour la gestion programmatique, budgétaire et fiduciaire.	Intégrer le suivi des dépenses et le suivi financier dans les processus publics de planification, d'examen des budgets, de gestion des programmes et de financement des soins de santé primaires.	Utiliser les données sur les dépenses, l'exécution et l'audit pour soutenir l'amélioration continue de la gestion financière, de l'allocation des ressources, de la crédibilité des budgets et de la redevabilité.
Renforcer les capacités de gestion des subventions relatives au financement de Gavi, notamment la planification, la mise en œuvre, la communication de l'information, la supervision financière, la gestion des risques et le suivi en temps voulu des problèmes de gestion financière.	Augmenter progressivement le recours aux systèmes publics pour les fonctions de gestion des subventions, de communication de l'information, de supervision financière et de mise en œuvre lorsque les risques peuvent être gérés de manière appropriée. Utiliser un soutien technique ciblé pour soutenir le leadership public plutôt que s'y substituer.	Pérenniser les fonctions de gestion des subventions prises en charge et financées par le pays, par le biais des structures, des effectifs, des systèmes et des budgets publics réguliers.
Soutenir les processus d'audit internes et externes, les examens financiers et les autres mécanismes de contrôle fiduciaire nécessaires à une gestion des subventions efficace. Utiliser les résultats des audits pour renforcer les contrôles, améliorer la redevabilité financière et régler les problèmes de gestion financière récurrents.	Intégrer les résultats des audits, les examens financiers et les recommandations fiduciaires dans les processus d'examen des programmes, de gestion financière et de gestion des risques de routine. Aligner les exigences d'assurance supplémentaires sur les processus publics, si possible.	Renforcer les mécanismes réguliers d'audit, d'assurance et de redevabilité financés par le gouvernement qui soutiennent la transparence, la gestion des risques et l'utilisation efficace des systèmes nationaux. Réduire le recours aux dispositifs de contrôle financés par des sources extérieures lorsque les systèmes gouvernementaux peuvent garantir un niveau de confiance adéquat.
Examiner les dispositions relatives aux bailleurs de fonds relais, aux coûts de soutien des programmes, aux agents fiscaux et à la mise en œuvre gérée par les partenaires. Identifier des moyens de renforcer les systèmes nationaux et de garantir que ces dispositions renforcent les capacités gouvernementales là où elles restent nécessaires.	Aligner les dispositions relatives aux bailleurs de fonds relais, aux agents fiscaux et à la mise en œuvre gérée par les partenaires sur les processus publics de gestion financière, de communication de l'information, d'audit et de redevabilité, dans la mesure du possible, tout en maintenant des garanties fiduciaires adaptées.	Utiliser les mécanismes d'audit et de contrôle financés par le gouvernement comme principale source de contrôle fiduciaire, complétée par des mesures d'assurance supplémentaires si le risque le justifie. Pérenniser les fonctions de gestion, de supervision et de redevabilité dirigées par le pays, au travers des systèmes et du financement nationaux.

Activités indicatives spécifiques aux contextes fragiles et humanitaires

- Soutenir des modalités simplifiées de gestion financière, de communication de l'information et de suivi des dépenses lorsque les systèmes publics réguliers sont perturbés, incomplets ou faibles.

- Renforcer les mécanismes de base relatifs à la redevabilité financière et aux contrôles fiduciaires nécessaires pour maintenir le financement de la vaccination et la continuité des services.
- Soutenir l'identification et l'élimination rapides des goulets d'étranglement affectant le déblocage, le suivi et l'utilisation des fonds pour la prestation des services de vaccination.
- Lorsqu'il n'est pas possible d'utiliser les systèmes nationaux immédiatement, soutenir les dispositions qui maintiennent les contrôles fiduciaire tout en préservant un parcours vers une appropriation accrue par le gouvernement accrue quand les conditions le permettent.

Activités inéligibles

Tous contextes

- Réformes d'ampleur de la gestion des finances publiques sans lien direct avec l'amélioration du financement, de l'exécution, de la redevabilité ou de l'utilisation des fonds pour les priorités en matière de vaccination et de soins de santé primaires.
- Systèmes parallèles de gestion financière, de communication de l'information, d'audit ou de gestion des subventions qui font double emploi avec des systèmes gouvernementaux sans justification ou objectif de transition clairs.
- Dispositions relatives aux bailleurs de fonds relais, aux agents fiscaux et à la mise en œuvre gérée par les partenaires qui se substituent aux systèmes nationaux sans jouer un rôle clair dans le renforcement des capacités gouvernementales, des contrôles fiduciaires ou de la transition vers l'appropriation par le pays.
- Audits, examens financiers ou évaluations ponctuels sans lien avec les actions de suivi, les contrôles améliorés, l'atténuation des risques ou des systèmes de gestion financière plus solides.
- Investissements qui n'améliorent pas l'exécution des budgets, le suivi des dépenses, la redevabilité, la transparence, les contrôles fiduciaires, la confiance dans les systèmes nationaux ou l'utilisation du financement pour les priorités en matière de vaccination et de soins de santé primaires.

Intervention phare 8.3 : Améliorer les flux de fonds et leur utilisation en première ligne, et réduire les risques de fraude par le recours aux paiements numériques et à l'argent mobile.

Description : Les retards dans le décaissement des fonds destinés à la vaccination peuvent être dus à des processus de gestion des finances publiques inefficaces et à des contextes d'économie politique complexes. La connaissance et l'amélioration de ces processus devraient permettre de faciliter les flux de fonds et d'améliorer la transparence en promouvant le suivi des décaissements et des dépenses. Ce suivi peut favoriser une redevabilité plus importante. Lorsque les fonds ne parviennent pas aux établissements, le recours au financement direct des établissements de santé peut s'avérer utile, facilité par une utilisation plus systématique des technologies numériques.

AI	TP	TA
• Soutenir la **cartographie et la simplification des processus de décaissement et des contrôles des dépenses, l'analyse des ruptures de stock et la création et l'utilisation de calendriers de décaissement** afin de garantir le déblocage des fonds en temps voulu, pour l'achat de vaccins comme pour les coûts opérationnels.		

AI	TP	TA
• Mettre en œuvre et renforcer les mécanismes garantissant que **les fonds parviennent aux niveaux d'intervention de première ligne**, tels que le financement direct des établissements de santé et le financement basé sur les performances. • Le **renforcement des capacités de gestion financière** permet une utilisation efficace des ressources financières liées à la vaccination, en particulier au niveau infranational et au niveau des établissements. Ce renforcement des capacités devrait favoriser des économies d'échelle, p. ex. dans le domaine de la formation numérique. • **Soutenir les solutions technologiques numériques permettant le transfert de ressources nationales** jusqu'aux points de prestation de services, en assurant la sécurité, la transparence et la traçabilité des fonds, et en tirant parti des solutions déjà utilisées pour le financement de Gavi. • Élaborer et mettre en œuvre des méthodes et des processus pour la **cartographie des ressources et le suivi du budget et des dépenses** aux niveaux national et infranational afin de soutenir l'établissement de rapports et la mesure de l'efficacité. • Mettre en place des **mécanismes de suivi et des cadres de redevabilité** afin d'examiner les informations relatives aux dépenses de vaccination et de soins de santé primaires aux niveaux national et infranational, y compris des tableaux de bord en ligne sur les sources de financement et les dépenses.		
		• Soutenir les pays en transition accélérée dans l'amélioration de l'exécution budgétaire et des processus de décaissement des fonds du Trésor, afin d'accélérer la mise à disposition des ressources nationales destinées à l'achat de vaccins et aux programmes de vaccination, tout en réduisant les retards de financement et le risque de ruptures de stock de vaccins.

Activités inéligibles

- Toute assistance technique pour l'analyse des goulets d'étranglement de la gestion des finances publiques sans analyse approfondie des soins de santé primaires.
- Duplication des évaluations des goulets d'étranglement dans la gestion des finances publiques.
- Tout outil de suivi et de transparence faisant double emploi.

Autres remarques sur les campagnes

- Le calendrier de décaissement est particulièrement important pour l'achat des vaccins utilisés lors des campagnes. Les solutions bancaires mobiles se prêtent très bien aux campagnes.

Intervention phare 8.4 : Améliorer l'efficacité du financement de la santé en donnant la priorité aux investissements dans les vaccins, en intégrant le financement de la santé et en généralisant les approches éprouvées de financement en fonction des résultats.

Description : Dans un contexte de financement de la santé limité, il est possible d'augmenter la marge de manœuvre budgétaire en améliorant l'efficacité des dépenses. Les activités décrites ci-

dessous s'attachent à améliorer l'efficacité des dépenses de santé publique, telles que la mise en œuvre d'approches de financement basé sur les résultats ainsi que l'optimisation d'un ensemble de services ou de vaccins.

AI	TP	TA
• Soutenir l'exercice d'**optimisation et de priorisation du portefeuille de vaccins** afin d'identifier les économies à réaliser et de mettre en œuvre des introductions et/ou des substitutions de vaccins pour gagner en efficacité dans le cadre des achats. • Améliorer l'efficacité des dépenses en réalisant des **analyses sur l'allocation et l'optimisation des ressources** et en mettant en œuvre des recommandations. • Soutenir le lancement et la systématisation d'**approches sectorielles** dans le pays afin d'améliorer la coordination des financements provenant des donateurs et d'autres sources. • Soutenir la mise en place et la systématisation de **modalités de financement conjoint, assorties d'indicateurs liés au décaissement,** afin d'encourager l'amélioration des résultats de la vaccination. • Proposer aux proches aidants ou aux bénéficiaires des **mesures incitatives intégrées et non monétaires** (p. ex. des compléments nutritionnels, une aide au déplacement).		

Activités inéligibles

- S.O.

Autres remarques sur les campagnes

- Les campagnes multi-interventions (vitamine A, nutrition, etc.) favorisent les gains d'efficacité.

Intervention phare 8.5 : Soutenir la planification de la transition pour un financement durable des vaccins, en veillant à ce que le financement de la vaccination soit intégré dans les budgets nationaux, en coordination avec d'autres donateurs du secteur de la santé, conformément à l'Agenda de Lusaka.

Description : Les pays en transition accélérée doivent planifier leur transition de manière stratégique vers l'affranchissement du soutien de Gavi (vaccins, coûts opérationnels et assistance technique), en tenant compte du temps limité qu'il leur reste pour bénéficier des prix de Gavi pour l'achat de vaccins. Cette planification doit être intégrée dans les plans et stratégies nationaux et faire l'objet d'un suivi rigoureux. Dans ce cadre, il est essentiel et recommandé de tirer parti de l'apprentissage et de l'expérience des pairs.

AI	TP	TA
	• Élaborer et mettre en œuvre une **feuille de route pour la transition et la pérennisation** du pays, ainsi qu'un cadre de redevabilité. Ceux-ci doivent aborder la question de la pérennité financière et programmatique, ainsi que l'avenir des processus soutenus par l'Alliance, y compris les processus de prévision, de budgétisation et d'achat.	

AI	TP	TA
	• Promouvoir l'**alignement du soutien des donateurs sur les plans de transition nationaux** afin d'éviter les redondances et la fragmentation. • Élaborer des **cadres de suivi de la transition** associés à des indicateurs permettant de suivre les progrès réalisés en matière de financement national, d'exécution du budget, d'alignement du soutien des donateurs et de mesures pertinentes convenues dans les feuilles de route de la transition. • Promouvoir des **examens conjoints** réguliers **sur l'état d'avancement de la transition**, en impliquant les ministères de la Santé et des Finances, ainsi que les donateurs et la société civile. • Promouvoir les mécanismes de transparence et de redevabilité, y compris l'**établissement de rapports publics sur le financement de la vaccination**. • Prendre part aux activités du **Secrétariat multipays du suivi de l'apprentissage par les pairs et de la transition** et à d'autres initiatives multipays de pérennisation et de transition.	

Activités inéligibles

- Toute intervention faisant double emploi avec le soutien d'autres partenaires.
- Élaboration et mise en œuvre de feuilles de route non intégrées devant être alignées/intégrées dans d'autres stratégies nationales.
- Tout financement d'une ou de plusieurs initiatives similaires qui n'aident pas directement le gouvernement à renforcer ses capacités en matière de financement durable de la santé et de la vaccination et d'affranchissement du soutien de Gavi et/ou d'autres partenaires.

Autres remarques sur les campagnes

- Le niveau de cofinancement des campagnes étant relativement faible par rapport à celui des vaccins de routine, le coût de leur financement augmentera fortement lorsque les pays passeront à l'étape où le financement est entièrement assuré par le pays, une situation à laquelle ils doivent se préparer.

Annexe 5: Engagement des partenaires élargis

Annexe 5a: Engagement des partenaires élargis dans le cadre de Gavi 6.0

1. Objet de cette annexe

Les pays peuvent utiliser leur budget en espèces de Gavi 6.0 pour obtenir le soutien de partenaires élargis pour la mise en œuvre d'activités liées à leur demande globale. Les partenaires élargis comprennent les organisations de la société civile (à but non lucratif), les acteurs du secteur privé (à but lucratif) et les agences des Nations Unies autres que l'UNICEF et l'OMS.

Cette annexe présente l'approche et les exigences de Gavi pour identifier des partenaires élargis, les sélectionner, les évaluer et conclure des contrats avec eux. Sélectionner des partenaires élargis au moyen de processus transparents et concurrentiels pour garantir l'optimisation des ressources, l'équité et la redevabilité est une exigence fondamentale de Gavi 6.0.

2. Identification des partenaires pendant la préparation de la demande

On distingue trois catégories de partenaires élargis : les organisations de la société civile, les partenaires du secteur privé et les agences des Nations Unies autres que l'UNICEF et l'OMS. Lorsqu'ils préparent leur demande globale, les pays définissent des activités et, dans le modèle de budget, précisent la catégorie de partenaires la mieux adaptée pour mettre en œuvre chaque activité. Ils doivent mentionner une catégorie plutôt que désigner des organisations précises, de sorte qu'un processus de sélection juste et concurrentiel puisse être appliqué après l'approbation de la demande.

En cas d'incertitude concernant la catégorie de partenaires à mentionner, il est possible d'indiquer « À déterminer », en particulier pour des activités liées à l'assistance technique nécessitant une expertise qui peut être fournie par différents types de partenaires élargis.

Les organisations de la société civile jouent un rôle clé pour atteindre les communautés négligées et mal desservies. Conformément à la politique de renforcement des systèmes de santé et de la vaccination approuvée par le Conseil d'administration, les pays doivent allouer au moins 10 % du montant total de leur budget en espèces de Gavi 6.0 à des activités de mise en œuvre dirigées par des organisations de la société civile. Cette allocation doit figurer clairement dans la demande globale, plus précisément dans le modèle de budget.

La demande globale sert de base pour identifier des partenaires, les sélectionner et passer des contrats avec eux, spécifier les activités, les résultats attendus, les budgets indicatifs par catégorie de partenaires, et préciser si les activités relèvent de la mise en œuvre ou de l'assistance technique. Cette distinction détermine l'approche d'engagement et de contractualisation qui sera utilisée.

Remarque importante :
Les partenaires élargis peuvent être associés aux consultations préliminaires, notamment aux dialogues multipartites au niveau du pays, pour contribuer à l'élaboration de la demande globale d'un pays. Toutefois, pour garantir l'équité et éviter les conflits d'intérêts, les partenaires qui participent à

l'élaboration ou à la rédaction de la demande d'un pays ne peuvent pas être engagés par la suite pour mettre en œuvre les activités prévues dans cette demande.

2. Modalités d'identification, de sélection et d'engagement de partenaires

Gavi procède à l'identification et à la sélection des partenaires au terme des processus d'examen et d'approbation de la demande. Dans certains cas, pour gagner du temps, Gavi peut lancer ces opérations juste après qu'un pays a envoyé sa demande. Cependant, la contractualisation n'interviendra qu'après l'approbation de la demande. L'identification et la sélection de partenaires par Gavi ne commencent jamais avant l'envoi de la demande, sauf dans des situations exceptionnelles, justifiées et approuvées par Gavi.

Gavi engage des partenaires élargis selon deux modalités principales, en fonction de la nature des activités, du type de partenaire et du contexte de mise en œuvre : l'engagement direct et l'engagement indirect.

Dans le cadre de l'**engagement direct**, Gavi conclut les contrats avec les partenaires. Cette modalité est utilisée principalement pour l'assistance technique, mais peut aussi s'appliquer à la mise en œuvre, surtout lorsqu'un partenaire unique ou un partenaire responsable de la gestion d'un consortium est mieux placé pour assurer les activités.

L'engagement direct concerne le plus souvent les partenaires présélectionnés de manière compétitive au moyen d'un appel à propositions international. Les missions sont attribuées au moyen d'un appel d'offres secondaire ou, dans des cas rares et justifiés, par sélection directe. Lorsqu'aucun partenaire remplissant les critères requis pour être présélectionné n'est disponible, des appels à propositions séparés sont lancés. L'identification d'un partenaire unique reste exceptionnelle et doit faire l'objet d'une approbation officielle.

L'engagement direct sera utilisé lorsque les activités nécessitent une expertise technique spécialisée et lorsqu'une supervision des contrats par Gavi est requise et faisable.

Concernant l'**engagement indirect**, les partenaires, principalement des organisations de la société civile locales, sont engagés via un intermédiaire, qui peut être un partenaire principal ou un gestionnaire de fonds d'une organisation de la société civile sous la supervision de Gavi. D'autres modalités d'intermédiation peuvent être envisagées dans des cas exceptionnels, lorsqu'il existe une justification opérationnelle et programmatique claire. Cette modalité est surtout utilisée pour la mise en œuvre, dans les cas où des partenaires soutiennent la mise en œuvre de la vaccination dans des zones géographiques précises, et n'est généralement pas utilisée pour l'assistance technique fournie par les partenaires élargis.

L'engagement indirect doit être utilisé quand la mise en œuvre implique plusieurs organisations de la société civile partenaires opérant au niveau infranational, quand une coordination et une facilitation dans le pays sont nécessaires, quand les partenaires pourraient avoir besoin de renforcer leurs capacités opérationnelles et programmatiques, ou quand la gestion directe par Gavi de plusieurs partenaires et contrats ne serait pas efficiente ou faisable.

Un seul intermédiaire devrait normalement passer des contrats avec les organisations de la société civile partenaires dans le pays et assurer leur gestion, afin de garantir la cohérence, une

responsabilité clairement définie et une coordination simplifiée avec le gouvernement. Le gestionnaire intermédiaire gère l'ensemble du cycle de gestion des subventions au nom de Gavi, y compris la sélection de partenaires, la contractualisation, le décaissement, la supervision et la communication de l'information, en étroite consultation avec le gouvernement.

Les procédures mises en œuvre par l'intermédiaire tout au long du cycle de gestion des subventions doivent être convenues avec Gavi afin de garantir le respect de ses principes relatifs aux achats, de ses normes fiduciaires et de ses exigences en matière de rapports. Les détails relatifs aux modalités de l'engagement indirect proposé doivent être fournis dès le stade de la candidature.

4. Diligence raisonnable

La diligence raisonnable s'applique à tous les partenaires élargis et doit être exercée avant leur contractualisation, pour s'assurer qu'ils sont en mesure d'accomplir les tâches convenues. Cette diligence, qui couvre les aspects financiers, institutionnels, opérationnels et programmatiques, est exercée de manière homogène pour l'ensemble des partenaires et des modalités d'engagement, et le niveau d'évaluation est adapté à l'échelle et au profil de risque des activités.

Pour les partenaires engagés directement par Gavi, la diligence raisonnable est exercée par le Secrétariat ou par les agents désignés. Pour un engagement indirect, elle est exercée par l'intermédiaire, au moyen d'un cadre d'évaluation aligné sur les exigences de Gavi.

5. Instruments de contractualisation

L'instrument de contractualisation appliqué dépend de la nature de l'activité, du type de partenaire et de la modalité d'engagement.

Pour les partenaires engagés directement par Gavi, les **accords-cadres** établis à la suite de l'appel à propositions international fournissent une base d'engagement pluriannuelle qui fixe la portée, les barèmes et les conditions pour la période stratégique. Les missions spécifiques font ensuite l'objet de **contrats d'application** qui définissent l'étendue détaillée des activités, les livrables, les échéances, le budget et les attentes en matière de performance pour chaque mission. Ils sont généralement octroyés via un appel d'offres secondaire, ou par sélection directe lorsque cela est justifié et approuvé.

Lorsque les accords-cadres ne sont pas applicables, des **accords de services** séparés seront utilisés, en particulier pour les missions basées sur des résultats clairement définis, comme l'assistance technique.

