

Annexe 6: Le cadre de suivi et d'évaluation/ responsabilisation

Contexte

Le cadre de suivi et d'évaluation/responsabilisation est un élément crucial du plan d'action mondial pour les vaccins (Global Vaccine Action Plan, soit GVAP). Reconnaissant l'importance d'un suivi étroit des avancées de la mise en œuvre du GVAP, l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) a adopté une résolution préconisant l'émission de comptes rendus annuels sur les progrès accomplis à chaque réunion des comités régionaux et lors de l'AMS, par l'intermédiaire du Conseil exécutif (CE) de l'OMS.



EN DEFINISSANT LE CHAMP D'APPLICATION DU CADRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION/RESPONSABILISATION (CADRE SE/R), LE GVAP FAIT REFERENCE AUX BESOINS SUIVANTS :

DÉTERMINER de façon définitive un ensemble complet d'indicateurs GVAP à l'aide d'une méthodologie et des sources de données appropriées pour chaque indicateur défini et références établies, le cas échéant.

INVESTIR dans l'amélioration de la qualité des données et le renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation nationaux.

OBTENIR l'engagement, conforme aux principes du GVAP, des différentes parties prenantes, y compris des gouvernements nationaux, des organisations de la société civile, des agences multilatérales, des fondations privées, des partenaires de développement et des fabricants de vaccins.

ÉLABORER un mécanisme de coordination de la concrétisation de ces engagements aux niveaux mondial, régional et national.

ASSURER le compte rendu annuel des progrès à chaque réunion des Comités régionaux et lors de l'AMS, par l'intermédiaire du CE de l'OMS.

Le cadre de responsabilisation de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, du secrétaire général de l'Organisation des Nations unies (ONU)

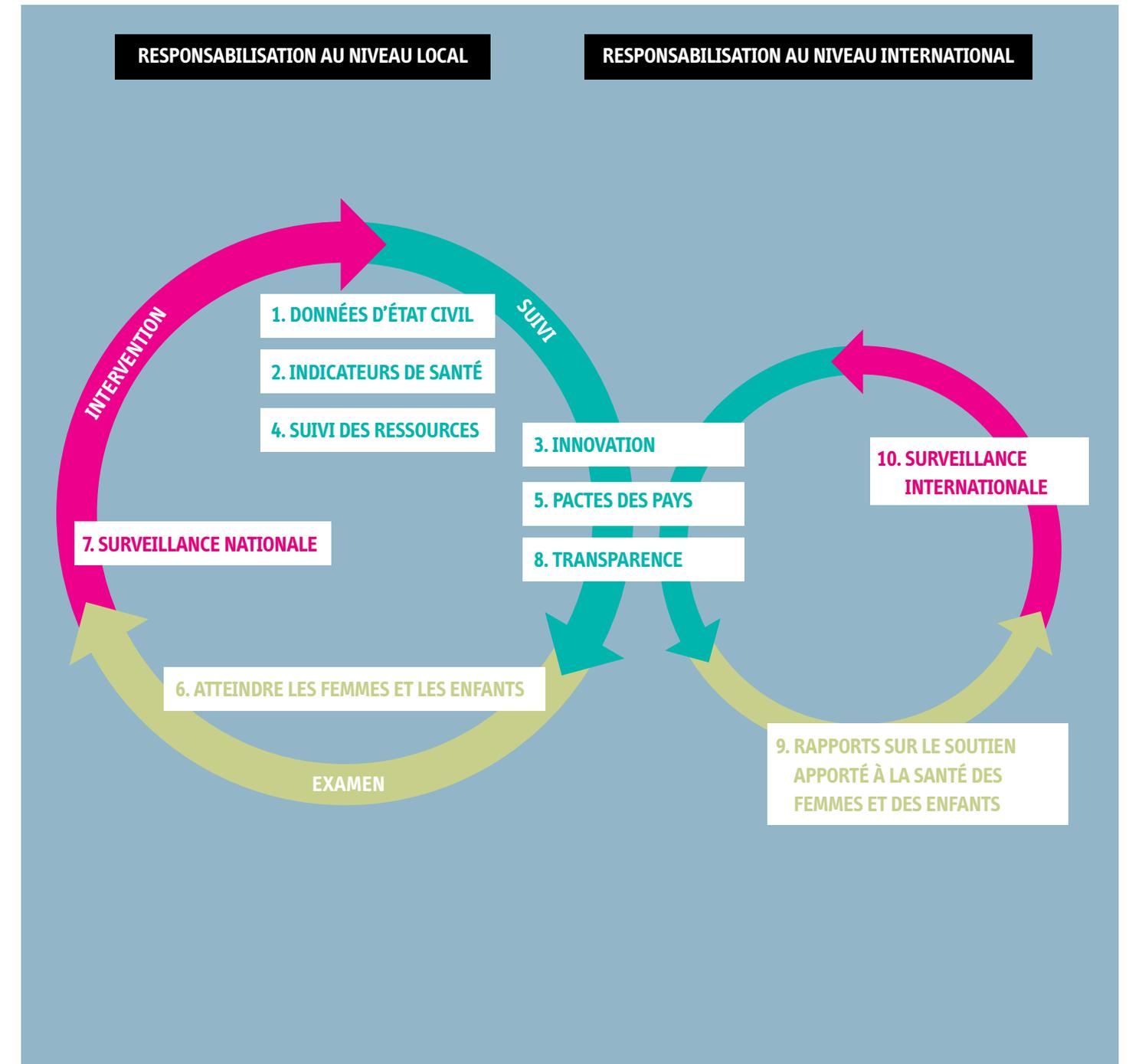
Le GVAP appelle à prendre en compte les recommandations de la Commission de l'information et de la responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant, ainsi qu'à harmoniser les travaux, autant que possible, avec les autres efforts de responsabilisation.

