

# OUTIL D'AIDE A LA PRIORISATION ET AU SEQUENCEMENT DES INTRODUCTIONS DE NOUVEAUX VACCINS (OPS-INV)

**Une collaboration entre :**

Bill & Melinda Gates Foundation

Development Catalysts

JSI Research and Training Institute

International Vaccine Access Center at Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

McKing Consulting Corporation

## Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>3</b>
Utilisation prévue et complémentarité avec d'autres outils .....	<b>3</b>
Développement de la méthodologie et pilotes .....	<b>4</b>
<b>Méthodologie</b> .....	<b>5</b>
Choix des critères .....	<b>6</b>
Processus de mise en œuvre du cadre méthodologique.....	<b>6</b>
<b>Phase 0 : Conception du processus et Préparation</b> .....	<b>9</b>
Assurer l'alignement avec les principaux décisionnaires .....	<b>9</b>
Identifier l'équipe restreinte et assigner les rôles et responsabilités .....	<b>10</b>
Développer le plan de travail et fixer les échéances.....	<b>10</b>
<b>Phase 1 : Adaptation du cadre méthodologique</b> .....	<b>11</b>
Engagement des parties prenantes .....	<b>11</b>
Atelier d'adaptation du cadre méthodologique (Atelier #1) .....	<b>12</b>
Atelier 1: Détails sur l'agenda et la facilitation .....	<b>14</b>
<b>Phase 2 : Evaluation, Priorisation et Séquencement des vaccins</b> .....	<b>17</b>
Collecte des évidences.....	<b>17</b>
Atelier de Priorisation et Séquencement (Atelier 2).....	<b>19</b>
Comparaison des vaccins - Options.....	<b>21</b>
Classement des vaccins – Processus et Calculs .....	<b>22</b>
Atelier 2: Détail sur l'agenda et la facilitation .....	<b>24</b>
<b>Phase 3 : Recommandations</b> .....	<b>28</b>
<b>Conclusion et prochaines étapes</b> .....	<b>29</b>
<b>Annexe A : Bibliographie</b> .....	<b>31</b>
<b>Annexe B : Remerciements</b> .....	<b>32</b>
<b>Annexe C : Liste des critères</b> .....	<b>33</b>

## Figures

Figure 1 Cadre Evidence-to-Recommendations (EtR).....	4
Figure 2 Outil d'appui à la décision CAPACITI .....	4
Figure 3 Etapes de priorisation des vaccins et points de décisions .....	5
Figure 4 Eléments de sélection des critères pour la hiérarchisation .....	6
Figure 5 Processus de l'outil d'aide à la priorisation et de séquençement des INV .....	7
Figure 6 Exemple de classement des vaccins et de l'évaluation importance / faisabilité .....	8
Figure 7 Exemples de scénarios de séquençement .....	9
Figure 8 Calendrier de mise en œuvre d'OPS-INV recommandé, sur 6 mois .....	11
Figure 9 Atelier d'adaptation du cadre méthodologique (Atelier #1) : exemple d'agenda.....	14
Figure 10 Exemple de votes de classement pour un critère.....	22
Figure 11 Exemple de calcul pour du classement moyen pour un critère.....	22
Figure 12 Exemple de moyennes pondérées pour les critères d'importance .....	23
Figure 13 Atelier de Priorisation et Séquençement (Atelier 2) : Exemple d'agenda .....	24
Figure 14 Exemples de scénarios de séquençement .....	27
Figure 15 Sections standards pour un rapport au MSP (Documentation de formation des GTCV) .....	28

## Introduction

L'augmentation du nombre de vaccins récemment développés disponibles sur le marché ou attendus dans les prochaines années conduit les pays à être confrontés à des décisions de plus en plus complexes pour leurs programmes de vaccination. Les pays soutenus par Gavi, par exemple, peuvent aujourd'hui postuler à dix-sept programmes vaccinaux<sup>1</sup>. Lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de leur Stratégie nationale de vaccination (SNV), conformément aux recommandations de l'OMS, et pour certains, la Planification complète du portefeuille (FPP) à la demande de Gavi, l'Alliance du Vaccin, les pays doivent déterminer quels vaccins ajouter à leur programme national de vaccination et dans quel ordre les introduire (priorisation et séquençement des nouvelles introductions de vaccins - INV). De plus, les pays sont amenés à considérer l'optimisation des programmes vaccinaux existants liés à des changements possibles de produits vaccinaux, de présentations, de calendriers et/ou de stratégies vaccinales. Chaque pays doit, par ailleurs, prendre en compte ses priorités et ses initiatives propres, avec des conséquences différentes en fonction du contexte sur la charge de morbidité, le nombre de vies sauvées, les économies pour le système de santé et la faisabilité/complexité programmatique. Au moment de considérer de nouvelles introductions de vaccins, les pays doivent également trouver le juste équilibre entre augmentation souhaitée de la couverture pour les antigènes existants, optimisation des programmes en cours, plaidoyer continu et améliorations de la chaîne d'approvisionnement, des systèmes de données, de la communication et du financement domestique.

Le processus politique d'introduction de nouveaux vaccins dans un pays implique que le gouvernement et les décideurs politiques prennent des décisions concernant l'approbation, la distribution et l'administration des vaccins. Dans la plupart des pays, ce sont les Groupes Techniques Consultatifs Nationaux sur la Vaccination (GTCV) qui formulent des recommandations fondées sur des évidences pour guider ces décisions, en collaboration avec le programme national de vaccination (PEV). Jusqu'à présent, la plupart des GTCV se sont cantonnés à l'évaluation de chaque introduction de vaccin individuellement, ce qui a tendance à aboutir à une liste de plusieurs nouveaux vaccins à introduire sur une courte période, sans réel exercice de priorisation préliminaire qui prendrait en compte les conséquences globales sur le financement, la capacité de la chaîne du froid et la mise en œuvre du programme. Cette approche a parfois conduit les pays à retarder l'introduction de vaccins même après qu'une recommandation du GTCV ait été émise.

Un travail de priorisation et de séquençement est donc nécessaire pour formuler ces recommandations et éclairer la prise de décision sur la base d'une analyse du contexte épidémiologique, de la capacité du système de santé à absorber et maintenir ces introductions, ainsi que des ressources disponibles. Cet exercice doit également optimiser les chances de succès en identifiant les synergies programmatiques entre les introductions et avec les processus préexistants. Cependant, les outils et processus de priorisation existants peuvent être complexes et chronophages, en particulier pour les pays soutenus par Gavi, qui doivent gérer de nombreuses priorités et contraintes en termes de ressources humaines, de capacités techniques et de temps.

La Fondation Bill & Melinda Gates (BMGF) a cherché à répondre à ce défi en travaillant en étroite coordination avec l'OMS, Gavi, l'Alliance du Vaccin, l'UNICEF et un groupe de partenaires pour développer un cadre pragmatique et adapté aux pays pour la priorisation et le séquençement des vaccins, pouvant être mis en œuvre au niveau national.

### *Utilisation prévue et complémentarité avec d'autres outils*

L'Outil de Priorisation et de Séquençement des INV (OPS-INV) est conçu spécifiquement pour guider la priorisation et le séquençement des nouvelles introductions de vaccins d'un pays sur une période future définie, grâce à un processus de prise de décision simplifié mais structuré. Ce cadre ne vise pas à remplacer les outils existants de recommandation (par

---

<sup>1</sup> Vaccin contre la COVID-19, vaccin contre le papillomavirus humain (HPV), vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI), vaccin contre l'encéphalite japonaise (EJ), vaccin contre le paludisme, vaccins contre la rougeole et rougeole-rubéole, vaccin contre le méningocoque A (MenA), vaccin oral contre le choléra (OCV), vaccin pentavalent, vaccin conjugué contre le pneumocoque (VPC), vaccin contre le rotavirus, vaccin conjugué contre la typhoïde (VCT), vaccin contre la fièvre jaune (YF), rappels contenant la valence DTC, dose de naissance contre l'hépatite B, vaccin hexavalent, vaccin contre Ebola.

exemple le cadre *Evidence to Recommendation*) pour l'introduction des vaccins, mais ajoute un outil spécifique permettant de **prioriser et séquencer plusieurs vaccins sur une période future définie**.

Les outils existants suivants fournissent un soutien complémentaire à la prise de décision, mais ne répondent pas à la même question fondamentale :

- **Le cadre *Evidence-to-Recommendations (EtR)* du CDC est un outil essentiel pour évaluer l'introduction introductions de nouveaux vaccins ou d'interventions individuellement. Toutefois, il n'intègre pas la comparaison, la priorisation et le séquencement des nouveaux vaccins.** Ce cadre permet aux GTCV d'adopter des recommandations sur les interventions potentielles, en s'appuyant sur une liste de critères représentant les aspects à prendre en compte lors de l'introduction d'un nouveau vaccin ou d'une nouvelle intervention. C'est le seul outil permettant au GTCV de formuler des recommandations sur l'opportunité et la manière d'introduire des vaccins.
- **L'outil d'aide à la décision CAPACITI de l'OMS (*Country-led Assessment for Prioritisation on Immunisation*) est un ensemble d'outils complémentaires conçus pour comparer des interventions et sélectionner la meilleure option. Toutefois, il n'a pas été spécifiquement conçu pour les introductions de nouveaux vaccins (INV) et ne comprend pas de critères de priorisation et de séquencement.** CAPACITI est un outil complet qui permet la comparaison des interventions et la sélection de la meilleure option, en s'appuyant sur un processus structuré permettant de noter chaque option en fonction de critères définis par les utilisateurs.

Figure 1 Cadre Evidence-to-Recommendations (EtR)

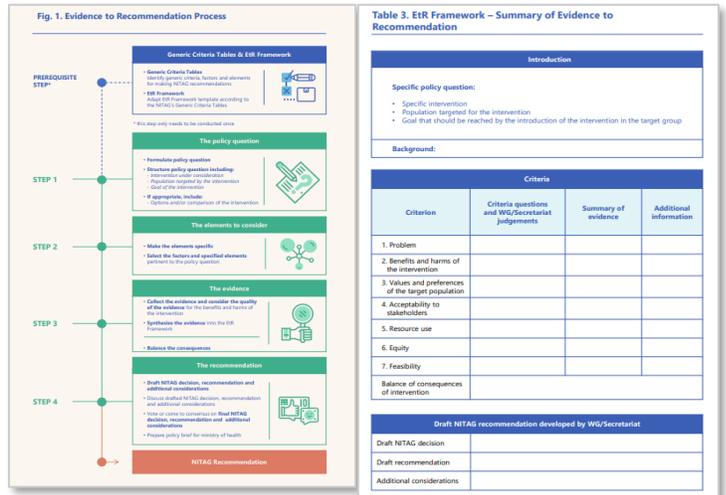
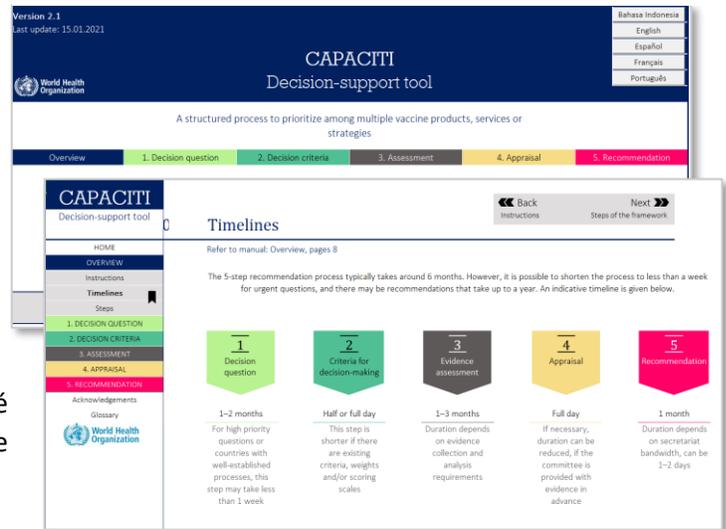


Figure 2 Outil d'appui à la décision CAPACITI



### Développement de la méthodologie et pilotes

Un cadre de priorisation efficace doit être fondé sur des évidences, simple mais complet, itératif et permettre des ajustements en fonction des priorités propres à chaque pays. En s'appuyant sur ces principes clés, le Consortium mondial de priorisation et de séquencement des INV – une collaboration entre Development Catalysts, JSI Research and Training Institute (JSI), l'International Vaccine Access Center (IVAC) de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, et McKing Consulting Corporation (McKing) – a développé puis testé un cadre méthodologique complet pour la priorisation et le séquencement des nouvelles introductions de vaccins. Development Catalysts a dirigé le développement du cadre puis coordonné et appuyé la mise en œuvre des pilotes dans les pays. JSI a apporté une expertise technique approfondie et, avec McKing, a assuré une assistance technique sur le terrain, la collecte des données et la coordination des parties prenantes. IVAC a fourni une expertise technique essentielle et un soutien important à la collecte des données au niveau global.

Après avoir développé un processus complet, une liste hiérarchisée de critères et une méthodologie innovante garantissant un processus de priorisation basé sur des évidences, simple, adaptatif et itératif, le Consortium mondial de priorisation et de séquençement des INV a collaboré avec les GTCV de la République Démocratique du Congo (RDC) et du Niger pour tester l’outil de priorisation et de séquençement des nouvelles introductions vaccinales (OPS-INV).