Les **accords de subvention** sont utilisés de façon plus sélective dans le cadre de Gavi 6.0, essentiellement pour les agences des Nations Unies autres que l'UNICEF et l'OMS fournissant un soutien à la mise en œuvre.

En cas d'engagement indirect, la contractualisation est gérée par le gestionnaire intermédiaire au moyen d'instruments juridiques alignés sur les exigences de Gavi.

6. Mise en œuvre, supervision et communication de l'information

Gavi, ou le gestionnaire intermédiaire en cas d'engagement indirect (à savoir le gestionnaire de fonds d'une organisation de la société civile ou le partenaire principal), finalise les dispositions contractuelles au terme du processus de diligence raisonnable et peut ajuster la portée, le budget ou certaines conditions, pour tenir compte des conclusions de l'évaluation.

Tous les contrats avec des partenaires élargis, qu'il s'agisse de contrats ponctuels relevant d'un accord-cadre, d'accords de services ou d'accords de subvention, définissent les tâches à accomplir, les résultats attendus, les échéances, le budget et les exigences de communication de l'information. Chaque contrat est aligné sur la demande approuvée et sur les cadres de redevabilité et de performance pertinents de Gavi (voir la partie E – Suivi des subventions), de sorte que la contribution de chaque partenaire est clairement suivie, agrégée et mentionnée dans les rapports du pays sur le budget en espèces.

Gavi désigne un titulaire du contrat qui supervise la mise en œuvre des activités convenues, veille à la mobilisation et à la collaboration avec le gouvernement, et assure la coordination des parties prenantes et la visibilité auprès de celles-ci.

Les partenaires rendent compte régulièrement des progrès et de l'utilisation des fonds conformément aux exigences et aux cycles de communication de l'information de Gavi 6.0. Pour les organisations de la société civile qui soutiennent la mise en œuvre de la vaccination dans des zones géographiques précises, un ensemble d'indicateurs personnalisés recommandés a été conçu pour refléter les domaines qu'elles couvrent habituellement. Cela permet de favoriser une sélection et une évaluation cohérentes des indicateurs relatifs aux contributions des organisations de la société civile. Pour l'engagement indirect, les gestionnaires intermédiaires consolident et communiquent la performance des partenaires sous-traitants.

Annexe 5a: Orientations des partenaires élargis en matière de conflits d'intérêts

1. But

La présente note précise dans quelle mesure les partenaires élargis peuvent s'associer à l'élaboration des candidatures des pays au niveau national, où se situe la frontière entre la contribution consultative et la rédaction active, ce que cela implique pour l'éligibilité des partenaires à concourir ultérieurement pour des contrats de mise en œuvre, ainsi que le processus permettant de mettre en œuvre cette approche et d'envisager des exceptions lorsque cela se justifie.

2. La règle

Les partenaires élargis sont encouragés à participer au dialogue et aux consultations multipartites au niveau du pays afin d'éclairer la demande d'un pays. Toutefois, un partenaire qui aide à la rédaction de la demande d'un pays ne peut pas être engagé par la suite pour mettre en œuvre les activités prévues dans cette demande.

Cette règle protège l'équité et l'intégrité du processus concurrentiel de passation de marchés qui suit. Un partenaire ayant défini la conception, la portée ou le budget d'une activité pendant la phase de candidature bénéficierait d'un avantage indu s'il se présentait par la suite comme candidat pour mettre en œuvre cette même activité. Il s'agit d'une pratique courante chez tous les partenaires de développement multilatéraux et bilatéraux, et non d'une restriction propre à Gavi.

S'agissant de nouvelles orientations au titre de Gavi 6.0, elles ne s'appliqueront pas rétroactivement aux partenaires ayant mené des activités disqualifiantes (définies ci-dessous) dans le cadre de demandes déposées avant le 1er avril 2026, date à laquelle cette exigence a été publiée dans les directives sur le financement des programmes. Dans les cas où les partenaires étaient déjà impliqués dans le processus de préparation de la demande, une dérogation peut être envisagée en suivant la procédure décrite ci-dessous, dans les modalités de mise en œuvre.

3. Contribution consultative et rédaction active

Le tableau ci-dessous détermine quels types d'activités ont une incidence sur l'éligibilité future d'un partenaire à concourir pour des contrats de mise en œuvre.

Toujours encouragé (pas d'impact sur l'éligibilité)	Disqualifiant (affecte l'éligibilité future pour la mise en œuvre)
• Participer à des réunions de dialogue au niveau du pays, à des ateliers, à des consultations multipartites et à des réunions de groupes de travail techniques consacrés à la vaccination • Échanger des connaissances techniques, des données probantes et des meilleures pratiques mondiales et régionales • Contribuer aux discussions stratégiques et aux exercices de priorisation	• Rédiger, éditer ou structurer toute partie de la demande • Définir des activités, interventions ou éléments programmatiques spécifiques • Préparer des budgets détaillés, des estimations de coûts ou des plans d'allocation des ressources • Préparer des plans de travail, des livrables, des calendriers ou des plans de mise en œuvre

Toujours encouragé (pas d'impact sur l'éligibilité)	Disqualifiant (affecte l'éligibilité future pour la mise en œuvre)
• Donner des conseils à l'oral ou des retours d'ordre général sur les priorités émergentes ou les approches programmatiques • Donner des conseils sur les approches et les interventions programmatiques les plus efficaces compte tenu du contexte • Partager des outils, des données et des enseignements • Fournir des retours sur les propositions avancées par les pays sans prendre part à la rédaction du contenu final • Fournir des données d'ordre général pour l'établissement des coûts (estimation budgétaire forfaitaire), à titre d'indication générale du coût des activités • Participer et voter aux réunions du Comité de coordination interagences	• Élaborer des spécifications techniques en vue d'un futur appel d'offres

Vous ne savez pas où vous vous situez ? Avant de poursuivre, contactez les responsables pays seniors du Secrétariat de Gavi et/ou l'équipe des Achats de Gavi afin d'obtenir un examen au cas par cas.

4. Modalités de mise en œuvre

Les partenaires élargis seront tenus de déclarer, dans le cadre du dossier d'intention de participation, s'ils ont activement contribué à la rédaction de la demande du pays concerné en appliquant les critères d'exclusion définis ci-dessus, avant de participer à toute procédure concurrentielle (qu'il s'agisse d'une procédure d'appel d'offres secondaire dans le cadre de l'appel à proposition mondial ou d'une procédure concurrentielle ponctuelle). En cas de doute quant à ce qui constitue un soutien actif, il convient de soulever ces questions auprès de l'équipe des Achats du Secrétariat avant qu'un partenaire ne commence à apporter son soutien à la préparation d'une demande. Le Secrétariat envisagera également des dérogations à cette règle lorsque celle-ci aurait un impact négatif majeur sur une demande déjà en cours d'élaboration. Toute dérogation doit être approuvée par le comité des Achats du Secrétariat avant que le partenaire ne commence à apporter son soutien à l'élaboration de la demande.

Le fait de ne pas signaler une implication antérieure ou un conflit d'intérêts identifié ultérieurement peut entraîner une disqualification, conformément aux politiques standard de Gavi en matière de conflits d'intérêts.

5. Références

Parallèlement à ces orientations, lire l'annexe 5a – Engagement des partenaires élargis dans le cadre de Gavi 6.0.

Annexe 6: Chaîne à température contrôlée (CTC)

1. Qu'est-ce que la chaîne à température contrôlée ?

La chaîne à température contrôlée (CTC) est une approche de gestion des vaccins qui permet de conserver et de transporter certains vaccins préqualifiés à des températures ambiantes pouvant aller jusqu'à 40 °C pendant au moins trois jours consécutifs juste avant l'administration. Une utilisation en CTC se différencie d'une utilisation « hors de la chaîne du froid », car la CTC est reconnue officiellement et mentionnée sur l'étiquette du flacon du produit. De plus, des outils de supervision réglementaire et de suivi sont en place pour la CTC.

En 2025, on comptait cinq vaccins qualifiés pour une utilisation en CTC dans le cadre de la préqualification par l'OMS :

Groupe de vaccins	**Choléra**	**VPH**	**Méningite A**	**Méningite A, C, Y, W, X**	**Typhoïde**
Produit	Euvichol-S (en attente de préqualification)	Gardasil® et Gardasil 9	MenAfriVac®	MenFive™	Typbar®
Seuil de température	40 °C	40 °C	40 °C	40 °C	40 °C
Durée de la CTC	10 jours	4 jours	4 jours	15 jours	7 jours

La dose à la naissance contre l'hépatite B a été utilisée « hors de la chaîne du froid », ce qui a permis d'élargir la couverture, mais elle n'est pas encore étiquetée en vue d'une utilisation en CTC[13].

La CTC est l'option qui convient le mieux pour :

- les **campagnes préventives** (p. ex. vaccin anti-VPH, vaccin contre la méningite A, vaccin antiméningococcique conjugué multivalent, vaccin anticholérique oral préventif, vaccin antityphoïdique) ;

13

- les **stratégies spéciales** ciblant les populations fragiles ou difficiles à atteindre, notamment les populations mobiles, des camps de réfugiés ou des zones de conflit ;
- les environnements où l'**infrastructure de la chaîne du froid n'est pas fiable.**

2. Pourquoi envisager la CTC ?

La CTC présente deux avantages majeurs pour les pays :

1. Elle réduit les coûts

- Il n'est plus utile d'utiliser des poches de glace et des congélateurs ni d'assurer un réapprovisionnement quotidien pendant la vaccination de proximité, ce qui fait baisser les coûts logistiques des campagnes.
- La CTC réduit le gaspillage de flacons qui n'ont pas été ouverts en évitant les dommages causés par le gel et en permettant d'utiliser les vaccins en toute sécurité à température ambiante.
- *Données probantes :* Au Tchad, l'utilisation du vaccin MenAfriVac® en CTC a réduit de moitié les coûts logistiques par personne vaccinée. Plus de cinq millions de doses en CTC ont été administrées en toute sécurité dans plus de dix pays sans augmentation du gaspillage.

2. Elle élargit la couverture et la portée

- La CTC simplifie l'administration et allège la charge opérationnelle des agentes et agents de santé, qui peuvent consacrer plus de temps à la vaccination.
- Elle favorise des séances de vaccination plus longues et donne plus de souplesse pour la vaccination de proximité, ce qui permet d'atteindre les enfants non vaccinés et sous-vaccinés dans des environnements difficiles d'accès et fragiles.
- *Données probantes :* Au Bénin, près de 100 % des vaccinateurs ont préféré la CTC, indiquant qu'elle leur permettait de vacciner plus de personnes quotidiennement. En Ouganda, lors de projets pilotes de vaccination contre le VPH, la CTC a permis au personnel de couvrir davantage d'écoles quotidiennement.

La CTC a été utilisée avec succès dans au moins 15 pays d'Afrique et d'Asie. Les résultats documentés mentionnent des coûts logistiques réduits au Tchad pour la vaccination contre la méningite A, ainsi que l'acceptation par les agentes et agents de santé et leur satisfaction en Ouganda pour la vaccination contre le VPH.

Tableau 6.1 Aperçu d'une sélection d'études sur la CTC menées à ce jour

Pays Domaine	Bénin 8 villages	Ouganda 4 districts	Côte d'Ivoire 2 districts	Togo 4 régions	Tchad 3 régions
Année	2014	2017	2014	2014	2011
Vaccin	MenAfriVac	VPH	MenAfriVac	MenAfriVac	MenAfriVac
Méthodologie	Essais contrôlés non randomisés	Mise en œuvre d'un projet pilote	Étude transversale, méthodes mixtes	Enquête transversale	Campagne d'observation + Modélisation
Population étudiée	1 000 en CTC 999 hors CTC	2 (intervention) 2 (contrôle)	~ 492 membres du personnel de campagnes	9 082 en CTC	1 807 158 personnes vaccinées
Sujet de l'étude	Sûreté/couverture massives	Administration du vaccin avec la CTC	Connaissances et opinions des acteurs utilisant la CTC	Couverture, MAPI, CTC vs chaîne du froid	Réduction des coûts de la campagne CTC
Conclusions	Sûreté équivalente à la chaîne du froid ; couverture >105 %	Le projet pilote a démontré la faisabilité et l'acceptabilité	La CTC a permis la vaccination dans des zones isolées, mais a été sous-utilisée	Couverture 98 %, 2,3 % d'effets secondaires bénins	Réduction des coûts ; couverture élargie aux zones à faibles ressources
Impact/pertinence	Faisabilité de l'approche CTC démontrée	Politique nationale éclairée et orientations pour d'autres pays	Faisabilité et acceptation de la CTC démontrées, mais besoin d'accompagnement	Sûreté et efficacité de la CTC démontrées	Réduction des coûts et vaccination dans des zones manquant d'infrastructures
Référence (PMID)	Steffen *et al.*, 2014*	OMS 2018**	Kouassi *et al.*, 2016	Landoh *et al.*, 2017	Lydon *et al.* 2013

Les avantages des stratégies de CTC sont liés à la prise en compte de facteurs opérationnels clés. Sans formation, planification et suivi adaptés, ils peuvent être limités, voire inexistants.

- **Formation et supervision**
    - Les agentes et agents de santé ont besoin d'instructions simples et claires pour éviter toute confusion entre les vaccins en CTC et les autres vaccins. Des règles complexes ou incohérentes nuisent à l'efficacité et augmentent le risque.
    - *Exemple :* Lors du projet pilote de vaccination en CTC contre le VPH en Ouganda, des vaccinateurs ont été formés pour noter l'heure de début de vaccination en CTC sur chaque porte-vaccins. Cette mesure simple a permis de s'assurer que les flacons n'étaient pas utilisés au-delà de la période approuvée de quatre jours et a mis le personnel en confiance.
- **Pas de gaspillage**
    - Une manipulation inadaptée peut amener à devoir jeter des flacons s'ils dépassent les limites de durée ou de température approuvées. La CTC peut réduire le gaspillage, mais seulement avec une formation et un suivi adaptés.

      Les indicateurs de seuil de température sont des outils utilisés pendant la CTC. L'indicateur de seuil de température reste sur le porte-vaccins et montre si ce dernier *a été exposé* à des températures supérieures à 40 °C. Les indicateurs de seuil de température ne doivent pas remplacer les pastilles de

      Les indicateurs de seuil de température sont des outils utilisés pendant la CTC. L'indicateur de seuil de température reste sur le porte-vaccins et montre si ce dernier *a été exposé* à des températures supérieures à 40 °C. Les indicateurs de seuil de température ne doivent pas remplacer les pastilles de contrôle des vaccins.

      Exemple : Lors de la campagne MenAfriVac® au Tchad, combiner les pastilles de contrôle des vaccins et les indicateurs de seuil de température a aidé le personnel à utiliser les vaccins en toute sécurité et à les jeter seulement quand cela était nécessaire.
- **Gestion de la co-administration**
    - Les campagnes impliquent souvent l'administration de plusieurs vaccins qui ne sont pas tous qualifiés pour la CTC. Dans de tels cas, le vaccin pour lequel les contraintes liées à la chaîne du froid sont les plus strictes établit la norme, ce qui limite les avantages pratiques de la CTC.
    - *Exemple :* Au Togo, une campagne de vaccination contre la méningite A utilisant la CTC et impliquant d'autres antigènes a été menée. Le fait que tous les vaccins ne soient pas éligibles à la CTC a limité les bénéfices opérationnels de cette approche.

3. Conditions de financement de la CTC pour une demande présentée auprès de Gavi

Lorsque les stratégies de vaccination sont examinées, il convient de discuter de la CTC. Les pays doivent s'assurer que les éléments suivants sont pris en compte dans leur demande s'ils souhaitent utiliser la CTC :

1. Éligibilité du vaccin

- Confirmer que le vaccin est préqualifié par l'OMS pour la CTC et préciser les conditions de CTC approuvées (température et durée).

2. Contenu de la demande

- Identifier les districts/régions où la CTC sera utilisée et comment elle s'inscrit dans les plans d'administration de vaccins.
- Fournir une justification claire de l'utilisation de la CTC (p. ex. équité, non-vaccination, populations fragiles ou difficiles à atteindre, amélioration de l'accès).
- Intégrer la CTC au **plan d'action** et au **budget de soutien opérationnel**, en incluant des références dans la demande globale, s'il y a lieu.
- Intégrer la CTC au **microplan/plan de travail** avec des détails opérationnels sur la formation, la planification des séances, la manipulation des vaccins, la supervision et le suivi dans le cadre de la CTC.
- Inclure un **budget** prévoyant des dépenses spécifiques à la CTC pour les indicateurs de seuil de température (stock régulateur de 10 %, supports et séances de formation à l'utilisation de la CTC, activités de supervision et de suivi, mécanismes de communication de l'information et mesures d'urgence si les températures dépassent 40 °C).

4. Faisabilité et mobilisation des parties prenantes

- Résumer les résultats des évaluations de la faisabilité (logistique, climat, formation, capacités de suivi).
- Mener des consultations avec les parties prenantes nationales (Comité de coordination interagences, équipes du programme essentiel de vaccination, partenaires), notamment en vue d'engager des discussions avec le Groupe technique consultatif national sur la vaccination.

5. Engagements en matière de communication de l'information

- Confirmer le respect des exigences standard de communication de l'information de Gavi, notamment la présentation du rapport technique sur les activités de vaccination supplémentaire et, le cas échéant, une enquête relative à la couverture post-campagne.

Annexe 7: Éligibilité budgétaire

Catégorie de coûts	Description et principes	
1. Salaires et traitements	Coûts liés à l'emploi (p. ex. salaires ou traitements) du personnel du bénéficiaire directement lié à la gestion ou à la mise en œuvre du programme de vaccination à tous les niveaux. • Les rémunérations et les conditions d'emploi doivent correspondre aux barèmes de salaires nationaux et aux structures existantes du responsable de la mise en œuvre pour des postes similaires entièrement financés par des sources nationales (ou par les fonds propres dans le cas des organisations de la société civile ou des organisations non gouvernementales).	•
2. Indemnités journalières, indemnités et autres formes de rémunération	Rémunération des volontaires et autres personnes assurant des fonctions supplémentaires de courte durée (p. ex. supervision, suivi, formation). Cette catégorie comprend également les indemnités de transport et de déplacement versées. • Les suppléments, incitations et compléments en fonction des résultats ne sont éligibles que s'ils s'inscrivent dans un mécanisme approuvé et qu'ils sont limités dans le temps. • Rémunération des agents de soutien non salariés (p. ex. volontaires des campagnes de vaccination) à des taux approuvés par le Comité de coordination interagences ou par une instance équivalente. • Les taux d'indemnités journalières de subsistance doivent être alignés sur les taux publics officiels en vigueur ou sur les taux du responsable de la mise en œuvre.	
3. Transport, déplacements et coûts associés	Achat ou location de véhicules, et frais de carburant, d'entretien et de maintenance associés. Coûts des locations de courte durée et d'utilisation de transports réguliers. Le pays doit prouver que l'achat de véhicules permet de lever un obstacle clairement identifié pour atteindre des enfants zéro dose et sous-vaccinés, et doit	•

Catégorie de coûts	Description et principes	
	présenter un plan de déploiement. **Pour l'achat de véhicules d'un montant supérieur à 5 % du budget en espèces consolidé ou à 500 000 dollars US**, les pays doivent aussi fournir des éléments attestant d'un plan financé pour la gestion et l'entretien des véhicules. • Les achats de véhicules seront dépendants d'un rapport d'analyse de la flotte de véhicules disponibles. • Coûts de fonctionnement et de maintenance – mécanisme clair pour lier l'utilisation aux activités de la stratégie de vaccination. • Les modes et les classes de transport seront conformes aux politiques gouvernementales, ou économiques, sûrs et fiables.	
4. Services professionnels	Consultances de courte durée assorties de livrables précis. Lorsque le pays bénéficie de l'aide ciblée aux pays, cette catégorie et l'aide ciblée doivent être alignées et exemptes de doublons. • Les honoraires seront conformes aux pratiques et aux tarifs du marché local, régional et international, et adaptés au type d'assistance technique ou aux services fournis. • En règle générale, pour les consultants internationaux, les honoraires respecteront les barèmes internationaux standard des Nations Unies ; pour les consultants locaux ou régionaux, ils respecteront les barèmes locaux standard des Nations Unies. • Les coûts d'assistance technique se limiteront à ceux qui ne peuvent pas être pris en charge avec les ressources existantes disponibles pour le programme.	
5. Consommables pour la vaccination associés à la prestation de services	Coûts qui permettent de mener un travail de proximité efficient et d'autres activités de vaccination. Les coûts des vaccins, médicaments et équipements n'appartiennent pas à cette catégorie. • Articles non imprimés utilisés lors des séances de vaccination (p. ex. liquides, pansements, vêtements	