Le cadre de responsabilisation de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, du secrétaire général de l'ONU fait référence à un processus cyclique de suivi, d'examen et de recours/mesures pour évaluer les progrès, documenter les objectifs atteints, cerner les problèmes à corriger et prendre rapidement des mesures si nécessaire. Ce processus doit être mis sur pied aux niveaux national et mondial comme l'illustre la figure 1.⁶ Afin d'améliorer la surveillance des progrès réalisés, un groupe d'examen indépendant d'experts (independent Expert Review Group, soit iERG)⁷ présente un rapport annuel au Secrétaire général de l'ONU portant sur les résultats et les ressources liés à la Stratégie mondiale et sur la progression de la mise en œuvre des recommandations de la Commission. Le rapport annuel de la Décennie de la vaccination qui sera soumis à l'AMS sera également communiqué à l'iERG à titre d'information pour établir le compte rendu annuel destiné au Secrétaire général de l'ONU.

⁶ Commission de l'information et de la responsabilisation pour la santé de la femme et de l'enfant. Tenir les promesses, mesurer les résultats. Organisation mondiale de la Santé 2011 (http://www.who.int/woman_child_accountability/en/)

⁷ Membres de l'iERG http://www.who.int/woman_child_accountability/iERG/members/en/

FIGURE 1 :
LE CADRE DE RESPONSABILISATION DE LA STRATÉGIE MONDIALE POUR LA SANTÉ DE LA FEMME ET DE L'ENFANT, DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE L'ONU



Processus suggéré pour le cadre de suivi et d'évaluation/responsabilisation du GVAP

Un processus similaire cyclique de suivi, d'examen et de recommandations de mesures à prendre est suggéré pour le cadre SE/R GVAP. En plus des niveaux nationaux et internationaux, un niveau régional de mise en œuvre du cadre SE/R GVAP est nécessaire pour répondre à l'exigence de soumission des rapports annuels aux Comités régionaux de l'OMS.

L'utilisation d'un cadre similaire permet la complémentarité avec le processus de responsabilisation de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, du secrétaire général de l'ONU et offre la possibilité de tirer parti et/ou d'utiliser ces processus pour suivre et rapporter certains aspects du GVAP. Ceci s'applique en particulier au processus de suivi des engagements et des ressources décrit dans les documents se rapportant à cette session. La figure 2 illustre le processus suggéré pour le cadre SE/R GVAP. Les lignes directrices concernant les engagements de vaccination à prendre en vertu de la stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant, du secrétaire général de l'ONU figurent sur le site internet du conseil de direction de la Collaboration pour la Décennie de la vaccination (DoV).