La méthodologie développée dans le cadre de cette initiative a permis aux GTCV de la RDC et du Niger de prendre des décisions fondées sur les données internationales ainsi qu’une analyse approfondie de leurs contextes épidémiologiques, des capacités de leurs systèmes de santé et des ressources disponibles, aboutissant ainsi à des recommandations de scénarios de séquençement des introductions vaccinales fondés sur les évidences disponibles

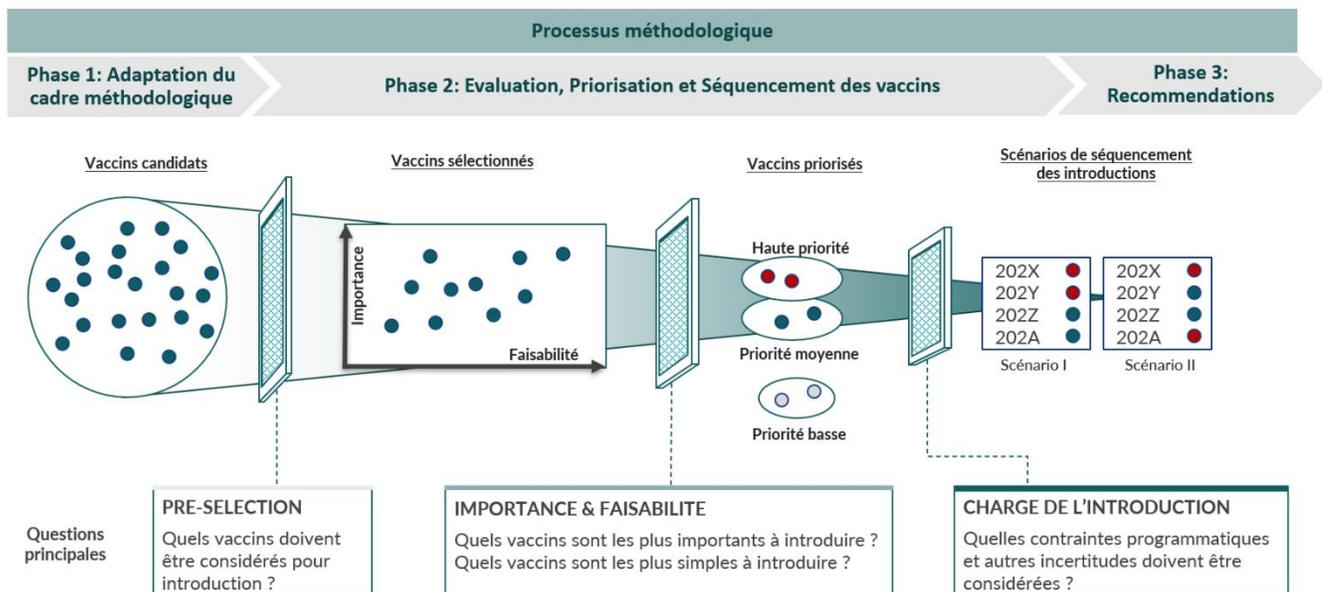
## Méthodologie

The L’Outil de Priorisation et de Séquençement des NVI (OPS-INV) est conçu pour être fondé sur des évidences, simple mais complet, itératif et adaptable aux priorités propres à chaque pays.

En partant d’une liste complète de tous les programmes vaccinaux possibles (disponibles et à venir dans un futur proche), le cadre guide les GTCV à travers une série de décisions visant à sélectionner les vaccins à considérer, puis à les prioriser en fonction de critères prédéfinis d’importance et de faisabilité.

Caractéristiques du Cadre de Priorisation et Séquençement	
Fondé sur les évidences	S’appuyer sur <b>des données mesurables</b> pour assurer la cohérence de la prise de décision
Simple	Se réfère à un <b>nombre limité de critères</b>
Complet	Prend en compte <b>tous les vaccins potentiels et contextes pays</b>
Adaptatif	Permet aux <b>pays</b> de sélectionner les <b>critères</b> et les <b>vaccins candidats</b>
Itératif	Doit être réalisé de <b>manière récurrente</b> pour s’adapter à <b>l’évolution du contexte local, de la recherche, de la disponibilité des vaccins et des financements potentiels</b>

Figure 3 Etapes de priorisation des vaccins et points de décisions



## Choix des critères

Le cadre méthodologique est fondé sur une liste de 71 critères ([Annexe C](#) et “1.1 OPS-INV - Phase 1 - Liste hiérarchisée des critères et indicateurs”) qui ont été identifiés sur la base d’une revue de littérature exhaustive. Les outils et ressources existants (incluant notamment l’outil d’aide à la décision CAPACITI, Processus de la Stratégie d’investissement en faveur de la vaccination (VIS), le cadre *Evidence to Recommendation*) ont également été pris en compte pour s’assurer de la cohérence entre les approches. La revue de littérature a été conduite et validée par des experts ; une liste des sources prises en compte est incluse en [Annexe A](#).

Chacun des **71 critères identifiés** a été classé en fonction de **11 thématiques**, comprenant notamment :

- **Maladie et vaccin** : fardeau et épidémiologie de la maladie, bénéfices du vaccin, sécurité du vaccin
- **Facteurs externes** : disponibilité de marché, finances et économie, aspects légaux et éthiques
- **Facteurs programmatiques** : stratégie, logistique, prestation de services, acceptabilité du vaccin

Tous les critères ont ensuite été évalués selon les trois premiers éléments de sélection des critères (Figure 4) : importance relative telle que définie par les experts, disponibilité attendue des données (par ex : source directe vs modélisation), capacité à différencier facilement les vaccins. En s’appuyant sur les contributions des experts et partenaires internationaux, les critères ont été pré-classés en trois groupes : essentiels, significatifs et autres, afin de fournir aux GTCV une liste simplifiée de critères à prendre en compte pour le processus de priorisation. Le quatrième élément de sélection des critères (applicabilité au contexte du pays) est évalué par le GTCV national lors de la sélection des critères par chaque pays

Figure 4 Eléments de sélection des critères pour la hiérarchisation



Considéré lors  
de l'atelier #1

## Processus de mise en œuvre du cadre méthodologique

Le cadre méthodologique de l’Outil de Priorisation et de Séquencement des INV (OPS-INV) est mis en œuvre à travers un processus en trois phases (Figure 5). Celui-ci conçu pour mener une analyse simple mais exhaustive des évidences, pour s’adapter aux priorités et au contexte du pays, pour assurer une appropriation nationale du processus maximale, pour garantir l’efficacité des travaux et enfin pour maintenir la cohérence et la reproductibilité des résultats. Cette section présente un aperçu des trois phases ; des détails supplémentaires sur la mise en œuvre sont fournis dans les sections suivantes.

Figure 5 Processus de l'outil d'aide à la priorisation et de séquençement des INV



### Phase 1 : Adaptation du cadre méthodologique

La phase 1 commence par un processus complet de mobilisation des parties prenantes, visant à aligner les parties prenantes sur le processus, à renforcer l'appropriation nationale du processus de priorisation et de séquençement et à établir une feuille de route claire pour l'évaluation des vaccins candidats. Le GTCV est guidé à travers une série de décisions pour adapter le cadre de l'OPS-INV au contexte et aux besoins spécifiques du pays, notamment :

- Définir la liste des vaccins à considérer pour l'exercice,
- Définir l'horizon temporel / la période de temps à prendre en compte,
- Sélectionner les critères permettant de comparer les vaccins,
- Déterminer un schéma de pondération des critères retenus pour guider la prise de décision.

Cet exercice est réalisé soit à distance via une session en ligne, soit lors d'un pré-atelier en présentiel. Un outil de vote en ligne<sup>2</sup> facile d'utilisation est utilisé pour chaque point de décision afin de recueillir les préférences des membres du GTCV. Les résultats sont ensuite partagés avec le GTCV lors de l'atelier #1, permettant ainsi de discuter chaque point de décision.

Un atelier d'une journée en présentiel, organisé à la fin de la Phase 1, réunit les membres du GTCV ainsi que d'autres parties prenantes clés (programme national de vaccination, OMS, UNICEF, etc.) afin de finaliser les points de décision et élaborer un plan de collecte des évidences. Si l'atelier n'a pas été précédé d'une session en ligne, les participants sont d'abord invités à répondre à un sondage en ligne pour donner leur avis sur les décisions clés mentionnées ci-dessus. Une fois toutes les réponses collectées, les membres du GTCV analysent et discutent les résultats, puis prennent les décisions finales sur : les vaccins et l'horizon temporel / la période de temps à considérer dans l'exercice de priorisation, les critères prioritaires et leur pondération pour orienter la prise de décision.

Le GTCV développe ensuite un plan de travail pour la collecte et la préparation des évidences. Les membres du GTCV, le secrétariat du GTCV et/ou d'autres parties prenantes (membres *ex officio* et de liaison du GTCV) peuvent être chargés de collecter des données spécifiques (soit par vaccin, soit par critère). Des délais clairs sont établis pour la collecte des évidences, ainsi que des responsabilités précises sur la collecte, la transmission et la synthèse des données collectées ainsi que sur la coordination du processus de collecte.

<sup>2</sup> Bien que l'utilisation d'un outil digital soit fortement recommandée, cette étape peut également être réalisée avec des moyens plus classiques, comme des questionnaires papiers ou d'autres techniques analogues, afin de collecter et de discuter des préférences sur les paramètres du cadre méthodologique (vaccins, critères, horizon temporel)

Un atelier de suivi est programmé pour analyser les évidences recueillies et procéder à la priorisation et au séquençement.

## Phase 2 : Evaluation, Priorisation et Séquençement des vaccins

Une fois élaboré le plan de travail, les personnes en charge de la collecte des évidences doivent récupérer les données pertinentes en explorant toutes les sources disponibles, qu'elles soient nationales, régionales ou mondiales. La première étape est de s'assurer que chaque critère est décrit par un ou plusieurs indicateurs mesurables. Puis l'objectif est de rassembler des évidences complètes permettant d'évaluer chaque critère pour chaque vaccin. Un coordinateur de la collecte des données – qu'il s'agisse d'un partenaire technique ou du secrétariat du GTCV – doit superviser ce processus afin de garantir le suivi et l'appropriation par les acteurs impliqués et d'assurer la consolidation des données collectées de façon cohérente.

Un deuxième atelier en présentiel est organisé à la fin de la Phase 2. Sur une durée de trois jours, les membres du GTCV évaluent l'ensemble des évidences recueillies. Les deux premiers jours sont consacrés à l'évaluation des évidences et au classement des vaccins. Les membres passent en revue les données collectées pour chaque critère, comparent les indicateurs entre les vaccins et utilisent un outil de vote en ligne pour établir un classement<sup>3</sup>. Le premier jour est dédié aux critères d'importance, tandis que le deuxième jour se concentre sur les critères de faisabilité.

Les résultats de ces classements critère par critère servent à orienter les décisions de priorisation et de séquençement, initiant ainsi des discussions approfondies entre les membres du GTCV. Ces résultats ne sont pas utilisés comme un algorithme donnant une seule solution ou rendant la prise de décision automatique, mais plutôt comme un outil d'aide à la discussion. À la fin du deuxième jour, les membres du GTCV analysent et comparent les résultats des classements sur l'importance et la faisabilité, pondérés et non pondérés. Les classements moyens sont calculés pour chaque vaccin considéré et sont affichés sous forme d'un graphique en quatre quadrants (Figure 6) afin de faciliter la visualisation des résultats. Enfin, sur la base des critères analysés et des priorités nationales, les membres du GTCV décident quels vaccins doivent être considérés comme prioritaires (priorité élevée et priorité moyenne) et lesquels doivent être considérés comme une priorité plus faible et ne pas être introduits au cours de la période proposée.

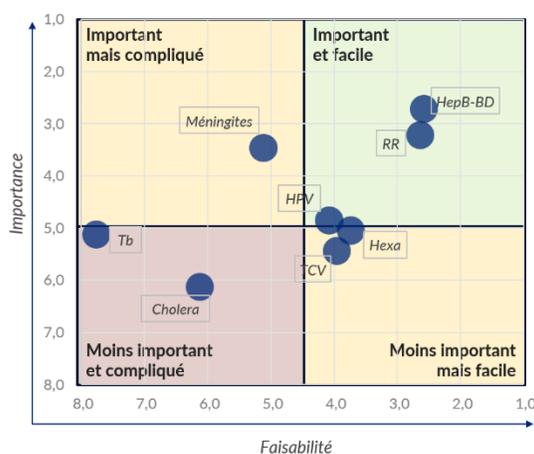
Figure 6 Exemple de classement des vaccins et de l'évaluation importance / faisabilité

### Classement moyen de chaque vaccin

Moyenne des votes exprimés, N(GTCV)=4-8; N(Tout)=16-21

Vaccin	Classement importance	Classement faisabilité	Classement combiné
Hépatite B à la naissance	2.7	2.6	2.6
Rougeole-Rubéole	3.2	2.6	2.9
Hexavalent	5.0	3.7	4.3
Meningite Multivalent	3.5	5.1	4.4
HPV	4.9	4.1	4.4
TCV	5.4	4.0	4.6
Cholera	6.1	6.1	6.1
Tuberculose	5.1	7.8	6.6

Sources: votes en ligne sur le questionnaire de hiérarchisation des vaccins



À l'issue de cet exercice de priorisation, le troisième jour de l'atelier est consacré au séquençement. Lors de cet exercice, des contributions supplémentaires sont attendues de la part des parties prenantes, notamment du programme national

<sup>3</sup> Bien que l'utilisation d'un outil digital soit fortement recommandée, cette étape peut également être réalisée avec des moyens plus classiques, comme des questionnaires papiers ou d'autres techniques analogues, afin de collecter et de discuter des préférences sur les paramètres du cadre méthodologique (vaccins, critères, horizon temporel)

de vaccination, afin d'examiner les considérations essentielles liées à l'introduction de chaque vaccin. Cela inclut les contraintes du programme de vaccination, les campagnes déjà prévues, la charge liée à l'introduction (besoins programmatiques supplémentaires pour intégrer tel ou tel vaccin) et d'autres incertitudes, comme la disponibilité estimée des vaccins.