Catégorie de coûts	Description et principes	
	de protection, boîtes de seringues et gestion des déchets). • La quantification des consommables dépend du client et des volumes de doses. • Les équipements de protection individuelle et la lutte contre les infections ne sont éligibles que dans des circonstances exceptionnelles, quand une pénurie majeure risquera de freiner les activités de vaccination essentielles.	
6. Coûts liés aux évènements	Coûts liés à la préparation des supports, coût des formateurs, des lieux, des boissons et de l'hébergement (ou remboursement de ces coûts sur présentation de justificatifs), à l'exclusion des indemnités journalières et autres formes de rémunération (qui sont incluses dans la catégorie de coûts 2 ci-dessus). • Justification programmatique de la durée et de la fréquence des formations, du cadre et du nombre de participants. • Le choix du lieu et du format respectera les pratiques habituelles du gouvernement (ou du bénéficiaire). • Les indemnités journalières (dans la catégorie de coûts 2) devront être réduites si les coûts d'un évènement comprennent le remboursement de l'hébergement, des repas et des frais de transport. • Les responsables de la mise en œuvre sont encouragés à envisager d'autres modes de prestation des formations, notamment des stratégies numériques, et à ne pas recourir exclusivement à la formation traditionnelle en face à face.	
7. Actifs, rénovation, meubles et équipement informatique ou maintenance	Achat d'équipement informatique et de communication mobile, d'objets mobiliers, de meubles et d'autres actifs ; coûts de rénovation. • Dans le cadre d'une stratégie prioritaire pour le renforcement des systèmes de santé, la demande de financement comportera un plan d'investissement dans des équipements mobiles présentant les lieux concernés et les objectifs d'utilisation. • Les coûts de rénovation ainsi que les objets mobiliers et accessoires associés seront justifiés,	

Catégorie de coûts	Description et principes	
	p. ex. au moyen d'une analyse des besoins de gestion ou de prestation de services. Les coûts des installations de stockage doivent faire l'objet d'une coordination avec la plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid. • L'achat de matériel informatique et de logiciels sera justifié au moyen d'une évaluation/analyse des besoins qui mentionnera l'équipement informatique existant et un lien clair avec la prestation de services. • Les coûts de maintenance et de réparation des actifs font partie de cette catégorie. • Les coûts de fonctionnement des outils informatiques/d'exploitation de données relèvent d'une catégorie distincte. • La construction n'est pas éligible, mais peut être envisagée s'il existe un accord de financement commun.	
8. Coûts d'équipement et d'entretien liés à la plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid	Sous réserve des limites d'éligibilité propres à la plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne du froid (POECF) et à l'intérieur de la liste des équipements fournie, si les fonds de la subvention doivent servir à l'acquisition, au fonctionnement ou à la maintenance d'une POECF, cette catégorie doit être budgétisée. • Articles à conserver au froid du catalogue de Gavi/de l'UNICEF quand le besoin est identifié. • Les spécifications et les fournisseurs sont gérés par l'UNICEF et soumis à des normes de l'OMS qui doivent être respectées pour que l'utilisation des fonds soit éligible. Les coûts des petits équipements, les coûts de fonctionnement et les autres coûts associés doivent faire l'objet d'une demande au moyen du processus de la POECF.	
9. Coûts d'impression, de communication, des technologies mobiles et informatiques	Production de supports pour la formation et la mobilisation communautaire ou d'autres supports de communication et de sensibilisation (sur papier, en ligne, pour la radio ou d'autres médias). Frais d'utilisation et d'abonnement pour les téléphones, les données et les services informatiques. • L'impression (p. ex. de cartes de vaccination, d'affiches et de brochures) doit être intégrée aux	

Catégorie de coûts	Description et principes	
	initiatives en faveur des soins de santé primaires, pour éviter les doublons. • Le descriptif de la demande doit justifier le choix du média de communication et le message (général, ciblé, pour une période ou un lieu donnés) et démontrer l'efficacité de l'utilisation de ce média en se fondant sur l'expérience acquise.	
10. Coûts de support, administration et frais généraux des programmes	Frais administratifs et de bureau directement liés à la gestion des activités financées par Gavi, et recouvrement convenu des coûts indirects imputé à la subvention gérée. Le recouvrement des coûts indirects est acceptable en versement forfaitaire, tandis que les autres coûts partagés doivent être détaillés. • Les bénéficiaires disposant d'un espace de bureau dédié ou supportant des frais de location et de service directement attribuables au programme peuvent facturer ces frais généraux. • Les taux indirects doivent faire l'objet d'un accord explicite avec Gavi dans le cadre de la demande du bénéficiaire. • Les autres frais courants/de gestion du programme imputés à Gavi (hors frais de bureau), y compris pour le personnel de soutien, doivent être fondés sur une justification claire approuvée au début du cycle de financement et, en règle générale, ne devraient pas changer. • Taux convenus contractuellement avec les partenaires – OMS, 7 % et UNICEF, 5 % ou 8 % • Recouvrement des coûts indirects – 10 % au maximum, quel que soit le niveau facturé, convenu avant la signature de la subvention. ○ **Gestionnaire de fonds d'une organisation de la société civile :** des exigences spécifiques peuvent s'appliquer, mais les coûts indirects des organisations de la société civile contractualisées et administrées par le gestionnaire ne peuvent excéder 10 %. • Autres coûts partagés – 10 % au maximum •	

Catégorie de coûts	Description et principes	
11. Financement en fonction des résultats	Utilisé quand les objectifs de la subvention sont des résultats plutôt que des intrants. • Les indicateurs liés au décaissement seront utilisés pour produire un résultat mesurable. • Une approche de type programme axé sur les résultats/services fournis définit un indicateur qualitatif et quantitatif du résultat auquel est associé un taux convenu (et la somme correspondante est décaissée ou un précédent déblocage de fonds est jugé acquis).	

Annexe 8: Domaines soutenus à la phase catalytique et directives relatives au processus

Demandes des pays en phase catalytique

Les pays en phase catalytique sont invités à envoyer, à tout moment pendant la période stratégique de Gavi 6.0, une demande de soutien pour répondre à des besoins d'introduction de nouveaux vaccins et d'optimisation par l'intermédiaire de catalyseurs au niveau national. Pour les pays en phase catalytique, les étapes du processus de demande sont similaires à celles des autres pays, mais chacune comportera des éléments de différenciation pour s'adapter de manière adéquate à la portée du soutien en phase catalytique, exposés ci-après.

Demande de financement d'un pays en phase catalytique

Pour bénéficier d'un soutien, les pays en phase catalytique appliquent un modèle de soutien distinct, limité dans le temps et basé sur les besoins. En cas d'introduction progressive, un soutien en phase catalytique couvrant jusqu'à deux années de mise en œuvre peut être accordé. Pour y accéder, les pays en phase catalytique doivent respecter les exigences de base relatives aux demandes, à savoir envoyer 1) un **descriptif stratégique propre à la phase catalytique**, 2) un **modèle de budget**, et 3) un **modèle de cadre de résultats**. Dans le cadre de résultats, les pays en phase catalytique doivent fixer une cible pour un seul indicateur clé de performance lié à la subvention, et rendre compte de leurs résultats au regard de cet indicateur Si les indicateurs personnalisés sont facultatifs, les rapports d'avancement sur la mise en œuvre des activités sont obligatoires pour toutes les activités prévues au budget. La fréquence de communication de l'information est détaillée à l'annexe 9 – Cadre de redevabilité en matière de subventions. Le modèle des **régions ciblées** (qui n'est pas encore disponible) est facultatif, sauf pour le soutien contre la dengue.

En plus des exigences de base mentionnées ci-dessus, les demandes de **financement catalytique des vaccins** doivent comprendre une **demande de doses** pour 50 % de la première cohorte de naissance (ou de la cohorte cible), qui devra être envoyée au SGS.

Documents supplémentaires pour les demandes des pays en phase catalytique

En fonction du besoin de soutien (pour l'introduction de nouveaux vaccins ou pour l'optimisation), des documents supplémentaires doivent être envoyés avec la demande de catalyseur. Cela est nécessaire pour témoigner de l'engagement du pays en faveur d'une introduction de vaccins équitable et durable, comme décrit ci-après.

Tableau 2.1 Exigences supplémentaires – Soutien à l'introduction d'un nouveau vaccin

Exigences relatives à l'introduction d'un nouveau vaccin	Catalyseur	
	Coûts ponctuels	Financement catalytique des vaccins
Décision officielle d'introduction du vaccin du ministre de la Santé	X	X

Modifications législatives requises, ou en cours et qui seront finalisées dans les six prochains mois	X	X
Recommandation du Groupe technique consultatif national sur la vaccination ou d'une instance équivalente	X	X
Enregistrement national du vaccin (si la législation l'exige)	X	X
Plan d'achat et de financement pluriannuel, ou équivalent	X	X
Signature du ministre de l'Éducation (soutien à l'introduction d'un vaccin contre le VPH seulement)	X	X
Plan finalisé d'introduction d'un nouveau vaccin	X	X

Tableau 2.2 Exigences supplémentaires – Soutien à l'optimisation[14]

Exigences d'optimisation	**Catalyseur**	
	Assistance technique	***Coûts ponctuels***
Approbation officielle du ministre de la Santé	X	X
Recommandation ou approbation du Groupe technique consultatif national sur la vaccination, du Comité de coordination interagences ou d'une instance équivalente		X
Plan de mise en œuvre de l'optimisation finalisé (seulement pour le soutien à la mise en œuvre de l'optimisation)	X	X

Examen des demandes des pays en phase catalytique

Toutes les nouvelles demandes de soutien des pays en phase catalytique seront examinées par le Comité d'examen indépendant de Gavi au regard de critères propres à la portée du soutien en phase catalytique. Pour plus d'informations sur le processus du Comité d'examen indépendant, voir la section ci-dessus consacrée à l'examen par ce Comité. Après avoir été examinées par le Comité d'examen indépendant, les demandes des pays en phase catalytique suivront les mêmes étapes que les autres subventions, à savoir la modification des subventions, le cas échéant, l'approbation par le Groupe d'opérationnalisation des subventions, la contractualisation, le décaissement et la mise en œuvre.

Introduction de nouveaux vaccins

1. Assistance technique pour l'introduction de nouveaux vaccins

[14] Le soutien à la mise en œuvre de l'optimisation est offert seulement aux pays qui ont achevé leur transition (c.-à-d. les pays anciennement éligibles au soutien de Gavi) et qui sont éligibles à la phase catalytique.

Compte tenu de la diversité des contextes nationaux, Gavi ne précise pas quelles activités d'assistance technique sont éligibles à un soutien, ce qui permet aux pays et aux partenaires de déterminer leurs priorités en fonction de leurs besoins. Les activités doivent répondre à un besoin clair et contribuer directement au succès, à la pérennité et à l'équité de l'introduction de nouveaux vaccins (vaccin antipneumococcique conjugué, vaccin contre le rotavirus et/ou vaccin contre le virus du papillome humain), en accord avec les objectifs de la phase catalytique.

Voici une liste non exhaustive d'activités d'assistance technique qui pourraient bénéficier d'un soutien :

- Conduite d'analyses de rentabilité
- Évaluation d'un choix de produits
- Élaboration d'un plan (chiffré) pour l'introduction de nouveaux vaccins, notamment en menant une analyse axée sur la non-vaccination et le genre pour étayer des plans fondés sur des données probantes qui permettront d'atteindre tous les enfants
- Prévision des besoins budgétaires nationaux pour les vaccins et les fournitures associées
- Élaboration d'un programme de formation des agentes et agents de santé à l'introduction de nouveaux vaccins
- Mobilisation et communication communautaires, amélioration des services aux patients avec des agentes et agents de santé qui communiquent mieux, sont plus empathiques et plus compréhensifs
- Élaboration de plans et de supports relatifs à la communication et à la mobilisation sociale pour l'introduction de nouveaux vaccins et pour atteindre les enfants zéro dose
- Conception d'initiatives pour le changement de comportement fondées sur des données probantes et spécifiques au contexte afin d'informer efficacement les communautés et d'augmenter la demande de vaccins
- Élaboration de plans systématiques pour atteindre les communautés traditionnellement négligées
- Intégration de nouveaux vaccins aux systèmes nationaux de gestion de l'information sanitaire
- Production de données probantes sur les avantages économiques de la pérennisation de nouveaux vaccins
- Évaluations post-introduction
- Connaissances comportementales et création de la demande
- Prise de décision et renforcement du Groupe technique consultatif national sur la vaccination
- Soutien à la pérennité financière, notamment élaboration de stratégies nationales de vaccination

Si possible, les activités liées à l'introduction de plusieurs nouveaux vaccins doivent être coordonnées et intégrées pour créer des synergies et réduire les coûts.

2. Coûts ponctuels pour l'introduction de nouveaux vaccins

Gavi permet aux pays en phase catalytique de définir et de prioriser des coûts ponctuels, en fonction de leur situation et de leurs priorités. Toutefois, les activités soutenues doivent s'inscrire dans le plan d'introduction de nouveaux vaccins du pays, répondre à un besoin précis et contribuer directement au succès du déploiement du vaccin antipneumococcique conjugué, du vaccin contre le rotavirus ou du vaccin contre le virus du papillome humain, conformément aux objectifs de la phase catalytique.

Voici une liste non exhaustive d'exemples de soutien :

- Coût de la formation des agentes et agents de santé pour soutenir l'introduction de nouveaux vaccins
- Coût de la production de supports de communication et/ou d'une campagne de communication/sensibilisation pour soutenir l'introduction de nouveaux vaccins
- Location de véhicules ou autres modes de transport pour distribuer le nouveau vaccin dans les zones difficiles d'accès

Si possible, les activités liées à l'introduction de plusieurs nouveaux vaccins doivent être coordonnées et intégrées pour créer des synergies et réduire les coûts.

Note sur l'éligibilité des coûts
Que ce soit pour le soutien au titre de l'assistance technique ou des coûts ponctuels, aucun financement ne sera accordé pour des coûts récurrents comme les salaires et les incitations récurrents, les coûts d'entretien courants des véhicules, les produits de santé et les consommables habituels ou les coûts sans lien direct avec l'introduction d'un nouveau vaccin (p. ex. coûts associés à l'élargissement de la couverture d'un vaccin déjà introduit à l'échelle nationale, ou au renforcement de la chaîne du froid dans son ensemble). Gavi ne financera pas non plus les coûts non spécifiques aux antigènes, p. ex. pour améliorer la chaîne d'approvisionnement, la chaîne du froid et les systèmes de gestion des stocks (y compris la gestion de la chaîne d'approvisionnement), quel que soit l'antigène concerné. En règle générale, Gavi ne finance pas les demandes relatives aux équipements de la chaîne du froid. Des exceptions ne pourront être envisagées que si la demande est essentielle à la réussite de l'introduction d'un nouveau vaccin, p. ex. si des capacités supplémentaires sont requises pour un nouvel antigène. Dans ce cas, les pays doivent fournir une analyse des lacunes des équipements de la chaîne du froid pour justifier la demande, ainsi qu'un plan pour la pérennité décrivant clairement comment les équipements seront entretenus et financés au terme de la période de soutien initial. Dans ces situations exceptionnelles, toutes les demandes doivent s'inscrire dans le cadre global de Gavi pour le soutien de la chaîne d'approvisionnement (voir la section sur la chaîne d'approvisionnement de l'annexe 4 – Domaines d'investissement de la stratégie pour les systèmes de santé). Si l'approbation d'une demande est recommandée, Gavi se réserve le droit d'approfondir l'examen du soutien fourni, sous réserve de la disponibilité de fonds.

3. Financement catalytique des vaccins pour l'introduction de nouveaux vaccins

En plus du coût des doses de vaccin, Gavi couvrira le coût associé des consommables (seringues et boîtes de sécurité) et du fret, et les coûts associés à l'achat par

l'intermédiaire d'un partenaire d'achat approuvé par Gavi (p. ex. les frais de manutention). Les pays choisissent de recevoir le financement catalytique des vaccins en une seule fois ou en deux versements sur deux ans, dans le cas d'une introduction progressive.

Pour accéder au financement catalytique des vaccins, les pays en phase catalytique doivent démontrer leur engagement et leur capacité à assurer une introduction durable et équitable. Le soutien aux vaccins pour les pays en phase catalytique n'est disponible qu'auprès d'un des partenaires d'achat approuvés par Gavi (l'UNICEF et le Fonds renouvelable de l'Organisation panaméricaine de la Santé) et aux prix fixés dans ce cadre.

Optimisation des vaccins

1. Assistance technique

L'assistance technique portant sur l'évaluation et la prise de décision doit aider les pays à clarifier la question de l'optimisation, à comparer les options envisageables et à rassembler les éléments nécessaires pour que le programme essentiel de vaccination, le Groupe technique consultatif national sur la vaccination, le Comité de coordination interagences ou tout autre organe consultatif équivalent puissent formuler ou approuver une recommandation. Ce soutien doit être utilisé pour l'optimisation et la priorisation plus larges du portefeuille de vaccins, la révision du portefeuille de vaccins ou l'examen du calendrier complet de vaccination ou de la vaccination systématique, à condition que les vaccins anti-VPH, antipneumococciques et antirotavirus fassent partie des éléments pris en compte dans la prise de décision et que l'analyse puisse potentiellement contribuer à la pérennité financière de ces programmes de vaccination. Le soutien à l'évaluation et à la prise de décision doit être adapté aux priorités du pays, à son contexte et à ses besoins en matière de prise de décision.

Voici une liste non exhaustive d'activités d'assistance technique qui pourraient bénéficier d'un soutien :

- Identifier les questions d'optimisation, évaluer un produit, une présentation, un calendrier, un groupe cible et des options de mise en œuvre, et définir la décision à prendre.
- Compiler des données nationales, examiner des données probantes relatives aux vaccins, analyser l'efficacité, l'innocuité, la protection contre les souches et les sérogroupes, l'approvisionnement, le type de pastilles de contrôle des vaccins et les recommandations de l'OMS.
- Utiliser des simulateurs de budget, réaliser des analyses de faisabilité financière, de marge de manœuvre budgétaire, d'impact budgétaire et de rapport coût-efficacité, évaluer les coûts d'acquisition et de mise en œuvre, et comparer le retour sur investissement et les compromis entre différents scénarios.
- Évaluer les besoins en matière d'injection, la complexité de l'administration, le gaspillage, le volume de la chaîne du froid, la demande de produits, les changements de calendrier, les implications en matière de livraison et la facilité d'utilisation.

- Réunir les parties prenantes gouvernementales concernées, animer des ateliers sur l'optimisation et la priorisation du portefeuille de vaccins, aider le programme essentiel de vaccination à traduire les analyses en scénarios et organiser des séances d'information animées par des spécialistes sur les priorités en matière d'optimisation, les antigènes et les sujets connexes.
- Élaborer des recommandations techniques concernant les produits, les calendriers, les stratégies et les questions de politique, et contribuer à l'ajustement des politiques et des stratégies sur la base de données probantes.
- Consigner les décisions prises et leur justification, mettre à jour les plans stratégiques et élaborer des plans de substitution ou de mise en œuvre, le cas échéant.

L'assistance technique portant sur la mise en œuvre peut être envisagée pour des changements approuvés visant une optimisation qui ont un point d'entrée clair dans les programmes de vaccination anti-VPH, antipneumococciques et/ou antirotavirus et qui devraient contribuer à la pérennité financière de l'introduction des vaccins concernés. Elle peut soutenir la planification, la microplanification, les directives opérationnelles, la préparation de la chaîne d'approvisionnement, la formation, la mise à jour des systèmes de données, la communication, ainsi que la coordination entre les niveaux national et infranational.

Voici une liste non exhaustive d'activités d'assistance technique qui pourraient bénéficier d'un soutien :

- Élaborer ou mettre à jour le plan de substitution, le calendrier de mise en œuvre, les modalités de coordination, le plan d'atténuation des risques et les rôles des partenaires.
- Préparer ou adapter des supports pour les professionnels, mettre à jour les orientations opérationnelles et guider les équipes nationales et infranationales sur les changements approuvés visant l'optimisation.
- Mettre à jour les hypothèses de prévision, les orientations relatives à la gestion des stocks, la planification de la chaîne du froid, les outils d'enregistrement et de rapports, les champs du système de gestion de l'information sanitaire et les tableaux de bord de suivi.
- Élaborer des stratégies de communication, informer les parties prenantes, suivre les premières étapes de la mise en œuvre, consigner les enseignements tirés et accompagner les mesures correctives pendant le déploiement.