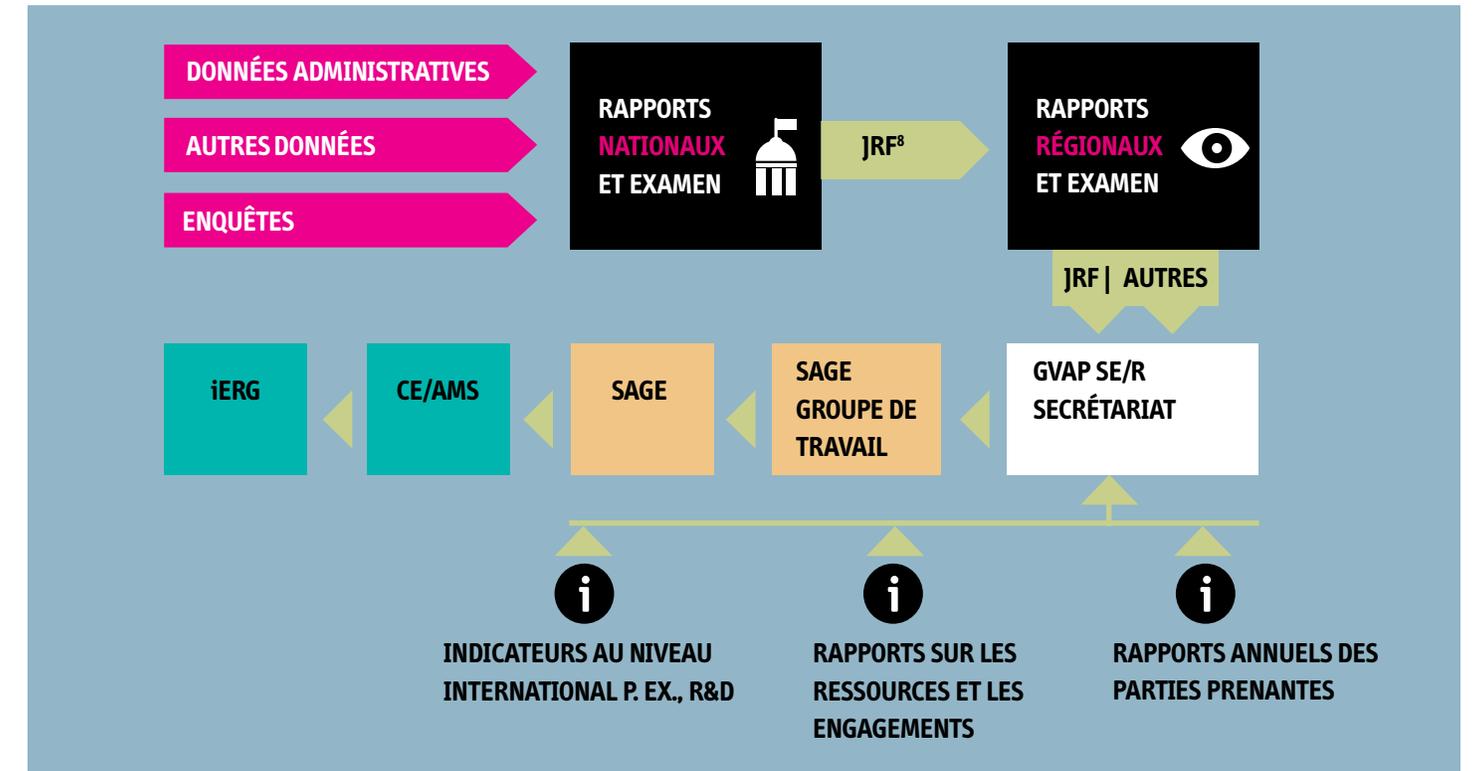
Le cadre SE/R GVAP sera appliqué aux éléments suivants : (1) le suivi des résultats (définis comme une progression par rapport aux cibles du GVAP ainsi qu'aux indicateurs des objectifs stratégiques) ; (2) la documentation et le suivi des engagements des parties prenantes concernant le GVAP et le DoV ; (3) le suivi des ressources investies dans les vaccins et les campagnes d'immunisation ; et (4) l'intégration d'un contrôle et d'un examen indépendants des progrès, par le biais du Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination, qui communiquera avec les organes directeurs.

Une dernière série d'indicateurs GVAP (voir les tableaux 12 et 13) a été examinée et approuvée par les membres du SAGE au cours de la réunion du 6 au 8 novembre 2012, et sera présentée au CE de l'OMS en janvier 2013 et à l'AMS en mai 2013.

LE SUIVI DES ENGAGEMENTS ET DES RESSOURCES:

Le système de suivi et évaluation/ permettra de documenter et surveiller les engagements des parties prenantes au plan d'action mondial pour les vaccins et de suivre les ressources investies dans les vaccins et la vaccination.

FIGURE 2:
CADRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION/RESPONSABILISATION DU GVAP PROPOSÉ



AU NIVEAU MONDIAL: Le processus de révision annuelle passera par le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE), le Conseil d'Administration de l'OMS et l'Assemblée Mondiale de la Santé. Le rapport sera également partagé avec le groupe d'examen indépendant d'experts (iERG) pour leur rapport annuel sur la santé des femmes et des enfants pour le Secrétariat général des Nations Unies.