Sur cette base, le GTCV est en mesure d'élaborer des scénarios de séquençement pour les vaccins prioritaires. Il est recommandé de développer deux ou trois scénarios, en précisant clairement les hypothèses sous-jacentes à chacun, afin d'offrir des alternatives en cas d'évolution du contexte, par exemple en raison de la disponibilité des vaccins ou des financements.

Figure 7 Exemples de scénarios de séquençement

<b>Scenario 1 - Principal</b>		<b>Scenario 2 - Alternatif</b>	
<b>Description :</b>		<b>Description :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Couverture de 80% au moins pour le VAR</li> <li>Prise en charge de l'Hep B par GAVI</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Couverture de 80% atteint seulement en 2027/2028</li> <li>Pas de prise en charge immédiate Hep B GAVI, mais prise en charge à partir de 2027</li> <li>Demande reçue par GAVI pour VTC en 2025</li> </ul>	
2025	Hep B à la naissance	2025	Vaccin antityphoïdique conjugué (2 ans)
2026	Rougeole Rubéole / Hexavalent	2026	/ Hexavalent
2027	Vaccin antityphoïdique conjugué (2 ans)	2027	Hep B / Rougeole Rubéole
2028		2028	
2029	Vaccin contre les VPH (2 ans)	2029	Vaccin contre les VPH (2 ans)
2030	Méningites	2030	Méningites
Après 2030	Choléra, Tuberculose	Après 2030	Choléra, Tuberculose

### Phase 3 : Recommandations

Documenter clairement les recommandations est essentiel pour faciliter leur présentation au ministère de la Santé en vue de leur approbation pour intégration dans le programme national de vaccination ainsi qu'au Comité de Coordination Inter-agences (CCIA). Ce processus peut varier en fonction de la structure du GTCV et de son secrétariat dans chaque pays, ainsi que du niveau d'engagement et d'acceptation du CCIA. Cependant, il devrait inclure au minimum : une documentation détaillée des recommandations et des justifications des décisions prises, une revue et validation des recommandations par les membres du GTCV, ainsi que la préparation d'un dossier formel de recommandations à soumettre et à présenter au programme national de vaccination et au ministère de la Santé.

### Phase 0 : Conception du processus et Préparation

La mise en œuvre du cadre de l'Outil de Priorisation et de Séquençement des INV (OPS-INV) doit être pilotée par le pays afin de garantir que le processus et les résultats répondent aux priorités et aux besoins nationaux.

Une préparation rigoureuse est essentielle pour maximiser les chances de succès, notamment en :

- Assurant l'alignement des principales parties prenantes sur les objectifs et le calendrier,
- Identifiant une équipe restreinte et en attribuant des rôles et responsabilités clairs,
- Développant un plan de travail réaliste pour le GTCV, intégrant les échéances spécifiques du pays.

#### *Assurer l'alignement avec les principaux décisionnaires*

Ce processus repose sur l'hypothèse que le Président du GTCV ou son secrétariat aura la charge de la mise en œuvre du processus de priorisation, y compris la conception et la préparation initiale. Cependant, ce leadership peut varier selon le

pays. Quel que soit le responsable, il est essentiel d'obtenir l'adhésion de tous les décideurs nationaux avant d'entamer la planification, afin d'assurer un alignement sur les objectifs et le calendrier. La réussite de la mise en œuvre dépendra du soutien des principales parties prenantes, de leur capacité à fournir des contributions essentielles et de leur engagement à traduire les résultats du processus en décisions. Ces parties prenantes clés incluent :

- Le Président du GTCV (si le processus n'a pas été directement initié par lui),
- Le Directeur du Programme de Vaccination,
- Le ministre de la Santé.

Une première prise de contact doit avoir lieu avec ces parties prenantes aussi tôt que possible, dont les points de discussion sont :

- La présentation du cadre et de la méthodologie de l'OPS-INV,
- La discussion des dates importantes ou des échéances des processus de planification en cours à intégrer dans le plan de travail,
- L'identification des plans existants pour l'introduction de nouveaux vaccins et/ou des engagements nationaux en matière d'éradication ou de contrôle des maladies,
- La revue des opportunités d'engagement tout au long du processus de priorisation et de séquençement, en mettant particulièrement en avant l'importance d'une participation continue du Directeur du Programme de Vaccination,
- L'identification des prochaines réunions où le processus et/ou les résultats de la priorisation des INV pourraient être présentés (ex. : prochaine réunion du CCIA).



L'identification précoce des opportunités de présentation des résultats du travail de priorisation permettra d'aligner l'élaboration du plan de travail sur ces échéances stratégiques

### *Identifier l'équipe restreinte et assigner les rôles et responsabilités*

L'équipe restreinte est chargée de superviser la mise en œuvre du cadre de l'OPS-INV et de garantir que le GTCV dispose des capacités et du soutien nécessaires pour mener à bien le processus de priorisation et de séquençement. Cette équipe doit inclure au minimum le Président du GTCV et son secrétariat, avec la possibilité d'impliquer d'autres personnes ou partenaires techniques en fonction des besoins.

Une fois l'équipe restreinte constituée, les rôles et responsabilités doivent être discutés et attribués. Il faut déterminer qui sera chargé de :

- Gérer les invitations et la mobilisation des participants,
- Organiser la logistique des ateliers,
- Animer les ateliers,
- Gérer les outils de collecte de retours et de vote,
- Superviser la collecte des évidences,
- Préparer les documents de soutien et les présentations,
- Élaborer les recommandations,
- Assurer le lien avec le ministère de la Santé et présenter les recommandations.

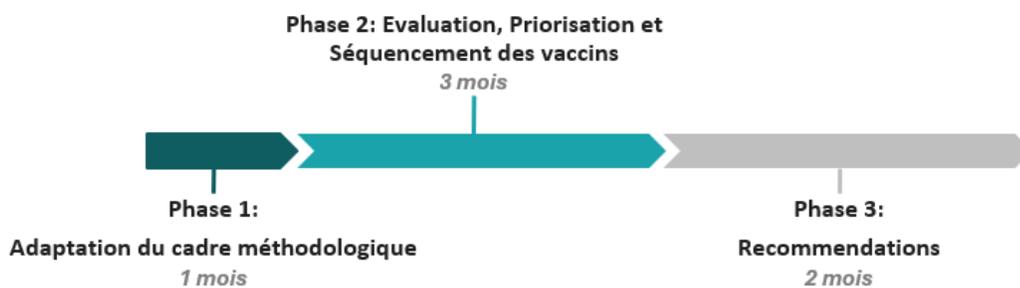
### *Développer le plan de travail et fixer les échéances*

L'équipe restreinte commence par élaborer un plan de travail pour la mise en œuvre du cadre de priorisation et de séquençement des INV (OPS-INV), incluant un calendrier, un budget et des responsables pour chaque activité. Un modèle de plan de travail est fourni ("**0.3 OPS-INV Phase 0 - Exemple de plan de travail**"), détaillant les tâches essentielles à la mise en œuvre du cadre.

Un modèle générique de Termes de Référence est également disponible ("**0.1 OPS-INV - Phase 0 - Termes de Référence des partenaires**"), pouvant être utilisé selon les besoins pour un soutien technique ou logistique. Ce modèle comprend une section dédiée au budget des ateliers ; d'autres éléments budgétaires peuvent être nécessaires en fonction des capacités internes du GTCV (ex. : per diem pour les experts externes), de la localisation des membres (ex. : vols ou indemnités de déplacement pour les ateliers) et d'autres facteurs.

Le calendrier doit inclure les dates et horaires de toutes les activités, notamment la session en ligne initiale, l'atelier 1, la collecte et la préparation des évidences, l'atelier 2, l'élaboration des recommandations. Un calendrier recommandé est présenté en Figure 8. Chaque pays doit aligner ces recommandations avec les facteurs externes, tels que les processus de planification de la SNV et du FPP, ainsi que toute réunion clé programmée où le processus et/ou les résultats de la priorisation et du séquençage des INV pourront être présentés, comme identifié lors de l'engagement initial avec les décideurs.

Figure 8 Calendrier de mise en œuvre d'OPS-INV recommandé, sur 6 mois



## Phase 1 : Adaptation du cadre méthodologique

La Phase 1 vise à aligner les parties prenantes, renforcer l'appropriation du processus de priorisation et de séquençage par le pays, adapter le cadre au contexte national et établir une feuille de route claire pour l'évaluation des vaccins candidats. Cette section fournit une description détaillée ainsi que des instructions pour chaque étape de la Phase 1 : Adaptation du cadre méthodologique.

### Engagement des parties prenantes

Une fois le processus planifié, les principaux décideurs alignés et le plan de travail finalisé, un groupe élargi est réuni afin de présenter l'initiative, expliquer la méthodologie et recueillir des retours initiaux en vue de l'atelier d'adaptation du cadre.

Organisée par le Président du GTCV, avec le soutien de l'équipe restreinte, cette présentation introductive peut être menée virtuellement avant l'atelier #1 d'adaptation du cadre. *Si une session en ligne n'est pas réalisable, les contributions des parties prenantes peuvent être recueillies pendant l'atelier #1, mais cela nécessitera d'y dédier du temps supplémentaire.*

La préparation de la session avec les parties prenantes inclus :

1. **L'identification et l'invitation des parties prenantes concernées** : Bien que les participants varient selon les pays, cette session doit inclure au minimum les membres du GTCV (membres principaux, *ex-officio*, de liaison), le secrétariat du GTCV, des représentants du Ministère de la Santé et du programme national de vaccination, des partenaires clés présents dans le pays, tels que l'OMS, Gavi et l'UNICEF.
2. **La préparation d'un aperçu de la méthodologie et du processus** : une présentation générique pour cette session est disponible ("**1.3 OPS-INV - Phase 1 - Présentation pour la session introductive en ligne**"), contenant un aperçu

du cadre de priorisation et de séquençement des INV ainsi que des instructions pour collecter les préférences du GTCV sur l'adaptation du cadre. Cette présentation doit être mise à jour avec des informations spécifiques au pays, notamment le plan de travail attendu et les dates des ateliers, des informations sur le processus SNV/FPP (si pertinent), des liens et instructions pour le questionnaire d'adaptation du cadre.

3. **La sélection et la préparation d'un outil pour collecter les préférences** : l'utilisation d'un questionnaire en ligne<sup>4</sup> permet aux membres votants du GTCV ainsi qu'aux autres participants de partager leurs préférences concernant les paramètres d'adaptation du cadre méthodologique. Ces paramètres couvrent la période et les vaccins à considérer, ainsi que les critères à utiliser pour l'évaluation. Un outil de sondage en ligne doit être sélectionné (SurveyMonkey, Microsoft Forms, Google Forms ou tout autre outil utilisé par les organisateurs). Le modèle de questionnaire est fourni dans la boîte à outils OPS-INV ("**1.2 OPS-INV - Phase 1 - Questionnaire pour Critères & Vaccins**").

Cette réunion virtuelle doit être animée par le Président du GTCV, avec un soutien technique si nécessaire. Les principaux points à l'ordre du jour sont :

- Présentation de la méthodologie et du plan de travail,
- Revue de la liste complète des critères,
- Explication du processus de collecte des retours pour les décisions clés :
  - Vaccins à considérer,
  - Horizon temporel / période de temps à prendre en compte,
  - Critères de comparaison des vaccins.

Immédiatement après la réunion, le lien vers le questionnaire en ligne est partagé avec toutes les parties prenantes concernées afin qu'elles puissent soumettre leurs contributions, en insistant sur l'importance de respecter la date limite de soumission afin d'alimenter l'atelier d'adaptation du cadre (Atelier #1).

#### *Atelier d'adaptation du cadre méthodologique (Atelier #1)*

Un atelier en présentiel de 1 à 2 jour(s), organisé à la fin de la Phase 1, réunit les membres du GTCV, ainsi que d'autres parties prenantes clés telles que le programme national de vaccination, l'OMS et l'UNICEF, afin d'adapter le cadre au contexte national et d'élaborer un plan complet de collecte des évidences. Le Président du GTCV peut décider – en fonction des procédures opérationnelles standard du GTCV – d'autoriser une participation virtuelle pour les personnes ne pouvant pas assister en présentiel en raison de contraintes budgétaires ou de disponibilité.

Animé par le Président du GTCV et soutenu par l'équipe restreinte, cet atelier a plusieurs objectifs :

- Définir la liste des vaccins à considérer pour l'exercice de priorisation,
- Définir l'horizon temporel à prendre en compte pour l'exercice de priorisation,
- Sélectionner les critères à utiliser pour comparer les vaccins,
- Déterminer un schéma de pondération des critères sélectionnés pour orienter la prise de décision.