2. Coûts ponctuels de la mise en œuvre de l'optimisation

3. Coûts ponctuels

Un soutien aux coûts ponctuels peut être apporté afin de soutenir les activités éligibles et limitées dans le temps requises pour la mise en œuvre de l'optimisation de la vaccination, y compris pour des changements de produit, de présentation ou de calendrier et d'autres changements approuvés visant l'optimisation. Comparable à une subvention de substitution, ce soutien peut couvrir la planification, la formation, du matériel et d'autres

besoins opérationnels qui sont essentiels à la mise en œuvre, mais qui ne peuvent être financés facilement par d'autres sources. Lorsque la mise en œuvre s'inscrit dans le cadre d'une optimisation plus large du portefeuille ou d'un changement programmatique, ce soutien ne peut être utilisé que pour des activités, ou pour une part justifiée des activités à coûts partagés, directement liées aux vaccins anti-VPH, antipneumococciques et/ou antirotavirus. Le soutien à la mise en œuvre doit refléter des priorités et des besoins de mise en œuvre spécifiques au pays.

Voici une liste non exhaustive d'activités d'assistance technique qui pourraient bénéficier d'un soutien :

- Prendre en charge des coûts de coordination limités dans le temps directement liés à la substitution ou à l'optimisation approuvée, lorsque celles-ci ne sont pas couvertes par les mécanismes existants.
- Financer des coûts limités dans le temps de formation, d'impression ou de diffusion qui sont directement requis pour la mise en œuvre du changement approuvé et attribuables aux vaccins anti-VPH, antipneumococciques ou antirotavirus.
- Soutenir des mises à jour ponctuelles d'outils, de formulaires (p. ex. les carnets de santé ou de vaccination des enfants), de registres, de tableaux ou d'autres supports nécessaires au changement approuvé, tant qu'elles se limitent aux composants vaccinaux éligibles.
- Financer les coûts liés à la production, à la diffusion, aux réunions ou au suivi et à la supervision formative, pour une durée limitée, qui sont directement liés aux changements approuvés visant une optimisation et qui ne sont pas financés par d'autres sources.

Note sur l'éligibilité des coûts
Les coûts suivants ne sont pas éligibles au soutien : • Dépenses récurrentes ou permanentes liées aux activités courantes du programme, notamment les salaires, les mesures incitatives et les frais de fonctionnement courants ; • Coûts qui ne sont pas directement imputables aux activités d'optimisation approuvées ; • Activités ou dépenses qui font double emploi avec un soutien existant ou prévu au niveau national, ou avec des initiatives financées par des partenaires ; • Coûts d'achat des vaccins.

Annexe 9: Cadre de redevabilité en matière de subventions

A) Cadre de resultats en matière de subventions – Vue d'ensemble des indicateurs

Type	Nom de l'indicateur	Source des données	Communiqué au SGS par :
Indicateurs de suivi régulier	Nombre de séances de vaccination organisées (sites fixes et de proximité)	eJRF	Secrétariat de Gavi
	Taux de rupture de stock au niveau des districts (DTC)	Thrive 360	Secrétariat de Gavi
	Taux de rupture de stock au niveau des districts (VAR)	Thrive 360	Secrétariat de Gavi
	Pourcentage d'équipements de la chaîne du froid fonctionnels (PQS)	eJRF	Secrétariat de Gavi
	Pourcentage de districts (ou autre unité admin2) sans alertes sur la qualité des données (p. ex. taux d'abandon négatif)	eJRF	Secrétariat de Gavi
Indicateurs clés de performance liés à la subvention	Réduction du nombre d'enfants zéro dose en pourcentage	WUENIC/WPP PNUD	Secrétariat de Gavi
	Nombre d'enfants vaccinés avec DTC1 [1]	SGIS du pays	Pays
	Nombre d'enfants vaccinés avec DTC3 [1]	SGIS du pays	Pays
	Nombre d'enfants vaccinés avec VAR1 [1]	SGIS du pays	Pays
	Nombre d'enfants vaccinés avec VAR2 (si introduit) [1]	SGIS du pays	Pays
	Nombre d'enfants vaccinés contre le VPH (si introduit) [2]	SGIS du pays	Pays
	Pourcentage de cofinancement atteint	Dossiers financiers du Secrétariat	Secrétariat de Gavi
	Nombre d'enfants ayant bénéficié de vaccins nouvellement introduits [31]	SGIS du pays	Pays
	Couverture des campagnes préventives [42]	Données d'enquêtes ou administratives	Pays
	Pourcentage d'examens de la performance de la	Dossiers relatifs à l'examen des	Pays

	vaccination systématique, conformément au calendrier	programmes du pays	
	Rapidité de détection des flambées épidémiques et de riposte	Groupe international de coordination, Partenariat contre la rougeole et la rubéole, OMS	Secrétariat de Gavi
	Indicateurs personnalisés [5], [63], [4] *Les indicateurs personnalisés sont obligatoires pour les pays dont le plafond de financement pour Gavi 6.0 est supérieur à 10 millions de dollars US. Ils sont facultatifs en dessous de ce plafond, à moins qu'un indicateur personnalisé soit requis en vertu des présentes directives.* (La liste des indicateurs personnalisés est accessible sur le SGS au moment de la candidature ou en téléchargeant le modèle hors ligne sur le site Web de Gavi). Les candidats peuvent aussi créer leur propre indicateur s'ils le souhaitent.)	Variable	Chaque bénéficiaire d'une subvention renseignera ses indicateurs personnalisés et communiquera sur ces indicateurs.

En plus des indicateurs recensés ci-dessus, d'autres sources de données et indicateurs seront enregistrés dans le SGS pour faciliter la contextualisation et la triangulation des résultats des indicateurs du cadre de redevabilité en matière de subventions (par exemple : estimations de la couverture WUENIC et taux d'abandon implicites).

[1] Ces indicateurs se rapportent aux doses administrées dans le cadre de la vaccination systématique, conformément à la population cible et au calendrier de vaccination prévus dans le calendrier national de vaccination du pays. Les vaccinations réalisées dans le cadre d'activités ou de campagnes de rattrapage spécifiques doivent être déclarées séparément au titre de l'indicateur correspondant.

[2] Cet indicateur inclut les personnes vaccinées dans le cadre du programme annuel de vaccination systématique contre le VPH ainsi que, le cas échéant, dans le cadre de toute activité de vaccination d'une cohorte multiâges soutenue par Gavi, conformément au calendrier national de vaccination contre le VPH. Les pays ne sont tenus de rendre compte

de leurs résultats au regard de cet indicateur qu'une fois que la vaccination contre le VPH a été mise en place.

[3] *[1] Les pays en phase catalytique doivent fixer des cibles pour ce seul indicateur clé de performance lié à la subvention, et rendre compte de leurs résultats au regard de cet indicateur. Ils sont également tenus de rendre compte de l'avancement de la mise en œuvre de toutes les activités recensées dans les modèles de budget.

[42] Les exigences du cadre de redevabilité en matière de subventions relatives aux campagnes s'appliquent, que la campagne fasse partie d'une demande effectuée par le pays au titre de Gavi 6.0 ou qu'elle ait été approuvée dans le cadre d'une demande de campagne autonome. Les pays doivent fixer des cibles et rendre compte de leurs résultats au regard des indicateurs clés de performance liés aux subventions de campagne applicables, par exemple la couverture des campagnes de prévention pour les campagnes de ce type ou le nombre d'enfants vaccinés avec les nouveaux vaccins dans le cadre des campagnes d'introduction.

Si le plafond du soutien en espèces du pays au titre de Gavi 6.0 exige la sélection d'indicateurs personnalisés, chaque bénéficiaire doit en choisir entre un et trois reflétant sa principale contribution attendue à la campagne. Cela inclut les partenaires principaux ou les partenaires élargis qui fournissent une assistance technique dans le cadre d'une campagne.

[53] Dans les 13 pays à haut risque de poliomyélite classés prioritaires en vertu de la collaboration entre Gavi et l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, il est nécessaire de sélectionner parmi les indicateurs personnalisés l'indicateur de couverture du vaccin antipoliomyélitique inactivé. Cette exigence s'applique indépendamment du plafond de la subvention en espèces du pays prévu pour Gavi 6.0. Elle concerne les pays suivants : Afghanistan, Angola, Djibouti, Éthiopie, Madagascar, Niger, Nigéria, Pakistan, République démocratique du Congo, Somalie, Soudan, Tchad, et Yémen.

[64] Pour les organisations de la société civile qui soutiennent la vaccination ou la prestation de services, les candidats sont invités à privilégier les indicateurs recommandés pour les organisations de la société civile figurant dans le tableau ci-dessous. Ces indicateurs visent à rendre compte de la contribution principale des activités soutenues par les organisations de la société civile pour atteindre les populations cibles et fournir des services de vaccination. Toutefois, le bénéficiaire de fonds peut, dans certaines circonstances, choisir un indicateur différent parmi l'ensemble du catalogue d'indicateurs personnalisés, ou proposer un autre indicateur défini par le pays qui reflète mieux la contribution attendue de l'organisation de la société civile.

Indicateurs personnalisés recommandés pour les organisations de la société civile

Nom de l'indicateur
Nombre d'enfants de moins de 1 an identifiés et orientés vers DTC1 dans [région ciblée]
Nombre d'enfants de moins de 1 an identifiés et orientés vers DTC3 dans [région ciblée]

Nombre d’enfants âgés entre 1 et <5 ans identifiés et orientés vers DTC1 dans [région ciblée]
Nombre d’enfants âgés entre 1 et <5 ans vaccinés avec DTC3 dans [région ciblée]
Nombre d’enfants de moins de 1 an vaccinés avec DTC1 dans [région ciblée]
Nombre d’enfants de moins de 1 an vaccinés avec DTC3 dans [région ciblée]
Nombre d’enfants de moins de 1 an vaccinés avec VAR1 dans [région ciblée]
Nombre d’enfants âgés entre 1 et <5 ans vaccinés avec DTC1 dans [région ciblée]
Nombre d’enfants âgés entre 1 et <5 ans vaccinés avec DTC3 dans [région ciblée]
Nombre d’enfants âgés entre 1 et <5 ans vaccinés avec VAR1 dans [région ciblée]
Nombre de séances de vaccination soutenues dans [région ciblée], ventilées par type (séance en site fixe / mobile / de proximité)
Nombre d’acteurs de la santé communautaire participant à des activités de vaccination soutenues par des organisations de la société civile dans [région ciblée]

B) Fiche de référence des indicateurs du cadre de résultats

Les définitions complètes, numérateurs, dénominateurs, sources des données et autres spécifications techniques pour les indicateurs clés de performance liés aux subventions sont disponibles sur le site web de Gavi : **Fiche de référence des indicateurs du cadre de résultats**.

C) Cadre de redevabilité en matière de subventions – Exigences différenciées de communication de l'information

Exigences différenciées de communication de l'information		**Pays à fort impact**	**Pays fragiles et en conflit**	**Pays prioritaires (y compris en transition accélérée) + en phase catalytique**
1.1 Performance financière	a) Synthèse de l'utilisation du soutien en espèces au regard des montants décaissés au profit de chaque bénéficiaire	Chaque trimestre	Chaque trimestre	Chaque semestre (trimestre pour les partenaires)
	b) Dépenses par activité au niveau des éléments de coût dans le budget de la subvention	Chaque trimestre	Chaque semestre	Chaque semestre
1.2 Consommation de vaccins	Consommation totale à ce jour dans le cadre de la subvention, par antigène	Chaque trimestre	Chaque semestre	Chaque semestre
1.3 Statut des activités	a) Statut global de mise en œuvre, par bénéficiaire	Chaque trimestre	Chaque trimestre	Chaque semestre
	b) Communiqué pour chaque activité prioritaire par bénéficiaire* * *Toutes les activités prévues au titre des subventions des pays en phase catalytique*	Chaque trimestre	Chaque semestre	Chaque semestre
2. Indicateurs clés de performance liés à la subvention	Communiqués par les bénéficiaires et comparés aux cibles (Indicateurs obligatoires)	Chaque trimestre	Chaque semestre	Chaque année
	Communiqués par les bénéficiaires et comparés aux cibles (Indicateurs personnalisés)	Chaque trimestre	Chaque semestre	Chaque année
3. Risques	Mis à jour par toutes les parties prenantes de la subvention, lorsque cela est pertinent (« approche légère »)	Chaque trimestre	Chaque trimestre pour les risques graves, sinon suivi semestriel	Chaque semestre

Annexe 10: Optimisation des campagnes

Introduction

Donnant suite à une décision adoptée par le Conseil d'administration en juillet 2026, l'approche stratégique d'optimisation des campagnes Gavi 6.0 vise à améliorer l'impact et l'efficacité des campagnes préventives dans les contextes où les ressources sont limitées. Outre les changements stratégiques décrits dans cette annexe, elle actualise la politique de cofinancement de Gavi, fixant **les taux de cofinancement des campagnes pour les pays en phase d'autofinancement initial, de transition préparatoire et de transition accélérée à 2 % (à compter de janvier 2027), 10 % et 20 % respectivement**.

La présente annexe est à lire conjointement avec les orientations normatives et techniques de l'OMS (voir l'annexe 3 pour les orientations relatives aux antigènes), et est indiquée dans le cadre de l'optimisation et de la priorisation des budgets en espèces et vaccinaux. Elle ne s'applique pas aux campagnes de vaccination en riposte à une flambée épidémique.

Planification d'une campagne optimisée

Les campagnes préventives demeurent une stratégie essentielle s'agissant de combler les lacunes immunitaires et d'atteindre les populations négligées et sous-vaccinées. Toutefois, les campagnes à l'échelle du pays, non sélectives ou ne concernant qu'un seul vaccin ne constituent pas toujours l'approche la plus appropriée. Dans de nombreux contextes, différentes approches de mise en œuvre (telles que décrites dans le Tableau 1) ou une combinaison de ces approches permettent d'atteindre les objectifs du programme de manière plus efficace et efficiente, de renforcer la vaccination systématique et d'améliorer la santé au sein des communautés.

Sélection d'une approche appropriée de mise en œuvre des campagnes

Parvenir à une vaccination systématique solide et la maintenir comme plateforme principale et durable de mise en œuvre de la vaccination **doit rester l'objectif primordial d'un plan de vaccination**. Lorsque les lacunes immunitaires sont identifiées tôt, les pays doivent dès lors déterminer si elles peuvent être comblées au moyen d'approches de vaccination systématique ou de vaccination de rattrapage avant de se rabattre sur une approche de campagne de masse.

Les pays peuvent envisager une de ces approches de mise en œuvre des campagnes ou une combinaison de celles-ci si cela s'avère plus approprié pour combler les lacunes immunitaires recensées, atteindre les populations négligées ou améliorer l'efficacité. Les pays qui ont mis en œuvre le « Grand rattrapage » peuvent tirer parti des données et analyses correspondantes sur la vaccination pour éclairer leur évaluation de la faisabilité de ces approches. Les pays peuvent également combiner des catégories (par exemple, une

campagne infranationale conjuguée à l'intensification périodique de la vaccination systématique dans les zones non concernées par la campagne). Chaque approche de mise en œuvre des campagnes peut avoir des implications différentes en termes d'impact, d'efficacité, d'équité, d'exigences de données, de modalités de paiement, de complexité opérationnelle, de ressources humaines, de prévisions, de délais et d'approvisionnement en vaccins, de qualité de la prestation de services, d'acceptation par les communautés et de coûts :

Tableau 1 : Vue d'ensemble des stratégies de mise en œuvre des campagnes

Catégorie	Définition	Exemples
Intensification périodique de la vaccination systématique	Intensification planifiée et limitée dans le temps de la vaccination systématique, menée de manière périodique ou intermittente en vue de combler les lacunes immunitaires identifiées et d'atteindre les populations négligées ou mal desservies par les services réguliers. Elle a pour vocation de compléter plutôt que de remplacer la vaccination systématique continue. Les doses doivent être consignées dans les registres des centres de santé et les fiches de santé conservées à domicile, et être prises en compte dans les données sur la couverture de la vaccination systématique. (Source)	Étude évaluant le Grand rattrapage en Afrique centrale et occidentale. L'Ouganda et la Zambie ont intégré les semaines de la santé de l'enfant, qui sont conçues pour assurer des services intégrés via la plateforme systématique.
Campagne ciblée	Campagne de vaccination menée dans une zone géographique sélectionnée (en fonction de la variation géographique du risque ou de l'immunité) selon des critères d'âge ou ciblant les groupes éligibles (en fonction de caractéristiques comme la profession ou le risque d'infection). (Source)	La campagne de vaccination préventive de masse contre la fièvre jaune du Mali s'est appuyée sur une évaluation géographique des risques pour cibler uniquement les zones du pays exposées au risque. Les campagnes de vaccination préventive contre la maladie d'Ebola ciblent les agentes et agents de santé et les intervenantes et intervenants en première ligne dans les pays à risque.
Campagne sélective	Campagnes de vaccination adaptées de manière à vacciner les personnes éligibles sur la base de leur statut vaccinal. Il est nécessaire de consulter les fiches de santé conservées à domicile	L'Érythrée a mis en œuvre une campagne de suivi rougeole-rubéole différenciée reposant à la fois sur des stratégies de vaccination

	pour déterminer le statut vaccinal et l'éligibilité des personnes. (Source)	sélective et non sélective, en fonction des performances de vaccination et des lacunes de chaque district en matière d'immunité.
Campagnes intégrées	Campagnes au cours desquelles des fonctions ou prestations de services données sont coordonnées dans le cadre de plusieurs programmes ou interventions. L'intégration peut être partielle ou totale. (*voir la section 2.2 pour de plus amples détails*)	Le Nigéria a intégré la vaccination contre la rougeole/rubéole et la poliomyélite aux interventions portant sur le paludisme et les maladies tropicales négligées.

Lorsqu'il a été déterminé qu'une campagne est la stratégie de mise en œuvre indiquée, **les pays doivent se reporter aux orientations de l'OMS concernant la maladie en question et consulter les partenaires techniques afin de décider d'une approche appropriée de mise en œuvre d'une campagne optimisée.** À titre d'exemple d'outil d'aide à la prise de décision, le document de l'OMS intitulé *Stratégies ciblées et sélectives dans les campagnes de vaccination contre la rougeole et la rubéole – Orientations provisoires* fournit un cadre permettant de faire un choix entre les stratégies de vaccination ciblée ou sélective :

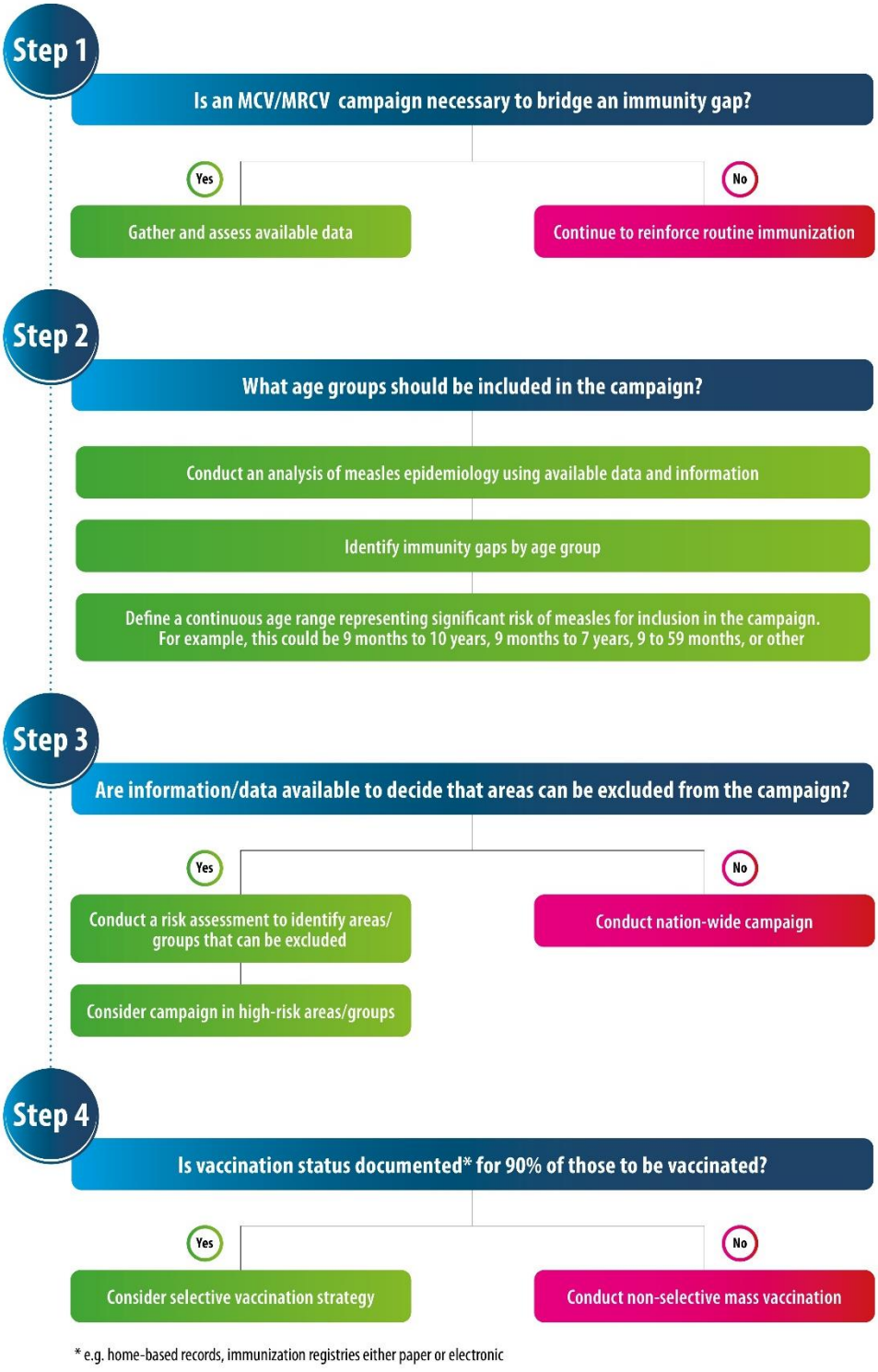


Figure 1 : Étapes de planification de stratégies ciblées ou sélectives dans une campagne de vaccination de suivi par rougeole/rougeole-rubéole (Source : OMS)

Il n'existe pas d'approche standardisée de sélection d'une modalité de mise en œuvre des campagnes. Des approches plus ciblées sur la base de critères géographiques (par exemple, en priorisant les zones difficiles d'accès) ou d'âge, ou une plus grande sélectivité en fonction du statut vaccinal individuel, peuvent améliorer l'efficacité en concentrant les ressources sur les populations présentant les lacunes immunitaires les plus importantes et peuvent permettre

une mise en œuvre ou une génération de demande plus adaptée. Cependant, pour profiter de ces avantages, il est nécessaire de disposer de données suffisamment robustes et disponibles en temps opportun pour pouvoir identifier et atteindre les populations voulues – les fiches de vaccination, par exemple – dont la production et l'analyse peuvent requérir des ressources supplémentaires.