AU NIVEAU RÉGIONAL: Les bureaux régionaux de l'OMS sont en train de développer leurs mécanismes d'examen et de rapports aux Comités régionaux. Groupes consultatifs techniques régionaux sur la vaccination peuvent assumer ce rôle, tout comme le rôle de SAGE au niveau mondial.

AU NIVEAU NATIONAL: Les groupes techniques consultatifs nationaux sur la vaccination (GTCV) et les Comités de coordination interagences (CCI) pourraient également assumer un rôle de suivi des engagements et des ressources au niveau des pays. Ceci sera déterminé pendant que les pays continuent à développer leurs plans nationaux.

8 JRF est le formulaire de rapport conjoint de l'OMS et de l'UNICEF.

TABEAU 12 : INDICATEURS SUGGÉRÉS POUR LES OBJECTIFS À LONG TERME

	1. ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE AU NIVEAU MONDIAL			2. ATTEINDRE LES OBJECTIFS D'ÉLIMINATION MONDIAUX ET RÉGIONAUX		
INDICATEURS	1.1. Mettre fin à la transmission du poliovirus sauvage dans le monde	1.2. Certification de l'éradication de la poliomyélite	2.1. Élimination du tétanos néonatal	2.2. Élimination de la rougeole	2.3. Élimination de la rubéole et du syndrome de rubéole congénital	
DÉFINITION OPÉRATIONNELLE	Aucun poliovirus sauvage isolé au niveau mondial pendant au moins un an, alors que la qualité de la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) est certifiée (taux annuel de PFA non poliomyélitiques d'au moins 1/100 000 habitants < 15 ans aux niveaux national et régional, avec des échantillons de selles adéquats prélevés auprès d'au moins 80 % des cas de PFA)	Aucun poliovirus sauvage isolé au niveau mondial pendant au moins trois ans en présence d'un système de surveillance de la PFA de qualité certifiée No wild poliovirus isolated globally for at least 3 years in the presence of certification quality AFP surveillance	< 1 cas de tétanos néonatal/1 000 naissances vivantes dans chaque district et maintien de l'élimination sur la base de la feuille annuelle OMS/UNICEF de calcul des données par district	Nombre de régions dont 100 % des pays ont déclaré l'interruption de la transmission du virus endémique de la rougeole pendant une période de > 12 mois, en présence d'une surveillance de haute qualité La qualité de la surveillance sera évaluée comme décrite dans les critères de vérification de l'élimination	Nombre de régions dont 100 % des pays ont déclaré l'interruption de la transmission du virus endémique de la rubéole pendant une période de > 12 mois, sans survenue de cas de syndrome de rubéole congénital associés avec la transmission endémique, en présence d'une surveillance de haute qualité	
SOURCE DE DONNÉES/RECUEIL	Systèmes de surveillance de la PFA au niveau national + données de surveillance supplémentaires si disponibles (surveillance de l'environnement ou surveillance des entérovirus par le biais des réseaux de laboratoires nationaux)	Documentation définitive au niveau national sur l'absence de poliomyélite soumise par les comités nationaux de certification (CNC) et acceptée par les commissions de certification des régions (CCR)	Feuille de calcul de données de l'OMS/UNICEF par district et rapport de validation de l'OMS (basé sur une assurance qualité par lot (LQA) dans le district le moins performant)	Chaque région dispose d'une commission de vérification qui examine chaque année le statut de tous les pays	Chaque région dispose d'une commission de vérification qui examine chaque année le statut de tous les pays	
RÉFÉRENCE	2011 : 650 cas confirmés de poliovirus sauvage signalés dans 16 pays	2011 : Documentation nationale sur l'absence de poliomyélite acceptée par les CCR dans 168 sur 194 états membres de l'OMS (87 %)	2010 (40 pays n'ont pas encore atteint l'objectif d'élimination)	2010 (0/5 régions - AMRO, WPRO, EMRO, EURO, AFRO)	2010 (0/2 régions - AMRO, EURO)	
CIBLE	2014	2018	2015	2015 : 4 régions OMS 2020 : 5 régions OMS	2015 : 2 régions OMS 2020 : 5 régions OMS	
ÉTAPES-CLÉS	Suivre le nombre de pays avec une documentation montrant l'éradication nationale de la poliomyélite, acceptée par les CCR		10 pays ont éliminé le tétanos néonatal en 2012 ; 22 pays auront éliminé le tétanos néonatal en 2013 ; 36 pays en 2014 ; 40 pays en 2015 ;	Suivre le nombre et le pourcentage des pays de chaque région pour lesquels l'élimination des maladies a été vérifiée	Suivre le nombre et le pourcentage des pays de chaque région pour lesquels l'élimination des maladies a été vérifiée	



3. ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE COUVERTURE VACCINALE DANS CHAQUE RÉGION, PAYS ET COMMUNAUTÉ

INDICATEURS

3.1. Atteindre 90 % de couverture nationale et 80 % dans chaque district ou unité administrative équivalente avec trois doses du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche (DTP)

3.2. Atteindre une couverture nationale de 90 % et de 80 % dans chaque district ou unité administrative équivalente, pour tous les vaccins inclus dans les programmes nationaux, sauf recommandation contraire

DÉFINITION OPÉRATIONNELLE

Estimations de l'OMS et de l'UNICEF de la couverture vaccinale nationale (WHO UNICEF Estimates of National Immunization Coverage, soit WUENIC)* pour la couverture nationale ;

Données des districts :
- accepter les données administratives du JRF si les WUENIC sont basées sur la couverture administrative ; rapports de district manquants = indicateur non satisfait, encourager les déclarations ;

- si les WUENIC ne reposent pas sur la couverture administrative, mesure répétée (au moins deux enquêtes ou études spéciales pour documenter la couverture de district) ; mesure initiale (2009 à 2015) et mesure ultérieure (2016 à 2020)
- les pays peuvent choisir de mener des enquêtes dans des districts à « risque élevé » susceptibles d'avoir une faible couverture
- les enquêtes doivent être effectuées au moins deux fois tous les dix ans (enquête de référence et une autre fois), mais les pays doivent s'efforcer de mener des enquêtes plus fréquemment

Détermination de la couverture au niveau national et au niveau du district telle que définie ci-dessus

L'indicateur s'applique à tous les vaccins utilisés pour les vaccinations universelles dans l'ensemble du pays (à l'exception du VPH, où la vaccination universelle des filles sur l'ensemble du pays serait incluse)

La couverture se rapporte à la couverture de la série vaccinale primaire

Pour les vaccins contre le pneumocoque et le rotavirus, il s'agira de la couverture de la série vaccinale primaire des enfants âgés de 12 mois au plus. Pour les autres vaccins, la mesure exacte de la couverture doit être définie, mais elle sera conforme aux indications des WUENIC

SOURCE DE DONNÉES/RECUEIL

WUENIC, JRF, enquêtes ou études spéciales

WUENIC, JRF

RÉFÉRENCE

2010 ou mesure initiale

2010 ou mesure initiale (pour les données du district)

CIBLE

2015 - tous les États membres

2020 : Tous les États membres

ÉTAPES-CLÉS

Suivi des tendances en matière de couverture

Suivi des tendances en matière de couverture

	4. DÉVELOPPER ET INTRODUIRE DES TECHNOLOGIES ET DES VACCINS NOUVEAUX ET AMÉLIORÉS				5. DÉPASSER L'OBJECTIF N° 4 DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT, PORTANT SUR LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ INFANTILE
INDICATEURS	4.1. Homologation et lancement du ou des vaccins contre une ou plusieurs maladies majeures actuellement non évitables par la vaccination	4.2. Homologation et lancement d'au moins une plate-forme technologique de distribution	4.3. Nombre de pays à revenus faible et moyen ayant introduit un ou plusieurs vaccins nouveaux ou sous-utilisés		5.1. Réduire le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans
DÉFINITION OPÉRATIONNELLE	<p>L'homologation se rapporte à l'enregistrement du vaccin par une autorité réglementaire nationale (National Regulatory Authority, soit NRA) opérationnelle</p> <p>Le lancement est défini comme un ajout du vaccin au calendrier national de vaccination dans un ou plusieurs pays à revenus faible ou moyen (définition de la Banque mondiale, BM) et maintenu pendant une période d'au moins 12 mois.</p>	<p>Exclut l'utilisation du vaccin pratiquée uniquement dans le secteur privé. Comprend les vaccins compris dans le calendrier national susceptibles d'être utilisés sélectivement au sein de « populations à risque »</p> <p>L'homologation se rapporte à l'enregistrement du vaccin par une NRA opérationnelle</p> <p>La nouvelle plate-forme technologique de distribution fait référence à un nouveau mécanisme de distribution de vaccins à des bénéficiaires individuels facilitant la couverture, améliorant les performances, ou réduisant les coûts du vaccin ou de la distribution, par exemple des injecteurs, des micro-aiguilles, des aérosols, etc.</p> <p>Lancement tel que défini pour l'introduction de nouveaux vaccins (voir l'indicateur ci-dessus)</p>	<p>Pays à revenus faible et moyen = classement 2012 de la Banque mondiale</p> <p>Le vaccin est ajouté au calendrier national de vaccination et utilisé pendant une période prolongée d'au moins 12 mois (sauf les vaccins utilisés uniquement dans le secteur privé et absents du calendrier national de vaccination ; comprend les vaccins inclus dans le calendrier national, mais pour un usage sélectif auprès de populations à risque, p. ex. la grippe saisonnière)</p> <p>Les vaccins nouveaux et sous-utilisés se rapportent à tous les vaccins qui n'étaient pas inclus dans le calendrier national de vaccination</p>		<p>Taux de mortalité avant l'âge de cinq ans pour 1 000 naissances vivantes</p>
SOURCE DE DONNÉES/RECUEIL	Enquêtes annuelles avec les NRA ; JRF pour le lancement du vaccin ; définition des pays à revenus faible et moyen suivant la BM	Enquêtes annuelles avec les NRA ; JRF pour le lancement ; définition des pays à revenus faible et moyen suivant la BM	Banque mondiale, JRF		Groupe interinstitutions des Nations unies pour l'estimation de la mortalité nationale (IGME)
RÉFÉRENCE	0	0	2010		
CIBLE	2020 : un ou plusieurs	2020 : un ou plusieurs	2015 : au moins 90 2020 : tous les pays à revenus faible et moyen		2015 : réduction de 2/3 par rapport à 1990 2020 : dépassement de l'objectif de 2015
ÉTAPES-CLÉS	Compte rendu des progrès graduels (c.-à-d., nombre de produits en phase 1, 2 ou 3 d'essais cliniques) du développement et évaluation par le SAGE	Compte rendu des progrès graduels du développement (c.-à-d., nombre de produits en phase 1, 2 ou 3 d'essais cliniques) et évaluation par le SAGE	Suivi des tendances de l'introduction des vaccins		Suivi des tendances