Si l'étape « questionnaire » n'a pas été réalisée avant l'atelier, comme décrit précédemment, les participants doivent d'abord répondre à un sondage/questionnaire afin d'éclairer les décisions clés. Les résultats pourront être intégrés dans la présentation par un membre désigné pendant les premières discussions de l'ordre du jour.

La préparation de l'atelier d'adaptation du cadre inclut :

1. **L'identification et invitation des parties prenantes concernées** : bien que les participants varient selon les pays, cette session doit inclure, au minimum, les membres du GTCV (membres centraux et non centraux), le secrétariat

---

<sup>4</sup> Bien que l'utilisation d'un outil digital soit fortement recommandée, cette étape peut également être réalisée avec des moyens plus classiques, comme des questionnaires papiers ou d'autres techniques analogues, afin de collecter et de discuter des préférences sur les paramètres du cadre méthodologique (vaccins, critères, horizon temporel)

du GTCV, des représentants du Ministère de la Santé et du programme national de vaccination, des partenaires clés présents dans le pays, tels que l'OMS, l'UNICEF, le CDC, BMGF et Gavi, des experts d'autres domaines médicaux, non représentés au sein du GTCV mais pertinents pour cet exercice, peuvent également être invités à assister aux ateliers et à partager leur expertise.

2. **La gestion de la logistique** : un membre de l'équipe restreinte est chargé de la gestion logistique standard, notamment la réservation du lieu et l'organisation des services de restauration, la réservation des voyages et hébergements (si nécessaire et pris en charge), la gestion des équipements audiovisuels, l'achat des fournitures requises pour l'atelier.
3. **L'analyse et préparation des résultats du questionnaire** : une présentation générique est disponible pour cette session ("**1.4 OPS-INV - Phase 1 – Présentation pour l'Atelier 1**"), comprenant une revue complète de la liste des critères, des diapositives modèles permettant d'intégrer les préférences exprimées dans le questionnaire en ligne. Ces diapositives – notamment toutes celles avec un STOP rouge – doivent être mises à jour avec les résultats du questionnaire ainsi que, pour certaines diapositives, des informations spécifiques au pays (ex. : plan de travail prévu, dates des ateliers, processus SNV/FPP). Des instructions sont incluses dans les notes de présentation pour la mise à jour des graphiques et tableaux.
4. **Identification des techniques de prise de décision collective** : cet atelier implique plusieurs décisions critiques pour adapter le cadre de l'OPS-INV au contexte national. Il est donc essentiel d'avoir un processus clair et cohérent pour la prise de décision. Le Président du GTCV, en tant que facilitateur, doit identifier le mécanisme de prise de décision collective (ex. : vote à main levée, bulletins de vote, appel nominal) ainsi que les règles afférentes (ex. : vote à la majorité, consensus, procédure en cas d'égalité). Cette approche doit s'aligner sur les procédures opérationnelles standard du GTCV.
5. **Préparation du plan de travail pour la collecte des évidences** : après la sélection des vaccins et des critères pour la priorisation et le séquençement, le GTCV élabore un plan de collecte des évidences. Des outils dédiés sont disponibles dans ce toolkit, avec notamment une **matrice de planification, des exemples d'indicateurs pour les critères essentiels et significatifs, un modèle optionnel de collecte des évidences**. En amont de l'atelier, le membre de l'équipe restreinte responsable de la collecte des évidences doit prendre connaissance des outils et déterminer le processus à suivre, en s'appuyant sur les groupes de travail existants du GTCV (si pertinent). La planification de la collecte des évidences nécessite de :
  - a. Déterminer l'attribution des tâches : par vaccin (ex. : bénéfices et sécurité du vaccin), par critère (ex. : charge de morbidité, financement attendu), par groupe de critères (ex. : critères programmatiques) ou une approche mixte. Certaines données seront spécifiques au pays (ex. : perception du risque de la maladie par la population cible), tandis que d'autres seront globales (ex. : durée de protection du vaccin). Les évidences non spécifiques au pays pourront être collectées par un partenaire international, si disponible.
  - b. Déterminer le calendrier et le processus de soumission des évidences au responsable de la collecte des évidences. La collecte doit être finalisée avant le deuxième atelier, afin de laisser suffisamment de temps pour analyser et mettre en forme les données.
  - c. Développer un processus pour gérer les données inaccessibles : sollicitation d'experts ou partenaires techniques, ou retrait du critère si aucune donnée pertinente ne peut être obtenue.
  - d. Déterminer comment et quand partager les évidences collectées avec le GTCV : soit en amont du deuxième atelier, soit exclusivement lors des discussions en direct.



Une approche mixte pour l'organisation de la collecte des données et l'attribution des responsables est recommandée, en fonction des spécificités des données. Bien que cette méthode nécessite une planification plus détaillée, elle permet une collecte et une synthèse des évidences plus efficaces en termes de temps.

L'atelier débute par une revue du cadre de l'OPS-INV et de la méthodologie appliquée pour le processus de priorisation et de séquençement du pays. Ensuite, les participants sont guidés à travers une série de décisions visant à adapter le cadre au contexte national. L'ordre du jour de l'atelier est présenté en Figure 9, avec des détails complémentaires dans les sections suivantes.

Figure 9 Atelier d'adaptation du cadre méthodologique (Atelier #1) : exemple d'agenda

Temps	Activité	Responsable
Jour 1		
30 minutes	Introduction et objectifs	A définir
1 heure	Revue de l'approche, méthodologie et des critères	A définir
30 minutes	Horizon temporel	A définir
1 heure 30 min	Vaccins candidats	A définir
3 heures	Discussion sur les critères	A définir
Jour 2		
2 heures	Plan pour la collecte des évidences	A définir
30 minutes	Plan de travail et conclusion	A définir

## Atelier 1: Détails sur l'agenda et la facilitation

### 1. Introduction et Objectifs

Le Président du GTCV ouvre l'atelier en prononçant des remarques introductives, en présentant les participants si nécessaire et en partageant les informations administratives et logistiques pertinentes

Processus :

- Présenter l'objectif de l'exercice de priorisation et de séquençement, en expliquant son alignement avec le processus NIS/FPP du pays, si pertinent
- Introduire les participants si nécessaire
- Fournir les informations logistiques essentielles pour le bon déroulement de l'atelier

### 2. Approche, Méthodologie et Critères

L'atelier commence par une revue complète du cadre de priorisation et de séquençement des NVI, incluant la méthodologie, les attentes liées à l'adaptation du cadre au contexte national et une analyse approfondie des critères du cadre. Cette présentation peut être animée par le Président du GTCV, le secrétariat ou tout partenaire technique désigné.

Processus :

- Passer en revue le cadre méthodologique de l'outil d'aide à la priorisation et au séquençement
- Passer en revue la liste exhaustive des critères par catégorie, en couvrant les aspects de hiérarchisation des critères
- Discuter du processus pour adapter le cadre méthodologique au pays lors de cet atelier

### 3. Horizon temporel / période de temps

Le GTCV sélectionne la période à considérer pour cet exercice de priorisation, en veillant à ce que l'horizon temporel choisi soit réaliste et faisable pour l'introduction de 5 à 7 vaccins (dont certains seront dépriorisés), en tenant compte de l'état et des contraintes du programme élargi de vaccination (PEV) et du système de santé. Cette discussion et le processus de prise de décision doivent être dirigés par le Président du GTCV.

Processus :

- Présenter la question à trancher : la sélection de la période à considérer pour l'exercice de priorisation. Expliquer l'importance de choisir une période réaliste pour l'introduction de 5 à 7 vaccins, en fonction des contraintes du PEV
- Présenter les résultats du questionnaire en ligne et animer la discussion
- Finaliser la période retenue à l'aide d'un vote à main levée ou d'un autre mécanisme de prise de décision
- (Optionnel) La récurrence de l'exercice (par ex : chaque deux ans) peut également être discutée à ce moment

#### 4. Vaccins candidats

À partir de la liste initiale des vaccins candidats, le GTCV sélectionne 5 à 7 vaccins à prendre en compte pour l'exercice de priorisation et de séquençement. Cette liste restreinte permet au GTCV de se concentrer sur les vaccins les plus pertinents pour le pays à ce stade.

Pour poser les bases de cette discussion, en reconnaissant que certains vaccins à considérer sont nouveaux et peuvent être peu connus des membres du GTCV, le Président du GTCV ou un partenaire technique désigné commence par présenter des informations de base sur chaque vaccin candidat. Cela garantit que les membres du GTCV disposent de connaissances suffisantes sur la charge de morbidité et les caractéristiques des vaccins pour faire un choix éclairé.

Le Président présente ensuite les résultats du questionnaire en ligne et anime la discussion sur les vaccins candidats. Sur cette base, le GTCV discute et sélectionne les vaccins, en s'appuyant sur les contributions recueillies via le questionnaire pour approfondir les échanges et prendre une décision finale.

Processus :

- Présenter la liste des vaccins candidats à sélectionner pour l'exercice de priorisation
- Fournir des informations sur chaque vaccin et la charge de morbidité associée
- Présenter les résultats du questionnaire en ligne et animer la discussion
- Finaliser la sélection de 5 à 7 vaccins à inclure dans l'exercice de priorisation, à l'aide d'un vote à main levée ou d'un autre mécanisme de prise de décision
- Identifier si certains vaccins en développement suscitent un intérêt pour le GTCV en vue d'une considération future

#### 5. Sélection des critères et pondération

À partir de la liste initiale des 71 critères, le GTCV sélectionne jusqu'à 16 critères à utiliser pour l'exercice de priorisation et les classe en trois catégories : essentiels, significatifs et autres. Cette liste réduite permet au GTCV de se concentrer sur les critères les plus pertinents pour le pays et de simplifier le processus de collecte et d'évaluation des évidences.

En s'appuyant sur les résultats du questionnaire en ligne et en tenant compte des éléments de hiérarchisation des critères, le GTCV discute et sélectionne les critères essentiels, significatifs et autres.

Une fois ces critères sélectionnés, le GTCV attribue une pondération afin d'indiquer leur importance relative pour l'exercice de priorisation. Pour simplifier ce processus, le cadre de l'OPS-INV applique des pondérations par groupe de critères plutôt qu'individuellement : la pondération par défaut est 3.0 (essentiels) – 2.0 (significatifs) – 1.0 (autres). Toutefois, tout système de pondération peut être utilisé, tant que des valeurs plus élevées indiquent une plus grande importance. Le GTCV discute des modèles de pondération possibles et sélectionne la pondération finale via un mécanisme de prise de décision approuvé.



Un équilibre entre critères essentiels, significatifs et autres permettra au schéma de pondération d'orienter efficacement les discussions de priorisation. Il est recommandé de ne pas dépasser 8 essentiels, 5 significatifs et 3 autres critères

Ces discussions et décisions sont dirigées par le Président du GTCV, bien que des partenaires désignés puissent apporter un soutien en présentant les résultats du questionnaire et en facilitant l'examen des critères.

Processus :

- Présenter le processus de sélection des critères pour l'exercice de priorisation. Rappeler la différence entre critères essentiels, significatifs et autres. Rappeler les éléments de hiérarchisation des critères : importance relative du critère, disponibilité attendue des données, capacité à différencier facilement les vaccins, applicabilité au contexte du pays.
- **Sélection des critères essentiels :**
  - Présenter les résultats du questionnaire en ligne et animer la discussion
  - Sélectionner jusqu'à 8 critères essentiels à l'aide d'un vote à main levée ou d'un autre mécanisme de prise de décision
- **Sélection des critères significatifs :**
  - Présenter les résultats du questionnaire en ligne et animer la discussion
  - Rappeler que cette sélection doit inclure les critères essentiels pré-classifiés non retenus et les critères pré-classifiés comme significatifs
  - Sélectionner jusqu'à 5 critères significatifs à l'aide d'un vote à main levée ou d'un autre mécanisme de prise de décision
- **Sélection des autres critères :**
  - Présenter les résultats du questionnaire en ligne et animer la discussion
  - Sélectionner jusqu'à 5 autres critères à l'aide d'un vote à main levée ou d'un autre mécanisme de prise de décision
  - Revoir et finaliser la liste des critères sélectionnés
  - Présenter les modèles de pondération possibles et faciliter la discussion sur les préférences
  - Sélectionner / élaborer un schéma de pondération à l'aide d'un vote à main levée ou d'un autre mécanisme de prise de décision

## 6. Plan pour la collecte des évidences

Après la sélection des vaccins candidats et des critères à prendre en compte pour l'exercice de priorisation et de séquençement, le GTCV élabore un plan de collecte des évidences afin de s'assurer de couvrir toutes les données nécessaires. Le Responsable de la collecte des évidences, en collaboration avec le Président du GTCV, dirige cette discussion et la planification du processus, en expliquant en détail les étapes à suivre. Une matrice de planification de la collecte des évidences est présentée aux membres du GTCV, accompagnée d'une discussion approfondie sur les indicateurs associés à chaque critère et sur les données existantes et/ou les ressources disponibles pour y accéder. Sur la base de l'approche définie pour organiser la collecte des évidences, le Président du GTCV attribue les responsabilités en matière de collecte, en désignant un responsable par groupe de données afin d'assurer un suivi efficace, avec le soutien de partenaires si possible. Une fois les responsabilités attribuées, le Responsable de la collecte des évidences fournit des instructions précises aux personnes concernées, y compris le calendrier, le processus de soumission des évidences collectées, et la procédure à suivre en cas d'impossibilité d'accès à certaines données.