À mesure que les capacités et la couverture de la vaccination systématique s'améliorent, les pays devraient réévaluer périodiquement l'équilibre des approches de mise en œuvre utilisées et les adapter progressivement de manière à renforcer la mise en œuvre systématique durable dans le cadre des soins de santé primaires.

Ressources clés

- OMS, *Periodic Intensification of Routine Immunization: Lessons Learned and Implications for Action* (2009).
- Health Campaign Effectiveness Coalition, *Collaborative Action Strategy for Health Campaign Effectiveness* (2023) : Présente 12 recommandations sur la planification et la mise en œuvre des campagnes ; le suivi, l'évaluation, la recherche, l'apprentissage et l'adaptation ; et le financement des campagnes, afin d'améliorer la coordination et la collaboration entre campagnes.
- Études sur les approches de vaccination complémentaire pour atteindre les enfants zéro dose : une *revue exploratoire* et une *étude sur les coûts liés aux zones difficiles d'accès en Éthiopie*.

Intégration des campagnes et réduction du cofinancement

L'intégration des campagnes nécessite une planification et une mise en œuvre coordonnées au niveau des différents programmes, parties prenantes et acteurs du système de santé. Elles peuvent être totalement intégrées, avec mise en œuvre conjointe des interventions et un degré élevé de coordination, ou partiellement intégrées, avec intégration de certaines fonctions ou composantes des campagnes afin de renforcer la coordination et l'efficacité lorsque l'intégration totale n'est pas envisageable.

Les pays peuvent envisager l'intégration de fonctions telles que les calendriers de campagne conjoints, la microplanification, la formation, la logistique, la mobilisation sociale et communautaire, le suivi du déploiement des personnels et les systèmes de données ; ou la mise en œuvre conjointe d'interventions auprès d'une même population cible. Les directives sur le financement de Gavi encouragent également les pays à accélérer l'intégration avec la vaccination et d'autres interventions essentielles dans le cadre des soins de santé primaires (voir la section 3.3).

L'intégration réussie et efficace des campagnes de santé au niveau des pays requiert une planification précoce et une coordination étroite entre programmes (dans le cadre du programme essentiel de vaccination et au-delà), ainsi que l'harmonisation de la préparation opérationnelle. Les orientations de l'OMS et de la Health Campaign Effectiveness Coalition recommandent une approche structurée consistant à 1) établir un mécanisme de coordination des campagnes, 2) cartographier les campagnes prévues sur plusieurs années et les

regrouper dans un calendrier de campagne commun, 3) évaluer les possibilités d'intégration, 4) élaborer un plan de travail et un budget intégrés, et 5) examiner et adapter régulièrement les plans en fonction de l'expérience de mise en œuvre et de l'évolution des priorités du pays.

Réduction du cofinancement pour les campagnes intégrées de vaccination éligibles

Dans Gavi 6.0, les campagnes intégrées de vaccination éligibles peuvent bénéficier d'une réduction de 50 % des exigences de cofinancement des campagnes lorsque les pays intègrent deux campagnes soutenues par Gavi ou plus, ou une campagne soutenue par Gavi et une campagne contre la poliomyélite non soutenue par Gavi. Si elle est approuvée, la réduction s'applique au montant total de cofinancement Gavi, par exemple aux deux vaccins si deux campagnes soutenues par Gavi sont intégrées et au(x) vaccin(s) soutenu(s) par Gavi en cas d'intégration avec un vaccin non soutenu par Gavi.

La **définition de l'intégration adoptée par Gavi** aux fins de la politique de cofinancement est plus stricte que le concept plus large d'intégration des campagnes de santé décrit ci-avant. L'approche approuvée par le Conseil d'administration précise que pour être éligibles, les campagnes à intégrer doivent :

A. **mettre en œuvre de manière conjointe ou intégrer deux fonctions essentielles ou plus**, telles que la microplanification, la mobilisation sociale, l'administration de la vaccination, la supervision, le suivi ou l'évaluation ;
B. comprendre un **budget intégré** ;
C. être **mises en œuvre au cours d'une période de 12 mois**.

Afin de démontrer l'éligibilité à la réduction des exigences de cofinancement, les demandes doivent contenir les éléments suivants :

ENCADRÉ : Principaux éléments de la candidature pour la réduction des exigences de cofinancement

Principaux éléments

- Dans le **modèle de descriptif global/de reprogrammation 6.0 ou la demande de modification de la subvention** : dans la *section A.5*, une liste des fonctions essentielles à intégrer et une brève description de la manière dont l'évaluation de l'intégration a été réalisée.
- Dans le **modèle de budget global/de reprogrammation 6.0 ou la demande de modification de la subvention**, un budget intégré avec un regroupement d'activités entre les campagnes à intégrer.

Pour l'intégration proposée avec les campagnes de vaccination contre la poliomyélite soutenues par l'IMEP, et pour les campagnes intégrées des deux dernières années de la période stratégique (c.-à-d. 2029-2030):

Ces principaux éléments doivent être inclus dans la demande globale dans la mesure du possible. Un budget intégré doit être présenté **au moins 8 à 12 mois avant la mise en œuvre des actions afin de faciliter la planification et la coordination** des campagnes intégrées. Si la campagne de vaccination contre la poliomyélite ne peut être confirmée dans ces délais, le budget intégré devra être présenté **dès qu'elle est confirmée**.

Fortement recommandé

- Un **calendrier pluriannuel de campagne de santé** afin de compléter l'information fournie dans la *section 3.4* du modèle de descriptif 6.0. Pour un exemple de modèle, voir la page 14 du guide de l'OMS intitulé Organisation de campagnes de santé intégrées : guide de planification et d'aide à la prise de décision.
- Un **chronogramme** global présentant les activités intégrées sur une période de 12 mois.
- Dans la *section A.12* du **modèle de descriptif global/de reprogrammation 6.0**, les objectifs d'intégration, les indicateurs qui seront utilisés pour les évaluer et la manière dont les résultats spécifiques aux interventions et toute lacune opérationnelle ou en matière d'équité seront identifiés et traités.

Après la mise en œuvre :
Un **rapport technique sur les campagnes** doit être présenté dans les **quatre semaines suivant la fin de la mise en œuvre des campagnes** (voir plus loin pour de plus amples détails). Ce rapport doit contenir une description de l'intégration, du niveau d'intégration atteint par rapport à ce qui était proposé dans la demande de soutien présentée à Gavi, de la réalisation des objectifs d'intégration et de la couverture obtenue.

Ressources clés

- OMS et Health Campaign Effectiveness Coalition, *Organisation de campagnes de santé intégrées : guide de planification et d'aide à la prise de décision* : Propose un cadre permettant de décider s'il convient d'intégrer les campagnes et de déterminer les modalités de cette intégration, et d'élaborer des plans de travail, des calendriers et des modalités de mise en œuvre pluriannuels pour les campagnes.
- IMEP et Partenariat contre la rougeole et la rubéole, *Operational Best Practices for Integrated Measles— Rubella and Polio Vaccination Campaigns* (2026)
- Health Campaign Effectiveness Coalition, *CAS tools* : Fournit des outils adaptables et des exemples de pays à l'appui de la planification, de la mise en œuvre, de l'évaluation et du financement des campagnes relevant de différents programmes.
- Health Campaign Effectiveness Coalition, *Possibility of Campaign Integration Checklist* : Outil pratique permettant d'évaluer les possibilités d'intégration de différentes interventions de campagnes.
- Fiche d'information de l'IMEP, *Integration: Polio Resources Responding to Community Needs and Strengthening Health Systems* (2026) et autres *ressources de l'IMEP*

Suivi, évaluation et apprentissage continu

Dans Gavi 6.0, les pays sont encouragés à adopter au regard des campagnes une approche de suivi, d'évaluation et d'apprentissage qui permette de générer des informations pertinentes pour la mise en œuvre et axées sur les pays et l'action, afin de favoriser des campagnes efficaces et optimisées, tout en tenant compte des ressources disponibles lors de la conception du cadre de suivi, d'évaluation et d'apprentissage.

Cette section décrit les exigences relatives au cadre de suivi, d'évaluation et d'apprentissage ainsi que les approches recommandées pour mesurer les performances des campagnes. Cette annexe est axée sur la mesure de la couverture des campagnes, reflétant le rôle central des données sur la couverture dans l'évaluation des performances des campagnes et l'amélioration des programmes. Les pays sont encouragés à travailler en étroite collaboration avec leurs personnes référentes au sein du Secrétariat de Gavi et des partenaires techniques de l'Alliance afin d'identifier les approches de suivi, d'évaluation et d'apprentissage qui soutiennent au mieux la prise de décisions en temps opportun, l'amélioration continue des campagnes, le renforcement de l'intégration avec les systèmes réguliers et l'utilisation efficiente des ressources disponibles.

À mesure que de nouvelles données probantes, de nouvelles expériences de pays et de nouvelles pratiques prometteuses deviennent disponibles, le contenu technique sera revu et mis à jour par l'OMS et les partenaires techniques afin d'y incorporer les derniers apprentissages et d'aider les pays à sélectionner les approches les plus indiquées en fonction de leurs objectifs, de leur contexte et de leur réalité opérationnelle.

Indicateurs du cadre de redevabilité en matière de subventions

La couverture des campagnes demeure un indicateur standard, toutefois les bénéficiaires peuvent également sélectionner d'autres indicateurs adaptés pour refléter leurs objectifs et leur contexte. Consulter l'annexe 9 — Cadre de redevabilité en matière de subventions pour des informations plus détaillées.

Rapport technique sur la campagne

Comme mentionné plus haut, à des fins de suivi des performances et d'apprentissage, un rapport technique doit être présenté à Gavi via le système de gestion des subventions dans les 4 semaines suivant la fin d'une campagne. Ce rapport doit rendre compte des performances et réalisations de la campagne, des enseignements qui en ont été tirés, des difficultés de mise en œuvre et des prochaines étapes. Le modèle de rapport peut être fourni.

Suivi et évaluation pendant et après la campagne

Les pays sont vivement encouragés à mettre en œuvre des activités de suivi, d'évaluation et d'apprentissage tout au long du cycle de campagne, afin de générer des informations pouvant être utilisées à la fois pour améliorer la mise en œuvre des campagnes en temps réel et pour évaluer les performances des campagnes terminées.

Les enquêtes relatives à la couverture post-campagne constituent une démarche centrale permettant d'évaluer les performances d'une campagne. Toutefois, il ressort de l'expérience accumulée à ce jour qu'elles sont largement considérées par les pays comme une mesure de redevabilité, les conclusions n'étant souvent pas exploitées pour éclairer les pratiques. Si ces enquêtes demeurent une méthode importante et recommandée d'évaluation des performances des campagnes, dans Gavi 6.0, elles ne sont plus exigées pour obtenir un financement. Ce changement permet une plus grande souplesse dans le choix des approches de suivi, d'évaluation et d'apprentissage les plus utiles aux fins des décisions programmatiques, mais il ne doit pas être interprété comme une diminution de l'importance accordée à la mesure des performances des campagnes. Les pays sont plutôt encouragés à choisir les approches de suivi, d'évaluation et d'apprentissage les plus adaptées à leur contexte et qui permettent de générer des données solides concernant les performances de leurs campagnes.

Gavi Alliance encourage par ailleurs les pays à investir dans des approches de suivi intracampagne permettant d'obtenir des informations en temps utile pendant la mise en œuvre et d'apporter des correctifs lorsque cela s'avère nécessaire pour améliorer la qualité et la couverture des campagnes.

Différentes méthodes de mesure des performances des campagnes sont disponibles pour assurer le suivi en temps réel et l'évaluation post-campagne. Ces méthodes sont résumées dans l'annexe 10A – Informations détaillées sur les méthodes de suivi, d'évaluation et d'apprentissage aux fins de la mesure des performances des campagnes. Ces approches de mesure recommandées, qui sont alignées sur les informations mises à jour figurant dans la section 2 sur les différentes approches de mise en œuvre des campagnes, peuvent être adaptées à un éventail de modèles de mise en œuvre, notamment la mise en œuvre nationale,

ciblée, intégrée, d'intensification périodique de la vaccination systématique, ou encore une combinaison de ces approches.

Conformément à l'engagement de Gavi Alliance en faveur de l'apprentissage et de l'innovation, les pays sont en outre encouragés, si cela s'avère indiqué et faisable compte tenu des enveloppes budgétaires disponibles, à tester et documenter de nouvelles approches de suivi et d'évaluation des campagnes. De telles expériences peuvent contribuer aux données probantes mondiales et générer des enseignements pratiques aux fins des campagnes futures. Plusieurs méthodes émergentes ou prometteuses sont mises en lumière ci-après, bien que les données probantes étayant ces approches continuent d'évoluer et qu'elles ne fassent pas encore partie des orientations techniques de l'OMS.

Les pays devraient également chercher à renforcer les liens entre les systèmes de mesure des campagnes et de la vaccination systématique. Cela permet de réduire les doublons, d'améliorer l'efficacité et de renforcer les systèmes d'information sanitaire existants. Dans la pratique, il peut s'agir d'intégrer les données sur les campagnes dans les systèmes réguliers d'information administrative et sanitaire, d'exploiter ou d'adapter les systèmes de données sur la vaccination systématique ou encore d'utiliser des approches fondées sur les enquêtes pour mesurer à la fois la couverture des campagnes et de la vaccination systématique, pour autant que cela ne compromette pas la qualité ou la faisabilité des enquêtes.

Des informations techniques sur chaque méthode et des ressources complémentaires sont également proposées dans l'annexe 10A. Les orientations techniques de l'OMS et la présente annexe seront mises à jour au fil de l'évolution des données probantes et des expériences des pays.

Ressources clés

Health Campaign Effectiveness Coalition, *Framework for Measuring Health Campaign Effectiveness* (2026) : Aide les pays à évaluer l'efficacité des campagnes en termes d'acceptation, d'accès, de couverture, d'efficience et d'équité, et à sélectionner les mesures de suivi, d'évaluation et d'apprentissage adaptées au contexte.

Solutions numériques et paiements électroniques

Les solutions numériques sont un facteur important d'optimisation des campagnes qui peut favoriser une plus grande efficacité en matière de planification, de mise en œuvre, de suivi et de redevabilité financière. Dans le cadre de l'approche stratégique d'optimisation des campagnes Gavi 6.0, les pays sont encouragés à étendre l'utilisation appropriée d'outils numériques et sont censés effectuer la transition vers les paiements électroniques pour le personnel de campagne. L'approche de mise en œuvre de Gavi promeut spécifiquement des outils tels que la microplanification numérique intégrée, les évaluations de l'état de préparation numérique et le suivi en temps réel.

Planification et outils numériques

Les pays sont encouragés à envisager des outils numériques pour l'ensemble du cycle de vie des campagnes, y compris pour la microplanification, l'enregistrement des personnels de campagne, la logistique et la gestion de l'approvisionnement, les fiches de vaccination, la supervision, le suivi en temps réel et l'analyse post-campagne. Ces outils devraient s'appuyer sur les systèmes nationaux existants et être interopérables avec eux, plutôt que de créer des plateformes parallèles spécifiques aux campagnes soutenues par Gavi, et favoriser l'utilisation des données de campagne pour la vaccination systématique et l'apprentissage programmatique plus large.

Le choix des outils numériques doit être adapté aux besoins du pays et à la maturité des systèmes. La numérisation ne doit pas être une fin en soi : les pays devraient vérifier si l'outil proposé est adapté à la finalité envisagée, durable, compatible avec les systèmes nationaux concernés et s'il peut être pris en charge au-delà d'une seule campagne.

Paiemenents élecroniques pour le personnel de campagne

À compter de septembre 2026, les pays et les partenaires sollicitant le soutien de Gavi devront avoir recours aux paiements numériques comme mécanisme par défaut pour la rémunération du personnel de campagne dans les environnements où l'écosystème numérique est suffisamment mature. Lorsque les paiements numériques de bout en bout ne peuvent pas être mis en œuvre à l'échelle requise, les pays devront fournir une évaluation de l'état de préparation en matière de paiements numériques pour la campagne envisagée ainsi qu'un plan de transition.

L'ambition est de parvenir à l'adoption totale des paiements électroniques sur toutes les campagnes soutenues par Gavi dès que cela est matériellement possible, et au plus tard (pour les demandes déposées) en 2028, sachant qu'il pourra subsister des exceptions au niveau infranational et dans un sous-ensemble de pays dont les systèmes sont encore très embryonnaires. L'évaluation de l'état de préparation et le plan de transition doivent être approuvés par les autorités gouvernementales compétentes, y compris le ministère de la Santé et le ministère des Finances, et seront validés dans le cadre du processus du Comité d'examen indépendant de Gavi.

Ressources clés

- OMS, *Digital Adaptation Kit for Immunizations: Operational requirements for implementing WHO recommendations in digital systems* (2025) : Expose les conditions fondées sur des normes nécessaires pour des systèmes numériques de vaccination axés sur la personne et favorise des approches interopérables et réutilisables plutôt que des systèmes parallèles.
- OMS, UNICEF et Clinton Health Access Initiative, *Boîte à outils pour la numérisation intégrée des campagnes de santé* (2025).
- UNICEF, *Guide de sélection des outils numériques pour les campagnes de santé* (2025) : Aide les programmes à sélectionner les outils numériques appropriés en fonction des objectifs de campagne et des systèmes nationaux.

Annexe 10A: Informations détaillées sur les méthodes de suivi, d'évaluation et d'apprentissage aux fins de la mesure des performances des campagnes

Le tableau ci-après résume chacune des principales méthodes et approches de mesure des performances des campagnes, exposant leur principale finalité et indiquant lors de quelle phase du calendrier de mise en œuvre des campagnes il convient de les appliquer.