* WUENIC = Estimations de l'OMS et de l'UNICEF de la couverture vaccinale nationale

TABEAU 13 : INDICATEURS PROPOSÉS POUR LES OBJECTIFS STRATÉGIQUES À LONG TERME

1	INDICATEURS		2	INDICATEURS	
TOUS LES PAYS S'ENGAGENT À FAIRE DE LA VACCINATION UNE PRIORITÉ	1.1. Dépenses intérieures pour la vaccination par personne ciblée	1.2. Présence d'un groupe de consultation technique indépendant qui répond aux critères définis	LES INDIVIDUS ET LES COMMUNAUTÉS COMPRENNENT LA VALEUR DES VACCINS ET EXIGENT LES VACCINATIONS À LA FOIS COMME UN DROIT ET COMME UNE RESPONSABILITÉ	2.1. Pourcentage des pays ayant évalué (ou mesuré) le niveau de confiance dans la vaccination au niveau infranational**	2.2. Pourcentage d'individus non vaccinés ou sous-vaccinés dont le manque de confiance a joué un rôle dans la prise de décision**
DÉFINITION OPÉRATIONNELLE	<p>Dépenses de vaccination provenant des ressources nationales, comme rapportées dans le JRF</p> <p>Taille des populations cibles comme indiquée dans le JRF</p>	<p>Groupes nationaux de consultation technique sur les vaccinations, répondant à tous les critères opérationnels de l'OMS</p> <p>Les critères opérationnels sont décrits dans le JRF de l'OMS/UNICEF</p>	OPERATIONAL DEFINITION	<p>Confiance dans la vaccination : La confiance dans l'utilité et l'innocuité des vaccins et dans le système qui les délivre. La confiance dans la vaccination s'inscrit dans un continuum et constitue l'un des facteurs qui influent sur le comportement allant de l'acceptation jusqu'au refus.</p> <p>Déterminer s'il y a eu une évaluation (ou une mesure) du niveau de confiance dans la vaccination au niveau infranational.</p>	<p>Confiance dans la vaccination : La confiance dans l'utilité et l'innocuité des vaccins et dans le système qui les délivre. La confiance dans la vaccination s'inscrit dans un continuum et constitue l'un des facteurs qui influent sur le comportement allant de l'acceptation jusqu'au refus.</p> <p>Détermination du pourcentage d'individus non vaccinés ou sous-vaccinés dont le manque de confiance a joué un rôle dans la prise de décision (ceci s'applique à tous les vaccins) et de l'existence d'une mesure ou d'une estimation de ce pourcentage.</p>
SOURCE DE DONNÉES/RECUEIL	JRF	JRF	DATA SOURCE/COLLECTION	JRF	JRF
RÉFÉRENCE	Dépenses déclarées pour 2010	2010	BASELINE	À déterminer	À déterminer
CIBLE	Tendance croissante du pays à allouer des ressources aux programmes nationaux de vaccination	Groupes nationaux opérationnels de consultation technique sur les vaccinations dans tous les pays	TARGET	Tendance à l'augmentation du pourcentage de pays ayant évalué le niveau de confiance dans la vaccination au niveau infranational	Tendance à la baisse de la distribution du pourcentage d'individus non vaccinés ou sous-vaccinés dont le manque de confiance joue un rôle au niveau national.
ÉTAPES-CLÉS	Suivi et rapport des tendances	Tendance croissante du nombre de pays disposant de groupes nationaux de consultation technique sur les vaccinations, opérationnels	MILESTONES	Suivi et rapport des tendances	Suivi et rapport des tendances