Processus :

- Présenter le processus de collecte des évidences, en détaillant le calendrier, les rôles et responsabilités, ainsi que la manière dont les données seront analysées et présentées
- Examiner la matrice de collecte des évidences : discuter des indicateurs pertinents pour chaque critère, identifier les données disponibles et/ou les ressources pour y accéder. *Cette étape peut être approfondie après l'atelier par chaque groupe de travail*
- Attribuer les responsabilités pour la collecte des évidences – les responsables peuvent inclure les membres du GTCV, le secrétariat du GTCV et/ou d'autres parties prenantes (membres ex-officio et de liaison du GTCV)

- Définir les étapes spécifiques à suivre par les responsables désignés : rappel du calendrier et des échéances à respecter, instructions sur la personne ou l'entité à qui soumettre les évidences pour coordination et consolidation, procédure à suivre en cas de difficultés d'accès aux données assignées

## 7. Plan de travail et Conclusion

Le Président du GTCV clôture l'atelier en passant en revue le plan de travail, les prochaines étapes et les dates clés.

Processus :

- Revoir le plan de travail du cadre OPS-INV, en insistant sur le calendrier de collecte des évidences et la date du prochain atelier
- Identifier les réunions clés à venir où le processus et/ou les résultats de la priorisation et du séquençement pourront être présentés
- Répondre aux questions ou commentaires généraux des participants
- Remercier les participants et clore l'atelier

## Phase 2 : Evaluation, Priorisation et Séquençement des vaccins

La Phase 2 marque le passage de la planification à l'exécution du cadre de priorisation et de séquençement des NVI, à travers un processus structuré de collecte des évidences, d'évaluation et de prise de décision guidée. Cette section fournit une description détaillée et des instructions pour chaque étape de la Phase 2 : Évaluation, priorisation et séquençement.

### Collecte des évidences

La collecte complète et rigoureuse des données est essentielle pour garantir une prise de décision basée sur des évidences solides. La collecte et la synthèse des données pertinentes constituent donc la base du processus de priorisation et de séquençement. Un guide de collecte et de synthèse des évidences est fourni dans ce toolkit ("**2.2 OPS-INV - Phase 2 - Guide pour la collecte et synthèse des évidences**").

Une fois la matrice de planification de la collecte des évidences développée, les responsables désignés procèdent à la collecte des données selon les consignes établies. Ce processus comprend :

- L'identification des évidences pertinentes
- L'évaluation de la qualité des évidences
- La préparation d'une synthèse des évidences en vue d'un examen approfondi, d'une discussion et de la prise de décision

Le Responsable de la collecte des évidences supervise le processus, notamment :

- S'assurer de la réalisation des tâches dans les délais impartis, en envoyant des rappels réguliers et en apportant un soutien à la collecte si nécessaire
- Déterminer la marche à suivre lorsque/si certaines évidences ne sont pas disponibles pour certains indicateurs, en consultant le Président du GTCV. Si le temps et les ressources le permettent, de nouvelles études ou revues de littérature peuvent être réalisées ; sinon, ces lacunes doivent être signalées pour être prises en compte et comblées dans le futur (cela peut faire l'objet de recommandations annexes au processus)
- Vérifier la qualité des évidences obtenues et préparer une synthèse des évidences (détails ci-dessous).



L'utilisation d'un modèle standard de pour la collecte des données permet une évaluation rapide et directe de la qualité des données ainsi que la comparaison entre les sources de données afin d'optimiser le processus de synthèse. Un modèle optionnel est inclus dans la matrice de collecte des évidences

## Identification des évidences pertinentes

Les évidences doivent être collectées pour tous les indicateurs identifiés dans la matrice de planification de la collecte des évidences ("**1.5 OPS-INV - Phase 1 - Matrice de planification et collecte des données**"), en s'appuyant sur les ressources initialement identifiées ainsi que toute autre source disponible.

Les sources varient en fonction des critères sélectionnés, les indicateurs définis et le vaccin concerné. Cependant, les sources suivantes peuvent être prises en compte :

- Publications scientifiques et littérature grise (publiées et non publiées),
- Données statistiques ou registres de surveillance,
- Documents, publications et recommandations de l'OMS ou du SAGE de l'OMS,
- Documents publiés par d'autres GTCV ou Groupes Régionaux de Conseil Technique sur la Vaccination (RITAGs).

Le [Global NITAG Network Resource Center](#) et le [registre SYSVAC](#) peuvent être utilisés pour accéder aux recommandations publiées par différents GTCV et par le SAGE de l'OMS, ainsi qu'aux revues systématiques existantes.

Les évidences collectées peuvent être saisies dans le format prescrit, en précisant la date, l'équipe de recherche, le type et conception de l'étude, la population et/ou contexte du pays, principaux résultats. Une version plus courte est également disponible dans le document **1.5 OPS-INV - Phase 1 - Matrice de planification et collecte des données**.

Outil d'aide à la Priorisation et au Séquençement des Introductions de Nouveaux Vaccins : Modèle de collecte des évidences						
Ce modèle optionnel est fourni pour rationaliser la collecte des évidences et synthétiser les informations clés dans un format commun, permettant d'évaluer la qualité des évidences et de comparer plusieurs sources.						
Critère:						
Indicateur:						
Vaccin:						
Assigné à:						
Sources de données						
Référence						
Date						
Equipe de recherche						
Financier						
Type d'étude						
Conception et méthodologie de l'étude						
Population / contexte pays						
Principaux résultats / conclusions						
Fiabilité de l'étude (complétude, biais, transférabilité)						
Résumé des évidences:						
Notes						

Un modèle simplifié de collecte des données est également disponible dans le toolkit.

## Evaluation de la qualité des évidences

Une fois les évidences identifiées, leur qualité et fiabilité doivent être évaluées par les personnes en charge de la collecte des données<sup>5</sup>. Plusieurs méthodes et outils sont disponibles pour évaluer la qualité des évidences et identifier leurs limites. Le guide de l'OMS [WHO "Guidance for the development of evidence-based vaccination-related recommendations"](#) propose plusieurs outils pour évaluer la qualité des évidences, notamment l'approche GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) et un modèle standardisé pour appliquer cette méthodologie. L'évaluation de la qualité des évidences réalisée dans le cadre du processus de priorisation ne remplace

<sup>5</sup> L'évaluation de la qualité des données réalisée lors de cet exercice de priorisation est optionnelle compte tenu des contraintes de temps et du périmètre élargi de la comparaison (plusieurs vaccins, plusieurs critères)

pas l'évaluation complète effectuée par les GTCV lorsqu'ils élaborent des recommandations vaccinales. Les éléments suivants peuvent être pris en compte pour évaluer la qualité, l'exactitude et la fiabilité des évidences :

- Biais de l'étude ou des données : L'étude présente-t-elle des limites méthodologiques susceptibles d'influencer les résultats ? Ces biais sont-ils clairement décrits et des mesures d'atténuation sont-elles expliquées ? La qualité des données est-elle facilement discernable ?
- Conflits d'intérêts : Les auteurs, éditeurs ou financeurs ont-ils des intérêts personnels ou institutionnels ? Ces conflits d'intérêts sont-ils clairement reconnus et documentés ? Ces conflits doivent être pris en compte et discutés, sans pour autant mener automatiquement à une dégradation de la qualité de l'étude.
- Exhaustivité des données : L'étude repose-t-elle sur un ensemble de données complet ou présente-t-elle des lacunes structurelles (ex. : accès limité aux soins, déclaration incomplète) ? Les études rapportent-elles des résultats homogènes et comparables entre les vaccins ? Existe-t-il des préoccupations quant à la qualité des données sous-jacentes ?
- Transférabilité des évidences : Les résultats sont-ils applicables à la population cible et au contexte du pays ? Le contexte de l'étude est-il comparable au pays où l'introduction est envisagée, ou des informations suffisantes sont-elles disponibles pour permettre une transférabilité ?

L'évaluation de la qualité et de la fiabilité des évidences doit être documentée dans le modèle de collecte des données. Une fois toutes les évidences collectées et évaluées, un résumé des évidences doit être élaboré pour mettre en avant les évidences les plus fiables et pertinentes, les limitations identifiées et les éventuelles lacunes dans les données disponibles (ex. : vaccins en phase d'essai clinique).

### **Préparation de la synthèse des évidences**

Au fur et à mesure de la collecte et de l'évaluation des évidences, les données sont transmises au Responsable de la collecte des évidences pour vérification, validation et synthèse en vue de leur utilisation lors de l'Atelier 2 de Priorisation et Séquencement. Le Responsable de la collecte des évidences doit examiner chaque résumé d'évidences soumis et valider l'évaluation basée sur les données collectées. En cas de questions ou désaccords, il doit échanger avec les responsables de la collecte pour parvenir à un consensus et documenter tout point nécessitant une discussion approfondie. Une fois validées, les évidences doivent être consolidées dans un seul document de synthèse (visuel), afin de faciliter la comparaison entre les vaccins et d'identifier d'éventuelles lacunes. Si des lacunes importantes sont identifiées, le Responsable de la collecte doit consulter le Président du GTCV et, si nécessaire, désigner une autre personne-ressource afin de les combler. Si certaines évidences sont inaccessibles en raison de vaccins encore en essais cliniques ou non encore introduits (par exemple, pour des vaccins susceptibles d'être mis sur le marché pendant la période considérée mais toujours soumis à des essais cliniques et des revues pour autorisation), il est important d'indiquer toute information disponible sur le calendrier attendu de mise à disposition des données. Ces informations peuvent être collectées après consultations des personnes indiquées, via des bases de données d'essais cliniques (par exemple « ClinicalTrials.gov ») ou grâce à aux ressources de suivi des vaccins en cours de développement gérées par les partenaires.

La synthèse des évidences doit être partagée avec tous les membres du GTCV au moins 48 heures avant l'Atelier 2, bien que son examen approfondi et sa discussion aient lieu pendant l'atelier.

### ***Atelier de Priorisation et Séquencement (Atelier 2)***

Un atelier de trois jours en présentiel offre l'opportunité à tous les membres du GTCV et aux principales parties prenantes d'évaluer les évidences générées, de prioriser et séquencer les nouveaux vaccins sélectionnés.

Comme pour le premier atelier, le Président du GTCV peut décider – en fonction des procédures opérationnelles standards du GTCV – d'autoriser une participation virtuelle pour les membres ne pouvant être présents en raison de contraintes budgétaires ou de temps. **Toutefois, il est fortement recommandé que tous les membres du GTCV participent en présentiel, compte tenu du volume d'informations à traiter et pour faciliter l'exercice de priorisation.**

Animé par le Président du GTCV et appuyé par l'équipe restreinte, cet atelier vise à

:

- Revoir et discuter les évidences générées pour tous les critères et vaccins
- Mener l'exercice de priorisation à l'aide d'un processus structuré de classement
- Développer des recommandations de séquençement des introductions vaccinales

La préparation et la planification de l'Atelier de Priorisation et de Séquençement inclut:

**1. L'identification et invitation des parties prenantes concernées :**

Bien que les participants varient selon les pays, l'atelier doit inclure, au minimum, les membres du GTCV (membres principaux et non principaux), le secrétariat du GTCV, des représentants du Ministère de la Santé et du PEV, les partenaires clés présents dans le pays (OMS, Gavi, UNICEF)

**2. Gestion de la logistique :** un membre de l'équipe restreinte est chargé de l'organisation logistique, y compris la réservation du lieu et du service de restauration, l'organisation des déplacements et hébergements si nécessaire, la gestion du matériel audiovisuel (A/V) et l'achat des fournitures requises

**3. Sélection et préparation des outils de l'atelier<sup>6</sup> :** la méthodologie OPS-INV repose sur le classement des vaccins selon chaque critère, l'application de pondérations en fonction du niveau de classification des critères et le calcul d'un classement pondéré des vaccins. Un outil numérique ou analogique doit être sélectionné pour permettre aux membres de classer les vaccins en fonction de chaque critère. Un outil de sondage spécifique doit être préparé permettant le classement des vaccins pour chaque critère (incluant donc la liste des vaccins candidats à classer selon chaque critère d'importance ou de faisabilité).

**4. Définition des méthodes de prise de décision en groupe :** l'objectif principal de cet atelier est de formuler des recommandations sur la priorisation et le séquençement des nouveaux vaccins à introduire. Bien que le processus repose sur un classement des vaccins, une méthode claire de prise de décision doit être définie pour finaliser le choix. Le Président du GTCV, en tant que facilitateur, doit déterminer le mécanisme de décision à utiliser (vote à main levée, bulletins de vote, appel nominal, etc.), et les règles de prise de décision (vote majoritaire, consensus, gestion des égalités), en cohérence avec les procédures standards du GTCV.



La contribution du programme de vaccination est très importante pour cet atelier, notamment pour s'assurer que le classement des vaccins et les scénarios développés reflètent la réalité et la charge attendue liée à chaque introduction.