Fonction	Méthode	Principale finalité	Phase(s) de la campagne	Coût indicatif^	Quand
Suivi et apprentissage : Recensement des possibilités de mesures correctives dans le cadre de la campagne prévue. *« Où des mesures correctives sont-elles nécessaires, tant qu'il en est encore temps ? »*	**Données administratives**	Sert à comptabiliser les doses administrées et à calculer la couverture au regard d'une estimation de la population cible, afin de suivre les progrès et de détecter les secteurs accusant un retard. Un nombre insuffisant peut révéler des problèmes de qualité des données plutôt que des enfants négligés, il convient donc de confirmer ce qu'il en est avant de procéder à un ratissage.	Intracampagne	Faible-moyen	Quotidiennement, tout au long de la mise en œuvre
	Suivi en temps réel	Permet de surveiller les indicateurs opérationnels en temps réel au moyen d'outils numériques, afin que les superviseurs puissent redéployer les équipes et éliminer les goulets d'étranglement pendant la mise en œuvre. Cela peut aider à déterminer où la mise en œuvre a échoué et si des enfants ont été négligés et pourquoi.	Intracampagne	Moyen	De façon continue, tout au long de la mise en œuvre
	Enquête rapide de convenance	Vérifications ponctuelles permettant d'identifier les poches d'enfants négligés, qui permettent de procéder immédiatement à un	Intracampagne ou	Faible	Pendant la mise en œuvre, ou dans les

Fonction	Méthode	Principale finalité	Phase(s) de la campagne	Coût indicatif^	Quand
		réexamen et à des activités de ratissage, et de recueillir des informations sur les motifs de non-vaccination et les facteurs comportementaux et sociaux de la vaccination. Cette enquête n'ayant pas vocation à être représentative, elle peut indiquer où il est nécessaire d'agir, mais on ne doit pas s'y fier exclusivement.	immédiatement après		2 semaines suivant la fin de la campagne
	Échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS)	Sert à classer les districts ou les sous-districts au regard d'un seuil de couverture, afin de prendre des mesures complémentaires ou de procéder à des activités de ratissage dans les zones où les résultats sont insuffisants. Permet également de recueillir des informations sur les motifs de non-vaccination et les facteurs comportementaux et sociaux en vue d'éclairer les stratégies de suivi ciblées.	Immédiatement après la campagne	Moyen	Dans les 2 semaines suivant la fin de la campagne, tant qu'il est possible de procéder aux activités de ratissage
Évaluation de la qualité globale de la campagne. *« Quel niveau de couverture a été atteint, et*	**Enquête relative à la couverture post-campagne**	Enquête auprès des ménages représentative visant à estimer la couverture obtenue, à des fins de rapport et de redevabilité à l'échelle nationale ou régionale, et à fournir des données en vue de la modélisation à une échelle géographique plus réduite. Permet également de recueillir des informations sur les motifs de non-vaccination et les facteurs	Post-campagne	Variable	De 2 semaines à 3 mois après la fin de la campagne

Fonction	Méthode	Principale finalité	Phase(s) de la campagne	Coût indicatif^	Quand
cela répondait-il aux objectifs de la campagne ? »		comportementaux et sociaux de la vaccination, ainsi que des informations à l'appui de la surveillance de la vaccination systématique, ce qui est particulièrement pertinent dans les contextes où l'on ne dispose pas de données d'enquête rétrospective récentes, de sorte que les résultats arrivent trop tard pour éclairer les activités de ratissage.			
	Modélisation de la couverture	Méthodes statistiques et géospatiales permettant d'estimer la couverture au niveau des districts et aux niveaux inférieurs afin de montrer où la couverture s'est avérée irrégulière. Ces méthodes ne sont possibles que lorsque l'on dispose de données empiriques. La modélisation complète une enquête plutôt que de la remplacer, et vise à éclairer la planification de la vaccination systématique ou de campagnes futures plutôt que la prise de mesures immédiates.	Post-campagne	Variable	Lorsque les résultats d'enquête sont disponibles, en général 3 mois ou plus après la fin de la campagne

^Se reporter au tableau détaillé relatif à chaque approche pour de plus amples détails

Apprentissage post-campagne : utilisation des données sur la campagne afin d'éclairer les campagnes futures, les activités de proximité et la vaccination systématique

L'apprentissage doit aller au-delà de l'évaluation des performances et de la couverture des campagnes. Les pays sont encouragés à trianguler les résultats du suivi et de l'évaluation des campagnes avec les données en matière de vaccination systématique, de surveillance, d'équité, de

prestation de services et avec les données financières afin d'évaluer la contribution des campagnes à la réduction des lacunes immunitaires, à la vaccination des populations négligées, au renforcement de la vaccination systématique et à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des investissements consacrés à la vaccination. Il convient d'utiliser les résultats de cette triangulation pour éclairer les décisions futures concernant le ciblage et l'intégration des campagnes, les stratégies de prestation de services et l'allocation des ressources.

Fonction	Questions d'apprentissage : En quoi le suivi, l'évaluation et l'apprentissage peuvent-ils être utiles ?	Quelles mesures peuvent être prises	Quelles méthodes peuvent être utilisées
Apprentissage : Utilisation des données sur la campagne afin d'éclairer les campagnes futures, les activités de proximité et la vaccination systématique. *« Qu'est-ce qui doit changer lors de la prochaine campagne, et dans le cadre de la vaccination systématique ? »*	**Éclairage de la planification des futures campagnes.** Les lacunes/limitations des campagnes antérieures peuvent être prises en compte dans la conception des campagnes futures. *Qu'est-ce qui doit changer lors de la prochaine campagne ?*	Ajuster les modalités de mise en œuvre et/ou le calendrier de la campagne Réviser les microplans, les listes de zones de peuplement, les cartes et les estimations des populations cibles Éclairer la communication et les activités de proximité auprès des communautés Actualiser les critères d'état de préparation et de conception des campagnes	Toutes les sources de données peuvent être utilisées ; la triangulation est idéale, y compris au moyen d'autres sources de données qualitatives ou informelles.
	Identification des communautés chroniquement négligées. Améliorer les stratégies futures en matière de campagnes et de vaccination systématique afin de garantir que les communautés négligées seront atteintes. *Quelles communautés ne sont toujours pas atteintes, où et pourquoi ?*	Réviser et actualiser les microplans, les listes de zones de peuplement, les cartes et les estimations des populations cibles Accorder la priorité à des activités de proximité ou de prestation de services mobiles complémentaires ou à des horaires/sessions sur site fixes étendus	L'**échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité** (idéal pour détecter les zones aux performances particulièrement mauvaises) et la modélisation de la couverture (idéal pour cerner les inégalités géographiques) sont les méthodes les mieux placées, toutefois toutes les

Fonction	Questions d'apprentissage : En quoi le suivi, l'évaluation et l'apprentissage peuvent-ils être utiles ?	Quelles mesures peuvent être prises	Quelles méthodes peuvent être utilisées
		Élaborer des stratégies adaptées ou des ressources spéciales pour les zones à haut risque ou difficiles d'accès	sources de données peuvent être pertinentes.
	Améliorer la compréhension des principaux obstacles opérationnels. Mesurer les indicateurs opérationnels au-delà de la couverture peut contribuer à mieux comprendre les obstacles à l'échelle du système. *Qu'est-ce qui a limité l'état de préparation, la qualité et la portée des services ?*	Améliorer la formation et la supervision du personnel de première ligne Améliorer/remplacer le matériel de la chaîne d'approvisionnement, les calendriers de transport des vaccins, la gestion des déchets Améliorer les pratiques d'enregistrement, d'établissement de rapports et d'orientation	Le **suivi en temps réel** et les **données administratives** sont les méthodes les plus exhaustives, toutefois les **enquêtes rapides de convenance** peuvent également fournir des éclairages. Les options d'enquête auprès des ménages comme l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité et les enquêtes relatives à la couverture post-campagne sont moins pertinentes.
	Améliorer la compréhension des motifs de non-vaccination et des facteurs comportementaux et sociaux de la vaccination. Les données peuvent être utilisées pour mieux concevoir les stratégies de vaccination de manière à mieux tenir	Améliorer la communication et les activités de proximité auprès des communautés Accorder la priorité à des activités de proximité ou de prestation de services	**L'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité, les enquêtes relatives à la couverture post-campagne et les enquêtes rapides de**

Fonction	Questions d'apprentissage : En quoi le suivi, l'évaluation et l'apprentissage peuvent-ils être utiles ?	Quelles mesures peuvent être prises	Quelles méthodes peuvent être utilisées
	compte des obstacles importants du côté de la demande. *Y a-t-il des facteurs comportementaux ou sociaux qui limitent la portée des campagnes ? Quels sont ces facteurs ?*	mobiles complémentaires ou à des horaires/sessions sur site fixes étendus Adapter les approches avec des responsables de confiance et des groupes confrontés à des obstacles spécifiques Renforcer les mécanismes de surveillance des rumeurs, de retour d'information et de réponse	**convenance** sont les méthodes les plus pertinentes étant donné que les informations peuvent être collectées directement auprès des personnes soignantes.
	Améliorer les systèmes de données. Identifier les problèmes de qualité des données, les lacunes au niveau des indicateurs opérationnels et de performance, et réduire les systèmes de rapport parallèles/redondants. *Les données sont-elles crédibles, intégrées et disponibles en temps opportun ?*	Améliorer/intégrer l'utilisation des fiches conservées à domicile Fusionner/intégrer les systèmes de données utilisés aux fins des campagnes et de la vaccination systématique S'assurer que les systèmes d'orientation ou la traçabilité des personnes qui ne se sont pas rendues à leur rendez-vous sont en place et reliés entre les systèmes utilisés aux fins des campagnes et de la vaccination systématique	**Le suivi en temps réel et les données administratives** peuvent être utilisés pour appuyer un examen/une évaluation de la qualité des données, tandis que les **approches d'enquête auprès des ménages** offrent des possibilités supplémentaires de triangulation et de validation.

Fonction	Questions d'apprentissage : En quoi le suivi, l'évaluation et l'apprentissage peuvent-ils être utiles ?	Quelles mesures peuvent être prises	Quelles méthodes peuvent être utilisées
		Enquêter sur les écarts dans les problèmes de numérateur et de dénominateur Réviser les microplans, les listes de zones de peuplement, les cartes et les estimations des populations cibles	

Il convient de noter que les enquêtes rapides de convenance, l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité et les enquêtes relatives à la couverture post-campagne permettent de recueillir des informations sur le statut vaccinal et d'autres aspects qualitatifs, y compris les motifs de non-vaccination et les facteurs comportementaux et sociaux de la vaccination. De plus amples détails sont disponibles ici [Lien].

Autres approches novatrices à envisager

À ce jour, les approches de mesure des performances des campagnes reposent principalement sur les données administratives de routine et les enquêtes auprès des ménages. Si ces deux approches jouent un rôle important, elles ont néanmoins leurs limites. Les données administratives sont essentielles, toutefois elles peuvent être confrontées à des problèmes de qualité, tandis que les enquêtes auprès des ménages peuvent fournir des estimations de couverture solides, mais s'avèrent souvent onéreuses, produisent généralement des estimations fiables uniquement à l'échelle nationale ou provinciale, et ne génèrent pas les informations de manière suffisamment rapide pour permettre de corriger le tir en temps réel.

Plusieurs approches nouvelles cherchent à fournir des informations davantage axées sur le pays et sur l'action, et disponibles en temps utile aux fins de la prise de décisions. Cependant, on dispose encore de données probantes limitées sur la mesure dans laquelle ces approches répondent aux besoins d'information dans la pratique, ainsi que sur leur fiabilité, leur coût et d'autres considérations liées à la mise en œuvre. Conformément à l'engagement de Gavi Alliance en faveur de l'apprentissage et de l'innovation, les pays sont encouragés à tester et documenter les approches prometteuses adaptées à leur contexte et à leurs besoins en matière d'information. De telles expériences peuvent contribuer à

renforcer les données probantes mondiales et à générer des enseignements pratiques aux fins des efforts de suivi et d'évaluation des campagnes futures.

Outre les approches établies décrites plus haut, nous mettons ici en lumière plusieurs méthodes prometteuses ou émergentes. Étant donné que les orientations et l'expérience relatives aux situations de campagne demeurent limitées, les pays sont vivement encouragés à collaborer avec des partenaires techniques possédant de l'expérience dans l'approche envisagée qui pourront les appuyer dans la conception ou la mise en œuvre. Gavi voit également d'un œil favorable une collaboration accrue et peut être en mesure de fournir des informations complémentaires concernant ces approches. Avant d'inclure une de ces approches dans votre budget en espèces, veuillez contacter votre responsable pays senior afin d'obtenir un soutien et des orientations supplémentaires des partenaires techniques de Gavi Alliance.
Le tableau ci-après résume quelques approches à envisager. Cette liste est présentée à titre illustratif et n'est pas exhaustive ; les pays peuvent également envisager d'autres approches qui ne sont pas reprises ici.

Méthode / Approche	Description	Principaux avantages	Ressources
Marquage-recapture	Méthode utilisée pour calculer la couverture d'une campagne au moyen de feuilles de pointage et du statut de vaccination systématique, dans le cadre de laquelle les enfants déjà vaccinés sont « marqués ». La fraction de la « prise » de la campagne qui est déjà marquée permet de calculer la couverture.	Estimation en temps réel de la couverture plus fiable et à faible coût	A mark and recapture perspective on vaccination touchpoints
Recensement intégré	Enquête faisant appel à des superviseurs intégrés ou du personnel existant (par opposition à des recenseurs indépendants) et à l'échantillonnage SIG afin de collecter rapidement les données sur les ménages pour identifier les zones sensibles et névralgiques de vaccination.	Coûts et calendriers de mise en œuvre réduits ; appropriation par le pays et durabilité accrues	
Enquêtes téléphoniques	Comprend un ensemble d'approches qui utilisent, en partie ou entièrement, les techniques de recensement et d'échantillonnage au moyen des téléphones mobiles (plutôt que par des visites en personne) pour collecter des données sur les performances de vaccination au niveau des ménages.	Coûts et calendriers de mise en œuvre réduits	Use of phone-based surveys for COVID coverage measurement

Autres stratégies d'échantillonnage pour les enquêtes auprès des ménages	Comprennent des approches nouvelles d'échantillonnage dans le cadre des enquêtes auprès des ménages dans le but de réduire les coûts et d'améliorer la précision et l'efficience. Il s'agit notamment de l'échantillonnage adaptatif, d'approches reposant sur les SIG pour l'élaboration du cadre d'échantillonnage et de l'échantillonnage raisonné.	Amélioration de l'efficience et des coûts	Geospatial approaches to sampling frame development for household surveys
Suivi des vaccinateurs	Ensemble d'approches utilisant les SIG et la technologie des téléphones portables pour suivre la planification et la mise en œuvre de sessions de vaccination. Permet d'identifier facilement les communautés ou zones de peuplement qui n'ont pas encore été visitées ou ont été négligées.	Identification des communautés négligées dans le cadre de la campagne	

Tableaux détaillés sur les principales approches de mesure

Comment lire les tableaux détaillés sur les méthodes

Attribut	Définition	Échelle
Description	En quoi consiste la méthode et comment elle produit un résultat. Factuel, ne se prononce pas sur les cas dans lesquels il convient de l'utiliser.	S.O.
Pertinence	Ce que cette méthode offre que les autres méthodes n'offrent pas, et ce qu'elle apporte en plus au tableau général du pays en matière de mesure.	S.O.
Meilleurs cas d'utilisation	Aspects de la situation d'un pays qui font que cette méthode est particulièrement indiquée : la question posée, la décision à prendre et les données, le temps et les ressources disponibles. Décrit les conditions plutôt que les règles relatives à la manière d'utiliser la méthode.	S.O.
Cas d'utilisation déconseillés	Conditions dans lesquelles cette méthode ne permet pas de répondre à la question posée.	S.O.
Coût	Le fait que la méthode nécessite ou non une opération spéciale sur le terrain, qui est le principal facteur de coût.	**Faible** : Fait appel au personnel, aux systèmes et aux structures de campagne existants, avec peu ou pas de travail de terrain supplémentaire. **Moyen** : Nécessite un degré de travail de terrain, de formation ou de gestion des données, mais pas une opération d'enquête autonome. **Élevé** : Nécessite une opération de terrain séparée, dotée d'équipes et d'activités propres d'échantillonnage, de formation et de supervision.

Attribut	Définition	Échelle
Degré d'indépendance	Mesure dans laquelle les résultats sont produits indépendamment des équipes chargées de la mise en œuvre de la campagne.	**Faible** : Les équipes de mise en œuvre collectent et communiquent leurs propres données. **Moyen** : Les données sont collectées par les superviseurs ou d'autres personnels sanitaires. **Élevé** : Les données sont collectées par une entité ne participant pas à la mise en œuvre de la campagne.
Résolution des données	Niveau géographique auquel la méthode peut, de manière réaliste, produire des estimations exploitables, compte tenu des ressources généralement disponibles. Détermine l'échelle à laquelle les résultats peuvent étayer les décisions.	Nationale, régionale, des districts ou échelle inférieure aux districts.
Bases factuelles	Ce qui a été fait avec la méthode, dans quels contextes et ce qui reste incertain.	Descriptif assorti de références à des ressources et documents pertinents plutôt qu'une notation.
Considérations relatives aux vaccins	Comment la conception de la méthode change d'un antigène à l'autre, y compris en ce qui concerne la tranche d'âge cible, le seuil de couverture et toutes implications en termes de taille d'échantillon.	Par domaine thématique, par antigène lorsqu'ils sont différents.
Ressources	Orientations, manuels, protocoles et évaluations publiées qu'un pays et ses partenaires techniques peuvent utiliser pour appliquer la méthode.	Liens vers des ressources utiles.

Les tableaux suivants fournissent des informations plus détaillées sur chacune des principales approches de mesure.

Données sur la couverture administrative	
Description	Données de routine enregistrées par les vaccinateurs et vaccinatrices et les agentes et agents de santé pendant la mise en œuvre de la campagne (par exemple : feuilles de pointage, registres, formulaires de session/rapport, fiches conservées à domicile) et agrégées au moyen du système d'information sanitaire. La couverture administrative est calculée comme le nombre de doses administrées divisé par l'estimation de la population cible. Il s'agit généralement de la source de données sur les performances de la campagne la plus facile à obtenir et la plus continue.
Pertinence	• Utilise les systèmes de rapport existants (p. ex. : DHIS2) et les flux de données de routine, sans nécessiter d'infrastructure complémentaire distincte • Fournit des niveaux élevés de ventilation (centre/site de la session, unité administrative, jour/semaine de mise en œuvre) en vue de suivre les progrès et d'identifier les zones où les performances sont insuffisantes
Meilleurs cas d'utilisation	• On cherche à suivre les progrès de la campagne en temps quasi réel (p. ex. : doses administrées par jour ou par semaine au regard des cibles) • Les ressources sont limitées
Cas d'utilisation déconseillés	• On a besoin d'une estimation exacte et solide de la couverture ; la couverture administrative est exposée au risque d'erreurs de recensement (double comptage, communication d'informations inexactes) et de décalage entre numérateurs et dénominateurs, lorsque les utilisateurs de zones données vont se faire vacciner ailleurs, ce qui peut donner lieu à des chiffres peu plausibles, tels qu'une couverture excédant 100 %. • Si cette méthode est utilisée de manière isolée comme source principale du suivi et de l'évaluation, il convient de l'associer à d'autres approches afin de permettre une triangulation des résultats et d'obtenir une estimation plus précise de la couverture
Coût	• Faible à moyen : Étant donné que cette approche tire parti des systèmes de rapport existants, les coûts devraient rester limités, toutefois ils peuvent augmenter si la campagne en question implique des adaptations ou des ajouts aux outils d'enregistrement et de rapport, à la saisie des données, à la formation et à la supervision du personnel et à l'infrastructure informatique.
Durabilité	• Élevée : Approche intégrée dans les systèmes réguliers d'information sanitaire et facilitée par le fait que le pays est le dépositaire des données.
Degré d'indépendance	• Faible : Les données sont communiquées par le même personnel que celui qui assure la prestation des services, sans vérification extérieure prévue.