** Indicateur provisoire à déterminer de manière définitive sur la base des résultats de l'évaluation pilote dans les régions sélectionnées.

3

LES AVANTAGES DE LA VACCINATION S'APPLIQUENT À TOUS DE MANIÈRE ÉQUITABLE

INDICATEURS

3.1. Pourcentage des districts ayant une couverture de 80 % ou plus pour les trois doses de vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche

3.2. Réduction des écarts de couverture entre les quintiles de revenu et d'autres indicateurs de l'équité appropriés

DÉFINITION OPÉRATIONNELLE

Même procédé pour déterminer le niveau de couverture des districts que pour l'objectif 3

Détermination de l'indice de richesse tel que défini par les enquêtes démographiques et de santé (Demographic and health surveys, soit DHS) et de l'UNICEF en grappes à indicateurs multiples (Multi-indicator cluster surveys, soit MICS) ;
Si les quintiles de revenu sont utilisés, la couverture doit être rapportée pour tous les quintiles, pas seulement le quintile le plus bas et le plus élevé ;
Collecte des données par mesures répétées (étude spéciale ou enquête), avec au moins deux mesures, mesure initiale (2009-2015) et mesure finale (2016-2020)

SOURCE DE DONNÉES/RECUEIL

JRF annuel, ou études spéciales/enquêtes pour mesures répétées

Enquête auprès des ménages ou étude spéciale représentative de la population totale

RÉFÉRENCE

2010 ou mesure initiale

Mesure initiale

CIBLE

Tous les pays avec tous les districts ↑ 80 % de couverture pour le DTC3 à l'horizon 2020

Tendance à la hausse de l'équité de la couverture vaccinale ; objectif proposé pour s'aligner sur les objectifs de GAVI : proportion de pays dotés d'un écart < 20 % de la couverture entre les quintiles de revenu 60 % en 2015 et 75 % en 2020

ÉTAPES-CLÉS

Suivi des tendances du nombre de pays atteignant l'objectif

Tendance à la hausse de l'équité de la couverture vaccinale

4

LES SYSTÈMES DE VACCINATION PERFORMANTS FONT PARTIE INTÉGRANTE D'UN SYSTÈME DE SANTÉ EFFICACE

INDICATEURS

4.1. Taux d'abandon entre la première dose (DTC1) et la troisième dose (DTC3) du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche

4.2. Couverture prolongée du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche de 90 % ou plus pendant trois ans ou plus

DÉFINITION OPÉRATIONNELLE

$[(DTC1-DTC3) \times 100]/DTC1$

Pays avec une couverture prolongée de 90 % ou supérieure pendant trois années consécutives, basée sur les WUENIC

SOURCE DE DONNÉES/RECUEIL

WUENIC

WUENIC

RÉFÉRENCE

2010

2010

CIBLE

Tendance à la baisse du taux d'abandon

Tous les pays d'ici 2020

ÉTAPES-CLÉS

Tendances des taux d'abandon

Tendance à la hausse du nombre de pays avec une couverture prolongée de 90 % ou plus

4

SUITE

INDICATEURS

4.3. Données de couverture vaccinale évaluées comme étant de haute qualité par l'OMS et l'UNICEF

4.4. Nombre de pays disposant d'une surveillance des cas de maladies évitables par la vaccination

DÉFINITION OPÉRATIONNELLE

Utiliser l'évaluation qualitative de la qualité des données des WUENIC, sur la base des données communiquées à l'échelle nationale, la cohérence des données sur les estimations de la taille de la population cible, et la cohérence entre les estimations tirées de fichiers administratifs et d'autres sources de données (enquêtes et autres informations relatives aux programmes)

Nombre de pays déclarant avoir établi une surveillance dans le JRF et dont les rapports sont inclus dans les bases de données de l'OMS

La surveillance des maladies évitables par la vaccination comprendra, au minimum :

- la surveillance à l'échelle nationale de la poliomyélite, de la rougeole et du tétanos néonatal ;