De nombreux outils en ligne sont disponibles pour le classement des vaccins : <https://polleverywhere.com>, par exemple, est un outil gratuit qui peut être configuré dans ce but. Les critères à considérer dans le choix de l'outil sont

- La possibilité de définir autant de questions que de critères retenus par le GTCV,
- La possibilité d'activer ou désactiver des questions en temps réel (pendant l'atelier)
- La possibilité de tracer le vote de chaque participant
- Le calcul du classement moyen (pour chaque critère) ou la possibilité d'exporter les résultats en .csv

<sup>6</sup> Bien que l'utilisation d'un outil en ligne soit fortement recommandée, cette étape peut également être réalisée avec des moyens plus classiques, comme des questionnaires papiers ou d'autres techniques analogues, par exemple en utilisant des tableaux ou des feuilles de calcul pour classer / noter les vaccins et calculer les classements / notes globales

## Comparaison des vaccins - Options

Bien que nous recommandions l'utilisation d'un classement pour faciliter la comparaison des vaccins – puisque l'outil est conçu autour de mécanismes de classement – le GTCV peut opter pour une autre méthode de comparaison, telle que l'évaluation par échelles ou allocation de points. Les différentes options pour ces approches sont présentées dans le tableau ci-dessous. Les décisions concernant le processus de comparaison des vaccins doivent être finalisées avant la fin du premier atelier, notamment afin d'établir les règles d'échelle ou les modalités de conversion des évidences en scores en pourcentage avant la collecte des données, garantissant ainsi l'impartialité du processus.

### Options pour la comparaison de vaccins

#### Option 1: Classement

- Les participants doivent classer les vaccins pour chaque critère du premier au dernier
- Le score moyen pour chaque critère est la moyenne des classements de tous les participants pour chaque vaccin (1 étant le classement le plus haut)

#### Option 2: Echelles (e.g. Likert)

- Les participants doivent choisir le degré d'accord avec un affirmation (par exemple « Les ressources humaines sont-elles suffisantes pour l'introduction du vaccin X ? »)
- Chaque réponse potentielle (ex: « Complètement d'accord ») reçoit une valeur (e.g. de 1 à 5)
- Le score moyen pour chaque critère est la moyenne des réponses enregistrées

#### Option 3: Allocation de points

- Les participants doivent distribuer un nombre limité de points entre les vaccins candidats, qui doivent représenter à quel point chaque vaccin répond à une affirmation donnée (par exemple : "Quel vaccin a le plus haut niveau attendu d'acceptabilité dans la population ? »)
- Le score est la moyenne du nombre de points reçus pour chaque vaccin

#### Option 4: Score (% du maximum)

- Des valeurs en pourcentage sont attribuées à vaccin sur la base des évidences de chaque critère (% du maximum pour les critères quantitatifs et % sur la base d'avis d'expert pour les critères qualitatifs)
- Le score moyen par critère est la moyenne des pourcentages

Précision / Complexité

5. **Préparation des supports de présentation et de la synthèse des évidences** : une présentation modèle est fournie pour cet atelier ("**2.3 OPS-INV - Phase 2 - Présentation pour l'Atelier #2**"). Elle contient une revue du cadre de priorisation et de séquençement OPS-INV, un aperçu de la synthèse des évidences et du processus de classement vaccinal, des diapositives modèles pour présenter les évidences collectées et discuter des résultats, des diapositives pour afficher les résultats des classements. En amont de l'atelier, l'équipe restreinte doit :
- a. Mettre à jour les diapositives sur le processus de classement vaccinal, en intégrant les outils de vote et autres éléments procéduraux,
  - b. Développer des diapositives pour présenter la synthèse des évidences, permettant une comparaison entre les vaccins pour chaque critère, avec des QR codes ou des liens vers l'outil de classement,
  - c. Préparer des diapositives modèles pour afficher les résultats des classements et informer la prise de décision (ces diapositives seront complétées en direct pendant l'atelier avec les résultats des votes),
  - d. Mettre à jour les diapositives finales sur les prochaines étapes, incluant le processus de rédaction et de finalisation des recommandations, ainsi que les dates prévues pour leur présentation aux autorités nationales.

L'atelier débute par une revue du cadre OPS-INV et de la méthodologie appliquée au processus de priorisation et de séquençement du pays. Au cours des deux premiers jours, les participants examinent chaque critère et les évidences collectées, en utilisant un vote en direct pour classer les vaccins. Le premier jour est consacré aux critères liés à l'importance et le deuxième jour aux critères liés à la faisabilité. À l'issue de ce processus approfondi, le troisième jour est dédié à l'analyse des résultats du classement, à la prise de décisions finales sur les vaccins prioritaires et à l'élaboration des recommandations de séquençement.

## Classement des vaccins – Processus et Calculs

Le processus de classement utilisé lors de cet atelier – qui consiste d’abord à classer les vaccins candidats selon chaque critère individuel, puis à établir des classements agrégés pour les critères d’importance et de faisabilité – constitue une base essentielle pour la priorisation des INV. Bien que les décisions finales de priorisation des vaccins soient prises après discussion et délibération collective, l’agrégation des classements pour les critères d’importance et de faisabilité permet aux participants de comparer facilement les résultats des évidences générées et d’éclairer leur prise de décision finale. Un modèle facilitant ces calculs est fourni dans la boîte à outils ("**2.1 OPS-INV - Phase 2 - Modèle de calcul du classement des vaccins**"). Comme décrit dans l’agenda et le processus de facilitation de l’Atelier 2, les étapes sont les suivantes :

- 1. Classement des vaccins pour chaque critère** : après la présentation des évidences pour un critère donné, les membres du GTCV participent à un vote en direct pour classer les vaccins en fonction de ce critère. Le jour 1 se concentre sur le classement des vaccins selon les critères d’importance, en identifiant les vaccins les plus importants pour chaque critère. Le jour 2 se concentre sur le focus est sur le classement des vaccins selon les critères de faisabilité, en identifiant ceux qui seront les plus faciles à introduire.
- 2. Calcul des classements moyens des vaccins pour chaque critère** : le classement moyen des vaccins pour chaque critère est obtenu en suivant plusieurs étapes : 1. déterminer le nombre de fois où chaque vaccin a été classé à chaque position, 2. multiplier ce nombre d’occurrences par la valeur de la position du classement, 3. additionner ces scores pour chaque vaccin, 4. diviser *cette somme par le nombre de participants pour obtenir le classement moyen*.

*Exemple : Les participants soumettent leur classement des vaccins (Figure 10). Le nombre de fois où chaque vaccin a été classé à une position donnée est noté en Figure 11.*

*La somme des classement est calculée en multipliant la fréquence de vote pour chaque rang par le nombre correspondant au classement (par exemple : RR a été classé #1 par 2 participants et #2 par 2 participants, donc la somme pour RR est  $(2 \times 1) + (2 \times 2) = 6$ .*

*La somme de ces scores pour chaque vaccin est ensuite divisée par le nombre de participants pour calculer un classement moyen (par exemple, comme il y avait 4 participants dans cet exemple, le classement moyen pour RR est de  $6/4 = 1,5$ .*

Figure 10 Exemple de votes de classement pour un critère

	Résultat des classement des vaccins			
	1	2	3	4
Participant 1	RR	Hexavalent	TCV	HPV
Participant 2	RR	Hexavalent	HPV	TCV
Participant 3	Hexavalent	RR	TCV	HPV
Participant 4	TCV	RR	Hexavalent	HPV

Figure 11 Exemple de calcul pour du classement moyen pour un critère

	Nombre de votes par vaccin pour chaque position				Somme des classements	Classement moyen
	1	2	3	4		
RR	2	2	0	0	6	1,5
Hexavalent	1	2	1	0	8	2
TCV	1	0	2	1	11	2,75
HPV	0	0	1	3	15	3,75

- 3. Calcul de la moyenne pondérée des classements pour chaque vaccin** : une fois que les classement moyens par critère ont été calculé, les moyennes pondérées d’importance et de faisabilité sont calculées pour chaque vaccin en utilisant les pondérations assignées à chaque critère lors de l’atelier 1 : il faut simplement multiplié le classement moyen par le poids, additionner pour tous les critères et diviser par la somme des pondérations.

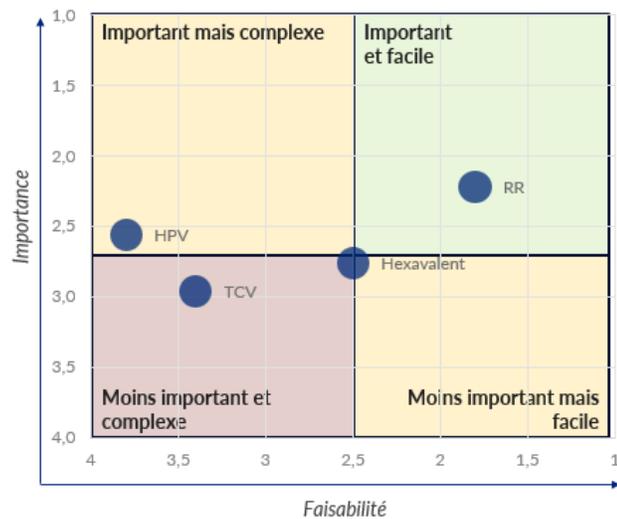
Exemple: Le classement moyen pour 3 critères d'importance (incidence, mortalité and et potentiel épidémique), ainsi que les pondérations associées sont inclus dans la Figure 12. La moyenne pondérée pour RR est calculée comme suit :  $[(2,1 \times 2,0) + (2,7 \times 2,0) + (1,5 \times 1,0)] / 5 = 2,2$

Figure 12 Exemple de moyennes pondérées pour les critères d'importance

	Moyenne pondérée	Moyenne	Incidence	Mortalité	Potentiel épidémique
			Pondération : 2	Pondération : 2	Pondération : 1
RR	2,2	2,1	2,1	2,7	1,5
Hexavalent	2,8	2,6	2,7	3,2	2,0
TCV	3,0	2,9	3,4	2,6	2,8
HPV	2,6	2,8	1,7	2,8	3,8

- Les classements moyens pondérés pour l'importance et la faisabilité sont combinés en un classement global pondéré et représentés sur un graphique à quatre quadrants, permettant une visualisation simple du niveau pondéré d'importance et de faisabilité de chaque vaccin.

Vaccin	Classement importance	Classement faisabilité	Classement combiné
RR	2,2	1,8	2,0
Hexavalent	2,8	2,5	2,6
TCV	3,0	3,4	3,2
HPV	2,6	3,8	3,2



L'agenda de l'atelier est présenté en Figure 13

Figure 13 Atelier de Priorisation et Séquencement (Atelier 2) : Exemple d'agenda

Temps	Activité
<b>Jour 1</b>	
30 minutes	Accueil et introductions
30 minutes	Revue des critères et vaccins sélectionnés
4 heures	Présentation des évidences et classement des vaccins pour chaque critère d'importance
30 minutes	Présentation des résultats
<b>Jour 2</b>	
30 minutes	Accueil
30 minutes	Revue des résultats du jour 1
4 heures	Présentation des évidences et classement des vaccins pour chaque critère de faisabilité
30 minutes	Présentation des résultats
1 heure	Priorisation des vaccins (listes de priorité haute, moyenne, basse)
<b>Jour 3</b>	
30 minutes	Accueil
30 minutes	Revue des listes de priorité
1 heure	Discussion sur les points d'incertitude à intégrer dans les scénarios
2 heures	Propositions et validation des scénarios
30 minutes	Plan pour la rédaction des recommandations
30 minutes	Plan pour la revue future des scénarios
30 minutes	Prochaines étapes

## Atelier 2: Détail sur l'agenda et la facilitation

### 1. Introductions et Objectifs

Le Président du GTCV ouvre l'atelier, prononce les remarques d'ouverture, présente les participants si nécessaire et partage les informations administratives et logistiques.

Processus :

- Rappel de l'objectif de l'exercice de priorisation et de séquencement, y compris son alignement avec la SNV / le FPP du pays, si pertinent
- Présentation des participants si nécessaire
- Communication des informations logistiques requises pour l'atelier

### 2. Approche

L'atelier débute par une brève présentation du cadre OPS-INV et de l'état d'avancement du plan de travail, dirigée par le Président du GTCV, le secrétariat ou un partenaire technique désigné. Cette présentation détaille l'approche de l'évaluation des évidences et le processus de classement des vaccins selon chaque critère, y compris la logistique liée au vote (électronique).

Processus :

- Présentation du cadre OPS-INV et de sa méthodologie
- Rappel des décisions prises précédemment : période de priorisation retenue, vaccins sélectionnés, critères choisis et pondération appliquée
- Explication du processus de revue des évidences pour chaque critère et de l'utilisation du classement des vaccins pour guider la priorisation
- Instructions sur l'utilisation de l'outil de vote pour le classement des vaccins

Utiliser un sondage test est utile pour permettre aux participants de s'exercer à utiliser l'outil de classement. Celui-ci peut être en lien avec le sujet ou une question ludique pour briser la glace.



### 3. Critères d'importance

La première journée de l'atelier est consacrée aux critères d'importance. Animée par le Responsable de la collecte des évidences, avec l'apport de chaque personne assignée à la collecte des données, l'évaluation se fait critère par critère. Chaque responsable présente les évidences disponibles et discute de leur qualité en identifiant clairement les préoccupations liées aux biais potentiels, à l'exhaustivité et à la transférabilité, afin de permettre une comparaison approfondie des vaccins.