Considérations relatives aux vaccins	
Résolution des données	Au niveau des centres
Ressources	

Suivi en temps réel	
Description	Utilisation de technologies numériques (p. ex. : téléphones portables, tablettes) et de logiciels spécialisés (p. ex. : RapidPro, DHIS2, ODK, DoBo Toolbox) pour accélérer la collecte, le partage, l'analyse et la communication des données de campagne. L'objectif est de permettre une prise de décisions rapide, le jour même, afin de pouvoir identifier les lacunes et prendre des mesures correctives tant que la campagne est en cours. Cette approche doit compléter l'approche des données administratives, soit en élaborant les outils auxiliaires permettant de collecter et traiter les informations sur la couverture plus rapidement, soit en collectant des données pertinentes sur le plan opérationnel supplémentaires (par exemple concernant la formation, les stocks ou le suivi des équipes de vaccination).
Pertinence	• Fournit des retours en temps quasi réel (souvent le même jour) sur les progrès au regard des cibles, ce qui permet de prendre rapidement des mesures correctives telles que l'envoi des équipes dans les zones négligées • Vise à améliorer la qualité, l'opportunité et l'exhaustivité des données au moyen de tableaux de bord automatisés • Permet de surveiller un grand nombre de domaines en lien avec la mise en œuvre de la campagne au-delà de la couverture, notamment grâce aux données sur les stocks, la formation, le suivi des équipes de vaccinateurs, les rumeurs et la réticence à la vaccination, ainsi que d'autres activités de sensibilisation des communautés et de création de la demande.
Meilleurs cas d'utilisation	• L'identification le même jour des lacunes et des mesures correctives au cours d'une campagne est une priorité • Il existe des conditions propices adéquates, notamment une planification, une connectivité/infrastructure et du personnel suffisants • Le suivi doit reposer sur les systèmes de rapport existants afin de garantir le renforcement des systèmes de données plutôt que l'existence de systèmes parallèles

Cas d'utilisation déconseillés	• La connectivité de réseau, le matériel ou l'assistance informatique sont peu fiables (les problèmes de mise en œuvre parmi les plus courants) • Les délais de planification sont très serrés, laissant peu de temps pour l'identification des principales priorités de mesure et l'élaboration des outils nécessaires • Les systèmes font double emploi ou sont utilisés en parallèle aux systèmes de rapport existants • Si cette approche est utilisée de manière isolée comme source principale du suivi et de l'évaluation, il convient de l'associer à d'autres méthodes afin de permettre une triangulation plus poussée
Coût	• Moyen : De nombreux outils sont libres et gratuits (p. ex. : ODK) ; toutefois, un financement peut être nécessaire à des fins de développement et d'assistance informatiques, de connectivité et de formation. Peut permettre de réduire les coûts de transport et d'impression.
Durabilité	• Moyenne : dépend d'une ferme appropriation et direction par les pouvoirs publics, d'un alignement étroit sur les systèmes et structures numériques existants et d'un financement durable ; l'expérience passée (en matière de poliomyélite et de Grand rattrapage) et les enseignements tirés du suivi en temps réel peuvent souvent être mis à profit lors de campagnes ultérieures.
Degré d'indépendance	• Faible à moyen : généralement dirigée par les pouvoirs publics et intégrée aux structures de campagne, bien que des caractéristiques telles que le suivi GPS des équipes et le recours à des tiers puissent ajouter un degré de vérification extérieure.
Considérations relatives aux vaccins	
Résolution des données	Niveau des centres ou sites ; en fonction de l'approche et des données collectées, peut également inclure des données au niveau de la campagne ou de l'équipe de supervision.
Ressources	• The Use of Digital Technologies and Approaches for Real-Time Monitoring of Supplementary Immunization Activities • Surveillance en temps réel au-delà du grand rattrapage – Note d'information

Enquête rapide de convenance de l'OMS	
Description	Approche de convenance ou de vérification ponctuelle servant à la collecte d'informations sur les performances en matière de vaccination. Généralement réalisée à petite échelle, et ne visant pas à être représentative, cette approche peut offrir des possibilités de collecte de données sur les ménages et une occasion de vaccination. Elle peut être mise en œuvre par les agentes et agents de santé dans la même zone

	ou par des enquêteurs et enquêtrices externes (surveillants et surveillantes externes, personnel de districts voisins) pour ajouter un degré d'indépendance
Pertinence	• Méthode économique et rapide permettant d'identifier ou de comprendre les poches de faibles taux de vaccination • Peut être mise en œuvre avec les ressources existantes • Bien que ce ne soit pas l'objectif principal, cette méthode peut être utilisée pour vacciner les enfants négligés • Sa nature intégrée promeut l'utilisation
Meilleurs cas d'utilisation	• Au cours d'une campagne, pour fournir des retours d'information immédiats sur les performances de la campagne en vue d'identifier rapidement les enfants ou les zones de peuplement négligés et de corriger le tir • Directement après une campagne, pour savoir si des activités de ratissage ou similaires sont nécessaires • Lorsque les ressources et le temps du personnel sont limités
Cas d'utilisation déconseillés	• Ne fournit pas une estimation représentative de la couverture et ne doit donc pas être utilisée à des fins d'évaluation ou considérée comme une méthode de substitution équivalente à l'enquête relative à la couverture post-campagne ou à d'autres méthodes similaires ; d'autres approches de suivi complémentaires seront probablement nécessaires • Compte tenu de sa portée limitée, cette méthode ne doit pas être utilisée comme mécanisme principal pour les activités de ratissage ou d'autres activités destinées à vacciner un grand nombre d'enfants négligés
Coût	• Faible : compte tenu de la petite taille des échantillons et du travail de terrain limité, du peu de formation nécessaire, de l'utilisation des ressources humaines disponibles et des coûts informatiques faibles ou limités, l'enquête rapide de convenance peut être mise en œuvre à très peu de frais.
Durabilité	• Élevée : en raison de son faible coût, du peu de formation nécessaire et de la participation directe des parties prenantes dans le pays, cette approche bénéficie généralement d'une forte adhésion des parties prenantes dans le pays. L'expérience passée, par exemple découlant des activités de rattrapage, ou l'utilisation de la vaccination systématique peuvent également contribuer au maintien des efforts d'enquête rapide de convenance déployés entre campagnes.
Degré d'indépendance	• Faible : Compte tenu de la nature intégrée et de l'utilisation des ressources matérielles et humaines préexistantes. Le degré d'indépendance peut être amélioré si des agentes et agents de santé d'autres zones ou des surveillants et surveillantes indépendants peuvent mener l'enquête.
Considérations relatives aux vaccins	

Résolution des données	Généralement au niveau des districts ou des sites, les données étant uniquement disponibles pour les zones/sites visités.
Ressources	• Orientations de l'OMS en matière d'enquête rapide de convenance • Use and abuse of rapid monitoring to assess coverage during mass vaccination campaigns • Rapid monitoring in vaccination campaigns during emergencies: the post-earthquake campaign in Haiti • Assessing and monitoring vaccination coverage levels: Lessons from the Americas • Tools for monitoring the coverage of integrated public health interventions. Vaccination and deworming of soil-transmitted helminthiasis, Module 3, OPS

Échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS)	
Description	L'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité utilise de petits échantillons aléatoires de zones de population définies (appelés « lots », par exemple des villages ou des districts sanitaires) pour déterminer rapidement si chaque zone a atteint la cible de performance, par exemple la couverture vaccinale ou le seuil de vaccination visés. En combinant les résultats de nombreux lots, les programmes peuvent identifier les zones où les performances sont insuffisantes et qui nécessitent une intervention, tout en maintenant les échantillons de petite taille et en garantissant que les enquêtes soient rapides et peu coûteuses. Cette méthode, issue du contrôle de la qualité dans le secteur industriel, a été largement adaptée aux fins du suivi en santé publique. Elle peut être mise en œuvre par divers acteurs, depuis des approches intégrées tirant parti du programme de vaccination ou du personnel de partenaires jusqu'à des approches plus indépendantes faisant appel à des prestataires externes.
Pertinence	• Utile pour des vérifications rapides de petites zones afin d'identifier les poches de mauvaises performances • Permet d'estimer la couverture à des niveaux géographiques supérieurs lorsque les lots sont regroupés, ce qui peut être fait de manière rigoureuse, mais nécessite des compétences statistiques pour garantir une pondération appropriée • Permet de produire une classification réussite/échec claire (approbation/rejet) à laquelle les gestionnaires de programme peuvent donner suite facilement • Met en évidence les motifs de non-vaccination et les caractéristiques des enfants négligés pour éclairer les futures campagnes • Peut être conçue de manière à obtenir également des informations sur la vaccination systématique, y compris le pourcentage global de doses de campagne sans vaccination préalable.
Meilleurs cas d'utilisation	• L'objectif est de classer de nombreuses petites zones comme atteignant ou non une cible, plutôt que de produire un taux de couverture précis pour chaque zone

	• La priorité est de permettre des décisions rapides et à faible coût concernant les zones où il convient de concentrer les activités de suivi (p. ex. de ratissage)
Cas d'utilisation déconseillés	• L'on a besoin d'une estimation précise de la couverture au niveau des lots ; cette méthode sert à classer plutôt qu'à obtenir des estimations précises • L'on a uniquement besoin d'estimations au niveau national ou régional, auquel cas une enquête par grappes est probablement plus efficace au regard des coûts
Coût	• Modéré : Les coûts peuvent varier considérablement selon la stratégie et l'approche d'échantillonnage. Les coûts peuvent augmenter si un soutien statistique est nécessaire pour agréger correctement les données des différents lots.
Durabilité	• Modérée : Peut être intégrée dans le suivi régulier des programmes et répétée à un coût relativement faible, toutefois une utilisation soutenue requiert que le personnel soit formé à la méthodologie d'échantillonnage et de classification et à la résolution des questions de méthodologie en suspens.
Degré d'indépendance	• Faible à modéré : Souvent mis en œuvre par le personnel du programme ou à ses côtés, bien que la randomisation de l'échantillonnage puisse offrir davantage de structure et d'objectivité
Considérations relatives aux vaccins	• Le seuil de couverture et la tranche d'âge cible utilisés pour classer le lot doivent être définis par antigène et par campagne • Les campagnes contre la rougeole/rubéole nécessitent généralement un échantillon de grande taille pour fixer le seuil de réussite/échec à près de 95 % de couverture. Pour la plupart des autres vaccins, un seuil de 80 % peut être suffisant.
Résolution des données	• La définition d'un « lot » peut varier en fonction de l'approche, mais cette méthode fournit généralement une estimation réussite/échec au niveau des districts ou à un niveau inférieur, les estimations de couverture étant disponibles au niveau des districts ou au niveau régional.
Ressources	• Using LQAS to monitor and measure vaccination programs • Utilisation de l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité dans les pôles d'apprentissage de Gavi au Nigéria • Élargissement des enquêtes sur les indicateurs du paludisme au moyen de l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité

Enquête relative à la couverture post-campagne

Description	Enquête auprès des ménages représentative menée après une campagne afin de produire une estimation statistiquement valable de la couverture vaccinale, en général au moyen d'approches d'échantillonnage en grappes. L'enquête relative à la couverture post-campagne est généralement considérée comme la norme lorsqu'il s'agit d'évaluer si une campagne a atteint sa cible de couverture. Elle est mise en œuvre par un tiers afin de garantir l'impartialité et l'indépendance.
Pertinence	• Fournit une estimation de la couverture représentative et statistiquement valable indiquée pour une évaluation formelle • Met en évidence les motifs de non-vaccination et les caractéristiques des enfants négligés pour éclairer les futures campagnes • Permet une triangulation au regard de la couverture administrative, ce qui est utile lorsque les dénominateurs sont incertains • Peut être ventilée par zone géographique, âge, sexe et critères d'équité, en fonction de la conception de l'échantillon et du questionnaire • Peut être conçue de manière à obtenir également des informations sur la vaccination systématique, y compris le pourcentage global de doses de campagne sans vaccination préalable.
Meilleurs cas d'utilisation	• Une estimation rigoureuse et représentative de la couverture est nécessaire pour évaluer les performances de campagne • Il s'agit de confirmer si une campagne a atteint sa cible de couverture • L'on veut valider ou trianguler la couverture administrative lorsque les dénominateurs de population sont incertains • L'on veut comprendre les motifs de non-vaccination afin d'éclairer la stratégie corrective ou la planification future • L'on veut fournir des intrants aux fins de modéliser la couverture à une échelle géographique plus réduite
Cas d'utilisation déconseillés	• Il est nécessaire de corriger le tir rapidement et en temps réel pendant une campagne ; l'enquête relative à la couverture post-campagne est rétrospective et prend du temps à planifier, réaliser et analyser • Les ressources, le temps ou le personnel formé sont très limités • L'on s'en sert en remplacement du suivi continu pendant le déploiement plutôt qu'à titre d'évaluation à la fin de la campagne
Coût	• Variable, mais probablement plus élevé que les autres approches citées : requiert un échantillonnage représentatif, des équipes de terrain formées et une gestion et une analyse spécialisées des données.

	La taille d'échantillon, et donc les coûts, dépend largement du niveau de précision souhaité. La représentativité au niveau des districts est généralement déconseillée.
Durabilité	• Faible à modérée : Compte tenu de sa complexité et du fait qu'elle repose souvent sur un soutien technique externe, l'enquête relative à la couverture post-campagne est généralement considérée comme moins indiquée que la plupart des autres options de mesure. Relier une enquête relative à la couverture post-campagne à une enquête sur la vaccination systématique peut être une approche utile à des fins d'optimisation des ressources.
Degré d'indépendance	• Modéré à élevé : Généralement menée ou supervisée par des équipes externes ou des tiers suivant une méthodologie normalisée, cette approche est plus indépendante que les approches intégrées comme l'enquête rapide de convenance ou les données administratives.
Considérations relatives aux vaccins	La taille d'échantillon peut être calculée de manière à permettre la classification au niveau infranational et l'estimation au niveau régional/national. Une plus grande taille d'échantillon est nécessaire pour classer les strates d'enquête pour les campagnes contre la rougeole/rubéole de manière à fixer le seuil réussite/échec à près de 95 % de couverture. Pour la plupart des autres vaccins, un seuil de 80 % peut être suffisant.
Résolution des données	Estimations statistiquement solides au niveau national ; en fonction de la conception de l'enquête et de l'échantillonnage, la résolution à l'échelle régionale est également disponible.
Ressources	• World Health Organization Vaccination Coverage Cluster Surveys: Reference Manual

Modélisation de la couverture	
Description	La modélisation de la couverture utilise des modèles statistiques et géospatiaux pour estimer la couverture vaccinale, souvent à une plus grande résolution géographique que le niveau pouvant être atteint par enquête, en combinant les données d'enquête aux informations auxiliaires. Les approches comprennent la géostatistique fondée sur un modèle et l'estimation sur petits domaines.
Pertinence	• Produit des estimations de la couverture, avec limites d'incertitude, à une résolution géographique plus grande que ce que les enquêtes sont capables de mesurer directement, ce qui permet de combler les lacunes lorsque les données d'enquête ou administratives sont limitées ou peu fiables • Révèle les inégalités géographiques de la couverture au sein du pays ou du district que les moyennes nationales ou infranationales masquent, ce qui aide à identifier les zones sous-vaccinées • Intègre plusieurs sources de données (enquête, données administratives, covariables géospatiales) en une seule estimation cohérente

Meilleurs cas d'utilisation	• Des données covariables et des données d'enquête géolocalisée (p. ex. : enquête relative à la couverture post-campagne ou grappes d'enquête similaires) sont disponibles pour peupler et valider les modèles • Les données d'enquête directe ou administratives sont trop limitées, imprécises ou peu fiables pour fournir des estimations à l'échelle géographique requise • La priorité est de comprendre les inégalités géographiques en matière de couverture et identifier les zones sous-vaccinées • Des estimations à petite échelle (grille ou district) sont nécessaires pour éclairer le ciblage ou l'analyse de l'équité
Cas d'utilisation déconseillés	• Les données d'entrée ne sont pas disponibles ou sont de mauvaise qualité ou sous-représentatives, étant donné que les modèles peuvent propager ou amplifier les biais • Les covariables ou les données d'entrée géolocalisées nécessaires pour peupler et valider les modèles manquent, ou la modélisation est utilisée comme substitut pour améliorer la collecte des données primaires
Coût	• Variable : Aucun travail de terrain n'est nécessaire s'il existe déjà des données d'entrée appropriées, toutefois la modélisation exige généralement de solides données d'enquête auprès des ménages et des compétences statistiques et géospatiales spécialisées, ainsi que des ressources informatiques
Durabilité	• Faible : Une fois établis, les modèles peuvent être répétés à mesure que de nouvelles données arrivent, mais une utilisation soutenue requiert des capacités d'analyse spécialisées, la disponibilité continue de données d'entrée et de covariables de qualité, ainsi qu'une infrastructure informatique ; elle dépend en outre souvent de partenaires techniques externes.
Degré d'indépendance	• Élevé : Généralement produite par des groupes techniques ou académiques externes au moyen de données d'enquête indépendantes, ce qui rend les produits indépendants des rapports propres du programme ; ils demeurent toutefois tributaires de la qualité et de l'indépendance des données d'entrée sous-jacentes.
Considérations relatives aux vaccins	Le niveau de précision possible peut avoir une incidence sur la facilité d'utilisation pour les campagnes contre la rougeole/rubéole visant une couverture homogène de 95 %.
Résolution des données	Districts ou échelle inférieure. Les estimations modélisées sont souvent au format « grille », la couverture étant estimée sur des grilles de 5x5 km ou 10x10 km. Ces grilles couvrent le pays entier et peuvent donc être agrégées à l'échelle des districts ou des régions.
Ressources	• Assessing Geographic Inequalities in Childhood Immunisation Coverage: A Critical Scoping Review of Spatial Analysis Methods

	• Geospatial approaches for mapping zero-dose prevalence and routine childhood immunisation coverage in low- and lower-middle-income countries: A scoping review

Annexe 10B : Évaluation de l'état de préparation d'un pays aux paiements numériques dans le cadre des campagnes et liste de contrôle aux fins de la transition[15]

Contexte[16] :

À partir de septembre 2026, les pays et partenaires sollicitant un soutien de Gavi devront utiliser les paiements numériques comme mécanisme par défaut pour rémunérer le personnel des campagnes dans les contextes où la maturité de l'écosystème numérique est suffisante. Lorsque les paiements numériques de bout en bout ne peuvent pas encore être mis en œuvre à l'échelle requise, les pays devront fournir une évaluation de l'état de préparation aux paiements électroniques propre à la campagne, ainsi qu'un plan de transition. L'objectif est de parvenir à une adoption complète des paiements électroniques dans toutes les campagnes soutenues par Gavi dès que possible, et au plus tard en 2028, tout en reconnaissant que des exceptions au niveau infranational et dans un sous-ensemble de pays dont les systèmes sont encore très peu développés peuvent subsister. L'évaluation de l'état de préparation et le plan de transition devront être approuvés par les autorités gouvernementales compétentes, notamment le ministère de la Santé et le ministère des Finances, et seront validés dans le cadre du processus du Comité indépendant d'examen (IRC) de Gavi.

Champ d'application

CAMPAGNE : [à renseigner]
DATES : [à renseigner]
PORTÉE GÉOGRAPHIQUE : [à renseigner]
EFFECTIFS PRÉVUS : [à renseigner]
VALEUR DES PAIEMENTS : [à renseigner]
MÉCANISME DE PAIEMENT : [à renseigner]

Utilisation :

Cette liste de contrôle fournit une évaluation simplifiée permettant au pays à déterminer s'il peut adopter les paiements numériques de bout en bout[17] pour la rémunération du personnel

[15] Cette ressource est un outil d'évaluation de l'état de préparation des campagnes et non un outil d'évaluation nationale exhaustive
[16] Les paiements numériques sont l'option par défaut lorsqu'ils peuvent être mis en œuvre de manière responsable, sûre, inclusive et sans retard de paiement important ou risque d'exclusion.
[17] La liste de contrôle ne doit pas uniquement évaluer la disponibilité des canaux de paiement, mais également les fondements nécessaires pour assurer le paiement, y compris les registres d'agentes et agents de santé, la confirmation des rôles et de

lors des prochaines campagnes soutenues par Gavi ou à élaborer un plan de transition stratégique avant de déployer à grande échelle les paiements numériques dans le cadre des campagnes. Pour chaque liste de contrôle, ajouter le nom de la campagne, les dates, la portée géographique, les effectifs prévus, la valeur des paiements et le mécanisme/prestataire proposé. L'évaluation est à renseigner par les équipes du programme essentiel de vaccination, en collaboration avec d'autres domaines programmatiques afin de favoriser une collaboration accrue et davantage d'occasions d'intégration. Elle doit ensuite être appuyée et approuvée par des spécialistes en santé numérique, ainsi que les équipes programmatique, financière et juridique au niveau du pays, de la région et du siège, et approuvée par les équipes concernées au ministère de la Santé et au ministère des Finances, sur la base des connaissances existantes dans le pays. Elle doit déterminer si les personnels de campagne peuvent être identifiés, rémunérés, suivis et appuyés de manière fiable au moyen des mécanismes de paiement numérique.