SOURCE DE DONNÉES/RECUEIL

Niveau de confiance WUENIC

JRF et rapports de surveillance à l'OMS

RÉFÉRENCE

2010

CIBLE

Tous les pays devant disposer de données de couverture vaccinale de haute qualité pour 2020

100 % des pays pour la surveillance de la poliomyélite et de la rougeole pour 2015

ÉTAPES-CLÉS

Suivi des tendances du nombre de pays atteignant l'objectif

Tendance à la hausse

5

INDICATEUR

LES PROGRAMMES DE VACCINATION BÉNÉFICIENT DE MANIÈRE DURABLE D'UN FINANCEMENT PRÉVISIBLE, D'UN APPROVISIONNEMENT DE QUALITÉ ET DE TECHNOLOGIES DE POINTE***

5.1. Pourcentage de doses de vaccin utilisées dans le monde entier dont la qualité est garantie

DÉFINITION OPÉRATIONNELLE

Nombre de doses de vaccins de qualité garantie utilisées dans un pays / doses totales de vaccins utilisées pour le programme national de vaccination

Les vaccins de qualité garantie comprennent :

- les vaccins produits dans un pays disposant d'une autorité nationale de réglementation opérationnelle
- les vaccins préqualifiés par l'OMS

SOURCE DE DONNÉES/RECUEIL

JRF ; évaluation par l'équipe de l'OMS de la qualité, de la sécurité et des normes applicables aux vaccins

RÉFÉRENCE

2010

CIBLE

100 % des doses de vaccins pour 2020

ÉTAPES-CLÉS

Tendance à la hausse

***Le rapport d'activités comprendra également un rapport narratif des progrès réalisés dans l'approvisionnement en vaccins, les prix et les achats.

6

LES INNOVATIONS ISSUES DES PROGRAMMES DE RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT AUX NIVEAUX NATIONAL, RÉGIONAL ET MONDIAL MAXIMISENT LES AVANTAGES DE LA VACCINATION.

INDICATEURS

6.1. Progrès vers le développement de vaccins contre le VIH, la tuberculose et le paludisme

6.2. Les progrès vers un vaccin universel contre la grippe (protection contre les variants issus de dérive et de cassure antigéniques)

6.3. Les progrès des capacités institutionnelles et techniques permettent de procéder à des essais cliniques de vaccins

6.4. Nombre de vaccins ayant été soit ré-homologués, soit homologués pour une utilisation dans une chaîne à température contrôlée à des températures au-dessus de la plage traditionnelle de 2 à 8 °C

6.5. Nombre de technologies de distribution des vaccins (dispositifs et équipements) qui ont reçu la préqualification de l'OMS par rapport à la référence de 2010

DÉFINITION OPÉRATIONNELLE

Nombre d'essais cliniques terminés évaluant l'efficacité clinique de vaccins contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et dont les résultats ont été rapportés

Nombre d'essais cliniques terminés portant sur la grippe et évaluant cliniquement l'étendue de la protection, dont les résultats ont été rapportés

Nombre de pays par régions de l'OMS ayant rapporté la réalisation d'essais cliniques de vaccins qui répondent aux normes de qualité (à préciser)

Tel que défini dans l'indicateur

Quatre catégories d'équipement seraient suivies :
 - réfrigérateurs et congélateurs
 - glacières et porte-vaccins
 - accumulateurs de froid
 - dispositifs de contrôle de la température

SOURCE DE DONNÉES/RECUEIL

OMS, NIH et autres registres d'essais cliniques

OMS, NIH et autres registres d'essais cliniques

OMS, NIH et autres registres d'essais cliniques

Rapports des ARN

Base de données PQS

RÉFÉRENCE

Progression graduelle au-delà de 2010

Progression graduelle au-delà de 2010

CIBLE

Preuve de concept pour un vaccin qui présente une efficacité supérieure ou égale à 75 % contre le VIH/SIDA, la tuberculose ou le paludisme.

Au moins un vaccin offrant une protection à large spectre contre le virus grippal A, homologué

Chaque région dispose d'une base solide de pays compétents dans l'organisation et la gestion des essais vaccinaux.

ÉTAPES-CLÉS

Rapport narratif sur les progrès réalisés dans le développement de ces vaccins

Narrative report on progress in development of these vaccines

Nombre croissant de vaccins

Nombre croissant de technologies

Le groupe de travail de la Décennie de la vaccination du SAGE qui examinera le rapport annuel d'activités du GVAP, étudiera également le développement et l'ajout d'indicateurs de mesure de l'équité dans l'accès aux vaccins entre les pays, et d'un indicateur de suivi de l'intégration des systèmes de vaccination dans les systèmes de santé plus larges.