Processus :

- Pour chaque critère :
  - o Présentation du résumé des évidences
  - o Discussion des évidences et comparaison entre les vaccins
  - o Vote en direct pour classer les vaccins
  - o Présentation des résultats du classement moyen (si l'outil sélectionné permet un affichage en temps réel, sinon, les résultats seront calculés et présentés lors des discussions de priorisation)
- Répétition de ces étapes pour chaque critère d'importance

### 4. Critères de Faisabilité

La deuxième journée de l'atelier est consacrée aux critères de faisabilité. Le processus est identique à celui utilisé pour les critères d'importance. Le Responsable de la collecte des évidences dirige les discussions sur la faisabilité avec l'appui des personnes assignées à la collecte des données. Chaque responsable présente les évidences disponibles et discute de leur qualité en identifiant clairement les préoccupations liées aux biais potentiels, à l'exhaustivité et à la transférabilité, permettant une comparaison approfondie des vaccins.

Processus :

- Pour chaque critère :
  - o Présentation du résumé des évidences
  - o Discussion des évidences et comparaison entre les vaccins
  - o Vote en direct pour classer les vaccins
  - o Présentation des résultats du classement moyen (si l'outil sélectionné permet un affichage en temps réel, sinon, les résultats seront calculés et présentés lors des discussions de priorisation)
- Répétition de ces étapes pour chaque critère d'importance

### 5. Synthèse des classements et priorisation

La troisième journée de l'atelier débute par une revue des classements des vaccins. Facilitée par le Président du GTCV ou un partenaire technique désigné, elle commence par une présentation séparée des classements des classements combinés pour l'importance et la faisabilité, avant leur combinaison en un classement global pondéré.

Le classement moyen des vaccins pour chaque critère est converti en un classement général (ex. : le vaccin avec le score moyen le plus bas est classé #1, le second est classé #2, etc.). Ces classements sont présentés dans un tableau unique

pour faciliter la comparaison. Une moyenne pondérée est ensuite calculée en appliquant les pondérations définies lors du premier atelier, et un classement pondéré final est établi.

Ce même processus est appliqué aux critères de faisabilité, permettant d'obtenir un classement pondéré de faisabilité qui est ensuite présenté et discuté. Les classements moyens pondérés d'importance et de faisabilité sont ensuite combinés en un classement global. En complément, ces classements sont représentés dans un graphique à quatre quadrants, offrant une visualisation simple de l'importance et de la faisabilité pondérées de chaque vaccin.

Sous la direction du Président du GTCV, les résultats sont examinés et discutés afin de prioriser les vaccins selon le mécanisme de prise de décision validé, en identifiant les vaccins à priorité haute, moyenne et basse.

Processus :

- Revue des classements des vaccins selon les critères d'importance et discussion
- Revue des classements des vaccins selon les critères de faisabilité et discussion
- Revue des classements pondérés combinés (importance et faisabilité) et discussion
- Sélection des vaccins à haute et moyenne priorité par vote à main levée ou autre mécanisme de décision



Il est essentiel de documenter en détail ces discussions et les justifications de la priorisation des vaccins afin d'élaborer des recommandations claires et complètes pour examen par les autorités nationales.

## 6. Séquencement

Le séquencement des vaccins à haute et moyenne priorité est également finalisé lors du troisième jour de l'atelier. La participation du PEV est essentielle afin d'évaluer et d'intégrer la charge d'introduction et les contraintes éventuelles du programme ou du ministère. Il est important de prendre en compte : les efforts nécessaires à la préparation de l'introduction de chaque vaccin et le temps requis, le nombre maximal de nouveaux vaccins pouvant être introduits par an, ainsi que les campagnes déjà planifiées.

Les membres du GTCV doivent aussi tenir compte des incertitudes liées à chaque vaccin, telles que les recommandations attendues du SAGE ou la disponibilité des doses, afin d'identifier la première année possible d'introduction pour chaque vaccin priorisé.

Le Président du GTCV dirige ces discussions pour aboutir à deux scénarios de séquencement prenant en compte les priorités établies et la charge d'introduction. Les hypothèses sous-jacentes à chaque scénario doivent être clairement documentées afin que les décideurs puissent comprendre les implications et les ajustements possibles en cas de changement de contexte (ex. : retard dans la disponibilité des doses).

Figure 14 Exemples de scénarios de séquençement

<b>Scenario 1 - Principal</b>	
<b>Description :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condition remplie sur la campagne rougeole (80%)</li> <li>• Quantité disponible d'hexavalent en 2027</li> <li>• Quantité disponible d'HPV en 2028</li> </ul>	
2025	Rougeole-Rubéole
2026	
2027	Hexavalent
2028	
2029	HPV
2030	
Après 2030	TCV

<b>Scenario 2 - Alternatif</b>	
<b>Description :</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condition non remplie sur la campagne rougeole (80%)</li> <li>• Pas de disponibilité du Méningite Pentavalent</li> <li>• Quantité suffisante d'Hexavalent en 2026</li> <li>• Quantité suffisante d'HPV en 2028</li> </ul>	
2025	
2026	Hexavalent
2027	Rougeole-Rubéole
2028	
2029	HPV
2030	TCV
Après 2030	

Processus :

- Pour chaque vaccin à haute, moyenne et basse priorité, discussion sur la charge d'introduction et les contraintes/incertitudes
- Élaboration de deux scénarios de séquençement avec des hypothèses variables, par consensus de groupe

## 7. Plan pour le développement des recommandations

Le Président du GTCV présente les étapes suivantes pour la rédaction des recommandations, en précisant clairement les responsabilités, le processus et le calendrier pour la relecture et la validation des recommandations finales.

Processus :

- Revue du processus de développement des recommandations et désignation des responsables de leur rédaction

## 8. Réévaluation des scénarios

Le GTCV définit également le processus et le calendrier de réévaluation des résultats de priorisation et de séquençement. Cette réévaluation peut inclure des mises à jour mineures du séquençement ou une répétition complète de l'exercice avec une nouvelle génération d'évidences et des recommandations mises à jour.

Cette décision doit tenir compte des capacités et des contraintes budgétaires du GTCV, ainsi que des échéances attendues pour l'introduction de nouveaux vaccins.

Processus :

- Détermination par consensus du rythme de réévaluation des scénarios (tous les 1, 2 ou 3 ans) et de répétition complète de l'exercice (tous les 5, 7 ou 10 ans)

## 9. Conclusion

Le Président du GTCV clôture l'atelier en récapitulant le plan de travail, les prochaines étapes et les dates clés. Il recueille également des retours sur l'ensemble du processus de priorisation et de séquençement, à travers un sondage en ligne ou une discussion de groupe, afin d'améliorer les futurs exercices.

Processus :

- Revue du plan de travail OPS-INV, en mettant l'accent sur l'élaboration des recommandations et les réunions clés à venir
- Collecte de retours sur l'ensemble du processus et discussion des éventuelles questions ou préoccupations
- Remerciements aux participants et clôture de l'atelier

## Phase 3 : Recommandations

Une documentation claire des recommandations est essentielle pour leur présentation au ministère de la Santé et leur potentielle adoption en vue d'une intégration au programme national de vaccination et d'une validation par le Comité de coordination inter-agences (CCIA). Une documentation immédiate garantit que toutes les informations discutées sont bien capturées, renforçant ainsi la visibilité et la crédibilité du GTCV et de ses recommandations.

Bien que ce processus puisse varier selon la structure et les pratiques opérationnelles du GTCV et de son secrétariat dans chaque pays, il doit au minimum inclure une documentation détaillée des recommandations et des justifications ayant guidé la prise de décision, une révision et validation des recommandations par les membres du GTCV, la préparation d'un document officiel de recommandations et le module de formation "[Documenter le travail des GTCV : les bonnes pratiques](#)" fournit des recommandations standard pour ce processus ainsi que les résultats attendus. Selon ce module, les recommandations sont rédigées par le secrétariat et doivent :

- **Résumer** les évidences justifiant la recommandation et la logique de décision pour éclairer les choix des décideurs.
- Être **claires, concises et logiques**, avec une longueur idéale de 2 à 4 pages maximum pour la version courte
- Adopter un format **standardisé** pour assurer la cohérence, en précisant notamment le point focal du ministère de la Santé et les procédures de communication, telles que définies dans la charte du GTCV ou tout autre document officiel.

Ce module de formation propose également un modèle standard de rapport (Figure 15). Toutefois, ce modèle est conçu principalement pour les recommandations concernant l'introduction d'un seul vaccin. Dans le cadre de l'exercice de priorisation et séquençement des nouveaux vaccins, nous recommandons d'inclure les sections suivantes :

- **Contexte de la question** : Quelle est la question ? Qui a ajouté ce sujet à l'agenda du GTCV ? Pourquoi ce sujet a-t-il été retenu ?
- **Description du processus de priorisation** : Quels critères d'importance et de faisabilité ont été sélectionnés et quelle était la justification de ces choix ?
- **Processus de recherche d'évidences** : Comment la collecte et l'analyse des évidences ont-elles été organisées et conduites ?
- **Résumé des évidences** : Synthèse des résultats relatifs aux maladies, aux systèmes de santé et aux contraintes contextuelles, critère par critère.
- **Listes de priorisation définies** : Quels ont été les résultats finaux du processus de classement et de priorisation des vaccins ?
- **Considérations pour la mise en œuvre** : Quelle est la charge d'introduction pour ces vaccins priorités ? Quelles contraintes existantes du PEV doivent être prises en compte ?
- **Recommandation proposée** : Quels sont les scénarios de séquençement recommandés ?

Figure 15 Sections standards pour un rapport au MSP  
(Documentation de formation des GTCV)

- |   |  |
|---|--|
| ✓ | Question politique adressée  |
| ✓ | Epidémiologie  |
| ✓ | Efficacité et sécurité du vaccin   |
| ✓ | économie   |
| ✓ | Considérations relatives au programme  |
| ✓ | Valeurs  |
| ✓ | Recommandation précisant le vaccin, les groupes d'âge, le nombre de doses et le calendrier, le cas échéant |

Nous encourageons fortement le GTCV à inclure dans le même document des recommandations complémentaires, au-delà des scénarios de séquençement. Ces recommandations pourraient couvrir des suggestions d'études

complémentaires pour combler d'éventuels gaps de données, une révision de la composition du GTCV, ou encore des propositions pour améliorer l'accès aux données globales.

Bien qu'il soit généralement recommandé que les recommandations envoyées au ministère de la Santé ne dépassent pas 2 à 4 pages, la priorisation de plusieurs vaccins nécessitera un document plus long. Une synthèse exécutive décrivant le processus et les recommandations devra donc être incluse.

Une fois les recommandations rédigées, le GTCV doit suivre ses procédures standard pour finaliser le document. Un point focal désigné – généralement le Président du GTCV – est chargé de superviser ce processus.

Exemple de processus :

1. Partage interne des recommandations avec l'ensemble des membres du GTCV pour commentaires et modifications avant finalisation. Des sessions en ligne peuvent être organisées pour discuter efficacement des ajustements et retours
2. Partage d'une version préliminaire des recommandations avec le programme national de vaccination, suivi d'une réunion dédiée pour discuter des recommandations et aligner les priorités avec d'autres documents stratégiques, comme la Stratégie nationale de vaccination (SNV) et le Planification complète du portefeuille GAVI (FPP)
3. Finalisation des recommandations pour leur diffusion et leur présentation au ministère de la Santé pour validation

Conformément aux procédures standard du GTCV, ces recommandations doivent être **archivées par le secrétariat dans un dossier dédié** ou publiées sur le site web officiel, avec l'ensemble des autres documents importants du GTCV.

## Conclusion et prochaines étapes

Le GTCV doit s'assurer que les recommandations issues de cet exercice soient présentées au ministre de la Santé pour validation et diffusées aux parties prenantes.

### 1. Validation par le ministre de la Santé

Idéalement, un alignement préalable avec le programme national de vaccination doit avoir été réalisé, permettant au GTCV de présenter conjointement ses recommandations avec le programme de vaccination.

Le GTCV doit ensuite identifier une opportunité pour présenter les recommandations et leur justification au ministre de la Santé, en particulier si ce processus a été initié par le GTCV et non à la demande du Ministère.

Les recommandations doivent être transmises au ministre de la Santé pour validation avant leur diffusion. Si, pour certaines raisons (ex. manque de financement, autres priorités), le ministre de la Santé décide de ne pas valider ces recommandations, le GTCV ne doit pas modifier ses recommandations, car elles sont le résultat d'un processus fondé sur des évidences.

### 2. Diffusion des recommandations

Les recommandations finales doivent être diffusées à toutes les parties prenantes concernées. Les étapes suivantes doivent être suivies :

1. Présenter les recommandations finales aux partenaires lors d'une réunion du Comité de coordination inter-agences pour la vaccination (CCIA)
2. Recueillir et intégrer dans le document final les éventuels commentaires ou modifications formulés lors de la réunion du CCIA
3. Partager largement les recommandations finales avec le gouvernement et les partenaires

4. Définir les prochaines étapes pour la mise en œuvre des recommandations annexes nécessitant une action. Par exemple, identifier les actions à entreprendre pour collecter des données manquantes sur la demande pour certains vaccins (première étape généralement : rechercher un financement pour une étude complémentaire)
5. S'assurer que les recommandations sont intégrées dans les documents stratégiques tels que la Stratégie nationale de vaccination (SNV) ou le processus de Planification complète du portefeuille (FPP)

## Annexe A : Bibliographie

Le cadre de priorisation et de séquençement des INV (OPS-INV) repose sur une liste complète de critères, identifiés à travers une revue approfondie de la littérature. Les sources suivantes ont été consultées afin de développer une liste de critères et de l'aligner avec les outils existants.