La liste de contrôle n'a pas vocation à remplacer ni reproduire les évaluations existantes des pouvoirs publics ou de partenaires, notamment celles facilitées par l'OMS/l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, l'UNICEF, le Fonds mondial, le partenariat Better Than Cash Alliance ou la Banque mondiale, qui proposent des informations détaillées en matière technique, fiduciaire ou réglementaire. Lorsque de tels systèmes ou évaluations existent, les pays devraient les utiliser et les joindre comme référence lorsqu'ils renseignent cette liste de contrôle rapide de l'état de préparation, en mettant en évidence les lacunes actuelles, les mesures d'atténuation et de transition, assorties des calendriers correspondants. Cette liste de contrôle ne constitue pas des orientations normatives[18].

Utilisation des systèmes existants :

L'adaptation, l'intégration ou l'élargissement des plateformes de paiement existantes des pouvoirs publics, de partenaires et du secteur privé, est préférable, dans la mesure du possible, à la création de solutions autonomes aux seules fins des campagnes soutenues par Gavi. Toutefois, ces systèmes existants doivent être gérés de manière appropriée, déployables à plus grande échelle, interopérables, sûrs et adaptés à une utilisation répétée dans l'ensemble du secteur de la santé[19]. À ce titre, le pays doit déterminer si le système existant est adapté à un créneau de paiement étroit, à volume élevé et distribué géographiquement, aux profils des agents et agentes et aux conditions de campagne, et préciser la souplesse avec laquelle il peut adopter une plateforme plus indiquée plutôt que de se rabattre sur les dispositifs en place. Cela favorise l'appropriation par le pays, la durabilité

l'éligibilité, le degré de connaissances dans les domaines numérique et financier, l'intégration des agentes et agents de santé et le règlement des réclamations

[18] Les pays sont encouragés à utiliser les orientations et outils existants lorsqu'ils sont pertinents au regard de leur contexte.

et l'alignement sur les priorités nationales plus larges en matière d'architecture de santé numérique, d'infrastructure numérique publique, de gestion des finances publiques et de transformation numérique.

Ressources

Les pays sont encouragés à consulter les orientations et outils existants en matière de numérisation des campagnes lorsqu'ils sont pertinents au regard de leur contexte, par exemple :

- Les **principes de l'ONU pour des paiements numériques responsables**, document d'orientation élaboré par le partenariat Better Than Cash Alliance, avec les éclairages des gouvernements, sociétés et organisations internationales qui en sont membres https://responsiblepayments.org/
- Ressources élaborées par l'intermédiaire du groupe de travail sur la numérisation des campagnes de Health Campaign Effectiveness Coalition, qui rassemble des organisations possédant une expérience pratique dans le domaine de la numérisation des campagnes dans divers pays et susceptibles de pouvoir identifier d'autres outils, enseignements et compétences techniques utiles pour affiner la liste de contrôle
- *Lignes directrices SMART* (SMART Guidelines) et **Reference Architecture Guidance for Digital Public Infrastructure for Health (DPI-H)** : Ces orientations normatives de l'OMS fournissent l'approche globale de l'OMS pour des systèmes de santé numérique fondés sur des normes, interopérables et indépendants des logiciels. Des lignes directrices SMART portant sur les paiements dans le cadre des campagnes sont en cours d'élaboration
- UNICEF, *Guide de sélection des outils numériques pour les campagnes de santé* (2025) : Aide les programmes à sélectionner les outils numériques appropriés en fonction des objectifs de campagne et des systèmes nationaux
- Les outils de numérisation, politiques, législations, plateformes et cadres communs déployés en vue d'harmoniser la technologie et la gouvernance dans le secteur de la santé, les pays et les communautés économiques régionales

Instructions :

Passez en revue chaque question de la liste de contrôle avant de conclure si un pays est « prêt » à adopter les paiements numériques pour sa prochaine campagne financée par Gavi. Lorsque des lacunes sont identifiées, décrivez brièvement les limitations et résumez le soutien nécessaire, et indiquez l'entité responsable pour chaque lacune dans le plan de transition à la fin de la liste de contrôle. **Les équipes du programme essentiel de vaccination peuvent remplir l'autoévaluation initiale au moyen des meilleures connaissances programmatiques disponibles, et doivent valider les réponses liées aux questions juridiques, financières, de réglementation, de systèmes et de prestataires de paiements auprès des parties prenantes concernées, le cas échéant.**

PARTIE A : Conditions de préparation

Les huit conditions décrites plus haut constituent les conditions minimales à remplir pour considérer qu'un pays est prêt à passer aux paiements numériques, sous réserve que les mesures d'atténuation de toute lacune résiduelle soient documentées dans les délais de la campagne.

N°	Condition	Réponse	Principaux risques nécessitant des mesures d'atténuation
1	**Mécanisme numérique éprouvé** Ce mécanisme de paiement a-t-il déjà été utilisé avec succès pour des paiements de volume comparable ? *Pensez notamment aux éléments suivants : paiement numérique récent, services financiers numériques, santé numérique, protection sociale, transfert d'espèces dans un contexte humanitaire ou évaluations de l'infrastructure numérique publique ; systèmes publics, de partenaires ou de prestataires existants qui pourraient être adaptés. Bases factuelles : rapport de cycle de paiement passé, nombre/valeur des transactions, taux de réussite, paiements échoués, état de rapprochement et enseignements tirés.*	☐ Oui ☐ Non ☐	**Paiements électroniques** : Échec de performances du système à grande échelle ; retards ; pertes de fonds ; perte de confiance des personnels en première ligne. **Paiements en espèces** : La dépendance à l'égard de mécanismes fondés sur les paiements en espèces peut perpétuer des risques fiduciaires, de sécurité, de rapprochement, de piste d'audit, de fuite et de protection des personnels nécessitant des mesures d'atténuation documentées.
2	**Engagement des pouvoirs publics** Les institutions gouvernementales responsables ont-elles des rôles, approbations, responsabilités, référents et modalités de remontée confirmés, et participent-elles de manière appropriée à l'utilisation proposée de ce mécanisme ? *Pensez notamment aux éléments suivants : ministère de la Santé, ministère des Finances, organisme de régulation, institution chef de file, soutien aux parties prenantes, responsabilités de mise en œuvre et prise en main de la transition.*	☐ Oui ☐ Non	**Paiements électroniques** : Résistance politique ; manque de durabilité à long terme ; décalage entre politiques ; arrêt soudain d'un projet. **Paiements en espèces** : Faible appropriation par les pouvoirs publics ; persistance d'utilisation des espèces hors système ; décalage entre politiques ; redevabilité limitée ; et retard de transition vers les paiements numériques durables.
3	**Approbation juridique et réglementaire** Le mécanisme est-il exempt d'obstacles critiques en matière juridique, réglementaire, de respect de la vie privée, de sécurité ou de partage des données entravant la mise en œuvre immédiate ? *Pensez notamment aux éléments suivants : canaux de paiement approuvés, KYC (connaissance client), pièce d'identité nationale, enregistrement de carte SIM, partage de données, respect de la vie privée, taxation, sanctions, exigences d'audit, protection des consommateurs, transparence des frais, consentement utilisateur/avis sur les données, protection contre la fraude et exigences en matière de réclamations/recours.*	☐ Oui ☐ Non	**Paiements électroniques** : Sanctions juridiques ; violations de la confidentialité des données ; gel de projet par les organes de réglementation financière. **Paiements en espèces** : Violation des règles de traitement des espèces, de finances publiques, de taxation ou d'audit ; faibles contrôles de documentation et de liquidation ; risque accru de fraude, de détournement, de sanction ou de contestation des coûts.
4	**Identification, éligibilité et présence des personnels** Les personnels de campagne peuvent-ils être identifiés de manière unique sur une liste gérée par le ministère de la Santé et mise à jour pour chaque campagne ? *Pensez aux éléments suivants : propriétaire de la liste, dernière mise à jour, procédure de validation et d'approbation, déduplication, rôle, lieu, mission, superviseur et coordonnées de paiement des personnels.*	☐ Oui ☐ Non	**Paiements électroniques** : Personnels fantômes ; doubles paiements ; personnels légitimes exclus ; coût insoutenable de registres fragmentés. **Paiements en espèces** : Faible vérification de l'identité des personnels, créant des risques de personnels fantômes, doubles paiements, listes gonflées, exclusion de personnels légitimes et mauvaise vérifiabilité des récipiendaires d'espèces.
5	**Ordre de paiement** Chaque membre du personnel vérifié peut-il être relié à un montant de paiement approuvé et à un compte destinataire ? *Pensez aux éléments suivants : règles de rémunération approuvées, montant du paiement, compte destinataire, flux d'autorisation, vérification des tâches accomplies, contrôle des changements dans le dossier de*	☐ Oui ☐ Non	**Paiements électroniques** : Fonds acheminés vers des comptes erronés ; litiges concernant les niveaux de rémunération ; engorgement administratif. **Paiements en espèces** : Faibles contrôles des listes de paiement et des montants approuvés, créant des risques de paiements incorrects ou doubles, changements non autorisés sur les listes, litiges concernant les droits et mauvaise traçabilité des approbations et des bénéficiaires.

N°	Condition	Réponse	Principaux risques nécessitant des mesures d'atténuation
	paiement : flux d'autorisation, séparation des tâches, contrôle de version, approbation des exceptions et traitement des frais/déductions.		
6	**Capacités des prestataires** Les prestataires de paiement ont-ils une couverture, des capacités de traitement, des liquidités et un soutien opérationnel suffisants ? ***Pensez aux éléments suivants** : couverture du prestataire, capacités de traitement en masse, liquidités, soutien opérationnel, niveaux de service et capacité à respecter le créneau de paiement de la campagne.* ***Exigez** une confirmation écrite des prestataires concernant leurs capacités de traitement en masse, les modalités de liquidités/sortie de fonds, le format de communication de l'information, le traitement des échecs de paiement, les frais et les personnes à contacter en cas de remontée.*	☐ Oui ☐ Non	**Paiements électroniques** : Limitations de liquidités des prestataires, pannes système pendant les paiements en masse, couverture insuffisante, faible soutien opérationnel et incapacité des personnels à accéder à leurs fonds à temps. **Paiements en espèces** : Pénuries de liquidités ; transport ou stockage peu sûrs ; faibles capacités de distribution ; retards de paiement ; vol, détournement et assurance limitée en matière d'audit.
7	**Accès des personnels** Les personnels peuvent-ils recevoir ou retirer les paiements sans encourir de frais disproportionnés, de retards, de risques d'exclusion ou de sécurité ? ***Pensez aux éléments suivants** : portefeuille, compte bancaire, agent, point de retrait, temps de déplacement, coût de transport, sécurité, frais, initiation, voies de réclamation et accès pour les personnels femmes, de zones rurales ou reculées ou vulnérables.* ***Vérifiez par** zone géographique et groupe de personnels, y compris les femmes, les personnels vivant dans des zones reculées, dépourvus de pièce d'identité ou de carte SIM et ceux dont la maîtrise du numérique est limitée.*	☐ Oui ☐ Non	**Paiements électroniques** : Exclusion financière, en particulier en ce qui concerne les personnels femmes ou de zones rurales ; accès limité aux points de retrait ; et risques pour la sécurité physique. **Paiements en espèces** : Le retrait d'argent liquide peut exposer les personnels, en particulier les femmes, à des frais de déplacement, à des retards de paiement, à des risques de sécurité, de coercition, de détournement ou d'exploitation, d'abus et de harcèlement sexuels aux points de retrait, entraîner l'exclusion des personnels vulnérables ou de zones reculées et ne pas être assorti de preuves suffisantes que le paiement a été reçu par la personne voulue.
8	**Exécution et rapprochement** : Les paiements peuvent-ils être effectués directement et faire l'objet d'un suivi et d'un rapprochement, avec résolution des paiements échoués, doubles, contre-passés ou contestés ? ***Pensez aux éléments suivants** : suivi de l'état du paiement, confirmation de réception, transactions échouées, paiements doubles, contre-passations, litiges, rapports de rapprochement (rapport sur l'état de paiement, suivi des paiements échoués, journal de réclamation, remboursements/contre-passations, et dossier de liquidation finale), calendriers de liquidation, éléments probants, règlement des réclamations et responsabilités de suivi.*	☐ Oui ☐ Non	**Paiements électroniques** : Transactions échouées, doubles, contre-passées ou contestées ; faible suivi de l'état des paiements ; retard de rapprochement ; réclamations non résolues ; et assurance limitée en matière d'audit. **Paiements en espèces** : L'exécution et le rapprochement manuels des paiements en espèces créent des risques de fuites, de retard de liquidation, de faibles preuves de réception, de non-résolution des litiges de paiement et d'assurance limitée quant à la question de savoir si les fonds sont parvenus aux personnes voulues.

PARTIE B: Processus de décision concernant l'état de préparation :

Le processus de décision ci-après traduit les réponses relatives à l'état de préparation en une décision de mise en œuvre pratique, faisant la distinction entre les pays prêts à passer aux paiements numériques et ceux qui doivent prendre des mesures d'atténuation ciblées ou adopter un plan de transition assorti d'un calendrier.

Processus de décision	Interprétation
Prêt à passer immédiatement aux paiements numériques	Les huit conditions sont remplies et aucune lacune importante ne requiert de mesures avant de passer à la mise en œuvre.
Exceptionnellement, pas encore prêt à passer aux paiements numériques	Des lacunes critiques subsistent, et un plan de transition chiffré, motivé et assorti d'un calendrier a été élaboré, dans lequel sont indiquées les ressources nécessaires, le cas échéant, en vue de la mise en œuvre avant l'échéance fixée en 2028. Exemples de lacunes : pas de liste validée, obstacle juridique ou lié aux données, prestataire non testé, absence de processus de rapprochement ou risque important d'exclusion de personnels.

Remarque : Maintenir les paiements en espèces **n'**est **pas** une option par défaut à faible risque. Lorsque l'on a recours aux espèces pour éviter les retards dans la campagne et les risques connexes en matière fiduciaire, de sécurité, de rapprochement, de protection des personnels et de redevabilité, une justification des raisons pour lesquelles il est nécessaire de recourir aux espèces doit être documentée, faire l'objet de mesures d'atténuation et traitée au moyen d'un plan de transition assorti de délais. En outre, une confirmation de l'option numérique envisagée, de l'entité l'ayant approuvée et de la date de fin doit être fournie.

PARTIE C: Plan de transition

Pour toute condition non remplie ou tout risque identifié, veuillez fournir un plan de transition vers les paiements électroniques spécifique à la campagne. Si le pays dispose déjà d'un plan ou document de transition, il doit le mettre en correspondance avec les huit conditions relatives à l'état de préparation de sorte que les informations figurant dans le descriptif puissent facilement être validées.

Les exemples de mesures figurant dans l'annexe peuvent être adaptés pour aider les pays à élaborer le plan de transition ; il ne s'agit pas de mesures obligatoires, elles doivent être adaptées au contexte du pays tout en maintenant les progrès vers la mise en œuvre des paiements numériques.

Pour les pays qui ne sont pas encore prêts à adopter les paiements numériques de bout en bout pour la rémunération des personnels de campagne, veuillez fournir une courte déclaration concernant la planification de votre transition vers les paiements numériques.

Cette déclaration doit décrire les éléments suivants :

- Les principaux obstacles empêchant actuellement la mise en œuvre des paiements numériques.
- Les outils, évaluations ou stratégies nationaux, de partenaires ou du secteur permettant d'éclairer l'approche de transition du pays.
- Les entités gouvernementales et partenaires censés diriger ou appuyer l'élaboration et la mise en œuvre du plan de transition.
- Les principaux axes de travail prévus pour que le pays soit prêt d'ici 2028 (par exemple, identification et enregistrement des personnels, infrastructure de paiement, engagement des prestataires, processus de rapprochement, mesures politiques ou réglementaires, formation ou gestion des réclamations).
- Un calendrier indicatif décrivant quand le plan de transition détaillé devrait être terminé et mis en œuvre.

Les pays sont encouragés à s'appuyer sur les orientations, évaluations et outils de planification élaborés par l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale et d'autres partenaires, plutôt que de créer de nouveaux cadres spécialement pour les campagnes soutenues par Gavi. La déclaration ne doit être qu'un résumé et ne doit pas excéder 500 mots.

PARTIE D: Validation

	INSTITUTION	SIGNATURE	**RESPONSABLE**	**DATE**
Renseigné	PEV			
Approuvé	Ministère de la Santé			
Approuvé	Ministère des Finances			

Exemples de mesures à l'appui du plan de transition[20]

Composante	Mesures à court terme visant à rendre possible la mise en œuvre dans le cadre des campagnes[21]	Mesures à moyen terme à l'appui de la mise à l'échelle[22]
Mécanisme éprouvé	Confirmer si le mécanisme proposé peut prendre en charge la prochaine campagne à grande échelle ; identifier des ajustements ciblés, des contrôles de repli, ou le soutien nécessaire pour rendre possible la mise en œuvre.	Renforcer ou adapter les systèmes de paiement pris en charge par les pouvoirs publics, des partenaires ou des prestataires de manière à ce qu'ils puissent être réutilisés dans le cadre des campagnes et alignés sur l'échéance de 2028 fixée pour les paiements numériques.
Engagement des pouvoirs publics	Organiser des séances d'information avec le ministère de la Santé, le ministère des Finances, l'autorité de régulation et les autres parties prenantes concernées pour confirmer les rôles, les approbations et le soutien nécessaire pour la mise en œuvre des campagnes.	Élaborer une feuille de route gouvernementale pour les paiements numériques dans le cadre des campagnes de santé, alignée sur les priorités nationales en matière de santé numérique, de gestion des finances publiques et de transformation numérique.
Approbation juridique et réglementaire	Confirmer les exigences applicables en matière juridique, réglementaire, de partage de données, de respect de la vie privée, de taxation, d'audit, de connaissance client et d'enregistrement des cartes SIM avant de lancer les paiements.	Lever les obstacles juridiques ou réglementaires récurrents au moyen de modalités approuvées de partage des données, de procédures opérationnelles standardisées et de l'alignement sur les cadres nationaux en matière de paiement et de protection des données.
Identification des personnels	Valider la liste de personnels dans le cadre de la campagne, confirmer les identifiants uniques, supprimer les doublons et documenter le processus d'approbation avant d'émettre les ordres de paiement.	Renforcer ou intégrer les listes de personnels de campagne dans les systèmes existants d'information sur les ressources humaines, d'agentes et agents de santé communautaires, de vaccination ou de ressources humaines afin d'appuyer leur utilisation répétée dans le cadre des campagnes.
Ordre de paiement	Confirmer les règles de rémunération approuvées, les	Établir un processus d'ordre de paiement réutilisable faisant le lien

[20] Dans leur analyse, les pays doivent utiliser des données probantes acceptables à l'appui de chaque composante.
[21] Faire une distinction entre les solutions « sans regret » précampagne et le renforcement des systèmes à moyen terme. Éviter de prévoir des réformes fondamentales comme s'il s'agissait de remèdes rapides
[22] Les mesures à moyen terme doivent être liées à une feuille de route assumée par le pays et alignée sur l'architecture de la santé numérique (par exemple, la GFP et l'IPN) et l'échéance cible de 2028.

	montants des paiements, les comptes destinataires des personnels, les frais et le flux d'autorisation avant de procéder au paiement.	entre les listes validées de personnels et les montants approuvés, les comptes destinataires, les contrôles d'autorisation et les données probantes d'audit.
Capacités des prestataires	Confirmer la couverture des prestataires, leurs capacités de traitement en masse, leurs modalités de liquidités, leur soutien opérationnel et les personnes à contacter en cas de remontée pour le créneau de paiement de la campagne.	Renforcer les accords avec les prestataires, les niveaux de service, la planification des liquidités, les procédures de remontée et les modalités de couverture en vue d'une utilisation répétée dans le cadre des campagnes.
Accès des personnels	Identifier les restrictions d'accès des personnels, remédier aux frais ou aux fardeaux de déplacement, assurer une formation initiale et veiller à ce que les canaux de réclamation soient disponibles pendant la campagne.	Élargir les mesures d'accès inclusif, y compris en ce qui concerne la formation initiale des personnels, les compétences financières, la couverture des agents ou de retrait et l'accessibilité pour les femmes et les personnels vulnérables, de zones rurales ou reculées.
Exécution et rapprochement	Mettre en place le suivi de l'état du paiement, le règlement rapide des réclamations, le suivi des paiements échoués, le rapprochement et la documentation des remboursements ou contre-passations.	Institutionnaliser le suivi des paiements de bout en bout, les rapports de rapprochement, les données probantes d'audit, la gestion des réclamations et l'intégration avec les systèmes de paiement des prestataires ou des pouvoirs publics.