1. LJ Erickson, P, De Wals, L Farand. An analytical framework for immunization programs in Canada. *Vaccine*. 2005 Mar 31;23(19):2470-6.
2. H E D Burchett, S Mounier-Jack, U K Griffiths, A J Mills, National decision-making on adopting new vaccines: a systematic review, *Health Policy and Planning*, Volume 27, Issue suppl\_2, May 2012, Pages ii62–ii76, <https://doi.org/10.1093/heapol/czr049>
3. H E D Burchett, S Mounier-Jack, U K Griffiths, R Biellik, P Ongolo-Zogo, E Chavez, H Sarma, J Uddin, M Konate, Y Kitaw, M Molla, S Wakasiaka, L Gilson, A Mills, New vaccine adoption: qualitative study of national decision-making processes in seven low- and middle-income countries, *Health Policy and Planning*, Volume 27, Issue suppl\_2, May 2012, Pages ii5–ii16, <https://doi.org/10.1093/heapol/czs035>
5. Institute of Medicine. *Ranking Vaccines: A Prioritization Framework: Phase I: Demonstration of Concept and a Software Blueprint*. Washington, DC: The National Academies Press. 2012. <https://doi.org/10.17226/13382>.
6. World Health Organization (WHO). *SAGE Guidance for the development of evidence-based vaccination-related recommendations*. Geneva: WHO, 2017.
7. M Donadel, MS Panero, L Ametewee, AM Shefer. National decision-making for the introduction of new vaccines: A systematic review, 2010-2020. *Vaccine*. 2021 Apr 1;39(14):1897-1909. doi: 10.1016/j.vaccine.2021.02.059.
8. D Guillaume, DM, D Waheed, M Schlieff, K Muralidharan, VB Chou, R Limaye, Factors influencing the prioritization of vaccines by policymakers in low- and middle-income countries: a scoping review, *Health Policy and Planning*, Volume 38, Issue 3, April 2023, Pages 363–376, <https://doi.org/10.1093/heapol/czac092>
9. P Gongora-Salazar, S Rocks, P Fahr, O Rivero-Arias, A Tsiachristas. The Use of Multicriteria Decision Analysis to Support Decision Making in Healthcare: An Updated Systematic Literature Review. *Value Health*. 2023 May;26(5):780-790. doi: 10.1016/j.jval.2022.11.007.
10. World Health Organization (WHO). *CAPACITI Tool & Manual*.
11. GAVI. *Vaccine Investment Strategy (VIS) process*

## Annexe B : Remerciements

**Les experts suivants ont contribué à la conception du cadre méthodologique et à la construction d'une liste exhaustive et structurée de critères :**

### **Equipe de développement de l'outil de priorisation des INV**

1. Emily Nickels, Senior Program Officer, BMGF
2. Philippe Duclos
3. Kamel Senouci, Director at ADVAC, University of Geneva & CEO of Development Catalysts
4. Nahad Sadr-Azodi, Senior Technical Officer, Sabin Institute
5. Florian Guiod, Technical Officer, Development Catalysts
6. Rupali Limaye, Deputy Director at IVAC, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
7. Molly Sauer, IVAC, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
8. Lora Shimp, Director at Immunization Center, JSI
9. Ousmane Dia, Senior Technical Officer at Immunization Center, JSI
10. Emily Kitts, Program and New Business Manager, JSI
11. Amanda BenDor, Consultant, IVAC, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

### **Experts consultés**

12. Philippe Duclos, former Executive Secretary of WHO Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE)
13. Joachim Maria Hombach, Executive Secretary of WHO Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE)
14. Sidy Ndiaye, Medical officer, AFRO NITAGs support hub, WHO
15. Ado Mpia Bwaka, Team Leader, IST Office for West Africa, WHO
16. Johanna Fihman, Technical Officer, Global Access, Agenda & Policy and Strategy (APS), WHO
17. Louise Henaff, Technical officer, Agenda Policy and Strategy (APS), WHO
18. Maarten Jansen, CAPACITI project manager, WHO
19. Antoinette Eleonore Ba, Regional Immunization Coordinator, IST Office for Eastern and Southern Africa, UNICEF
20. Kristina Grace Lorenson, Senior Contract Manager, Supply Division, UNICEF
21. Carine Gachen, Senior Program Officer, BMGF
22. Nicolas Theopold, Senior Program Officer, BMGF
23. Tanya Shewchuk, Senior Program Officer, BMGF
24. Alice Ma, Senior Manager, Market Shaping, Gavi, the Vaccine Alliance
25. Veronica Denti, Senior Program Manager, Vaccine Programmes, Gavi, the Vaccine Alliance

## Annexe C : Liste des critères

Le cadre de priorisation et de séquençage des INV (OPS-INV) comprend 71 critères, dont un sous-ensemble est sélectionné par chaque pays pour son exercice de priorisation. Le tableau ci-dessous présente la liste complète des 71 critères, incluant leur hiérarchisation en critères essentiels, significatifs et autres. Ces critères ont été identifiés à travers une revue exhaustive de la littérature et une analyse des outils et ressources existants afin d'assurer la cohérence avec des cadres établis, notamment le CAPACITI Decision-Support Tool, la Vaccine Investment Strategy (VIS) et le cadre Evidence to Recommendations (EtR). Chacun de ces 71 critères a été classé selon 11 thématiques. Leur classification (essentiel, significatif, autre) est réexaminée en Phase 1 (Adaptation du cadre) et le GTCV sélectionne entre 10 et 16 critères à utiliser pour l'exercice de priorisation, en fonction du contexte et des priorités du pays.

Catégorie	Sous-catégorie	Critère	Pré-Hiérarchisation
Acceptabilité du vaccin	Perception de la population cible du vaccin	Limitations éthiques, programmatiques, de réputation ou sociaux susceptibles d'affecter l'acceptabilité du vaccin pour la population cible (par exemple, la réputation du pays producteur, le caractère halal)	<b>Significatif</b>
		Niveau d'utilisation dans les pays à revenu élevé, pays à influence régionale et pays voisins (par ex : prenant en compte la sécurité)	Autre
		Perception de la population cible sur le risque de maladie, sa gravité, peur et demande de contrôle de la maladie	<b>Essentiel</b>
		Perception de la population cible sur les effets souhaitables et indésirables du vaccin	Autre
		Acceptabilité du calendrier (par exemple, multiples injections, visites supplémentaires)	<b>Essentiel</b>
	Génération de la demande	Disponibilité des ressources pour la communication	Autre
Bénéfices du vaccin	Impact direct	Couverture des sérogroupes ou sérotypes actifs dans le pays (pour les vaccins séro groupe- ou sérotype-spécifiques)	<b>Essentiel</b>
		Efficacité réelle du vaccin y.c. dans les différentes populations / groupe d'âge et dans la population cible	<b>Essentiel</b>
		Efficacité théorique et immunogénicité du vaccin dans la population cible	<b>Significatif</b>
		Durée de protection et diminution de l'immunité	<b>Essentiel</b>
		Nombre nécessaire de vaccinations pour prévenir un cas	Autre
	Impact indirect	Impact sur la résistance aux antibiotiques et aux antiviraux	Autre
		Immunité collective	<b>Significatif</b>
		Effet du vaccin sur la transmission	Autre
Fardeau de la maladie et épidémiologie	Impact économique de la maladie	Coût de la maladie pour le système de santé	<b>Significatif</b>
		Coûts directs et indirects pour les patients et les familles	<b>Significatif</b>
		Utilisation à court et à long terme des soins de santé (par exemple, traitements, hospitalisation)	Autre
		Pertes de productivité liées, par exemple, à l'absentéisme au travail et à l'école lié à la maladie	Autre
	Epidémiologie	Inégalité du fardeau (prévalence plus élevée dans les populations plus pauvres / à risque / inégalité de genre)	<b>Significatif</b>

Catégorie	Sous-catégorie	Critère	Pré-Hiérarchisation	
		Incidence, y compris dans différents groupes sociodémographiques et d'âge	<b>Essentiel</b>	
		Prévalence, y compris dans différents groupes sociodémographiques et d'âge	<b>Essentiel</b>	
		Potentiel épidémique, y compris épidémies passées et le potentiel de propagation internationale, et le risque d'épidémie et de pandémie	<b>Significatif</b>	
	Impact sur la santé	Taux d'hospitalisation	<b>Significatif</b>	
		Mortalité et létalité, y compris dans différents groupes sociodémographiques et d'âge	<b>Essentiel</b>	
	Impact social	Intensité de la souffrance / gravité des symptômes de la maladie	Autre	
		Complications à long terme de la maladie (par exemple, fréquence des survivants avec des séquelles)	Autre	
		Années de vie ajustée de l'invalidité (DALY)	<b>Significatif</b>	
		Perte d'années de vie ajustées en fonction de la qualité (QALY)	Autre	
	Alternatives	Absence d'alternatives satisfaisantes pour prévenir/traiter la maladie (en tenant compte de l'efficacité, du coût et de la praticité)	<b>Essentiel</b>	
	Finances et économie	Bénéfices	Bénéfices sociaux et économiques, y compris la réduction des coûts de soins de santé, l'amélioration de l'espérance de vie, la qualité de vie pour les individus, les familles, les soignants et les communautés, les gains de productivité	Autre
			Avantages indirects (c'est-à-dire réduction de la résistance microbienne, désengorgement des services d'urgence)	Autre
		Coût	Coûts directs (coût du vaccin, matériaux, vaccinateurs, livraison)	<b>Essentiel</b>
Coûts indirects (par exemple, formation des travailleurs de santé, frais de chaîne d'approvisionnement)			Autre	
Perspective sur le prix du vaccin			Autre	
Disponibilité et soutenabilité du financement pour couvrir le coût total du programme (y compris l'éligibilité à GAVI)			<b>Essentiel</b>	
Ratio		Ratios coût-bénéfice actualisés nets (du point de vue des soins de santé et de la société) du vaccin par rapport à d'autres stratégies (par vie sauvée, cas évités, année de vie gagnée, année de vie ajustée en fonction de la qualité gagnée)	Autre	
Légal et éthique		Légal	Absence de contraintes légales concernant l'utilisation du vaccin (c'est-à-dire déviation par rapport aux recommandations des fabricants / utilisation hors indication du vaccin, obligation, enregistrement, compensation potentielle pour les effets indésirables, incitations)	Autre
	Licence délivrée par une autorité nationale de régulation étrangère		Autre	
	Préqualification par l'OMS		Autre	

Catégorie	Sous-catégorie	Critère	Pré-Hiérarchisation
		Licence délivrée par une autorité nationale de régulation	Autre
	Ethique	Accessibilité et équité de la vaccination pour la population cible	Autre
		Limitations éthiques, commerciales et diplomatiques pouvant influencer l'acceptabilité du vaccin par les parties prenantes	Autre
Logistique	Aspect du produit	Compatibilité de la présentation du produit avec l'usage attendu dans le pays (par ex : répartition de la population)	Autre
	Chaîne du froid	Facilité de conservation (volume et besoins en chaîne du froid)	Autre
		Durée de conservation du vaccin	Autre
		Disponibilité d'équipements de chaîne du froid à tous les niveaux ou capacité à acheter l'équipement de chaîne du froid nécessaire pour stocker le vaccin	<b>Essentiel</b>
	Distribution	Niveau de préparation des canaux de distribution dans le pays	<b>Significatif</b>
	Pertes & déchets	Taux de perte indicatif	Autre
		Capacité à maintenir le taux de perte à des niveaux attendus	Autre
		Capacité à gérer les déchets	Autre
Aspect du produit	Adéquation des étiquettes à la langue locale	Autre	
Disponibilité de marché	Disponibilité	Disponibilité du vaccin et des fournitures (seringues, etc.) sur le marché pendant la période sélectionnée	<b>Essentiel</b>
		Soutenabilité de la disponibilité du vaccin et des fournitures sur le marché à plus long terme	<b>Significatif</b>
	Approvisionnement	Facilité d'approvisionnement en vaccin (par exemple, capacité à se procurer via l'UNICEF, délais d'approvisionnement, rapidité de livraison)	Autre
Sécurité du vaccin	Sécurité	Problèmes de sécurité liés à la similarité du produit avec des vaccins ou médicaments existants	Autre
		Risque au niveau de la population (par exemple, risque de déplacement de l'âge moyen d'infection, impact potentiel de la sélection de souches ou de l'émergence de sérotypes non vaccinaux)	Autre
		Risque au niveau individuel incluant le type, la gravité, les conséquences et la fréquence des événements indésirables suivant la vaccination (MAPI), y compris le profil de réactogénicité et la capacité à atténuer les événements indésirables connus	<b>Essentiel</b>
		Contre-indications et précautions pour la vaccination (par exemple, exigence de vérification des antécédents, en particulier en tenant compte des groupes à risque ou des facteurs de risque)	Autre
		Interférence avec d'autres vaccins concernant l'immunité/protection	Autre
Prestation de service	Ressources humaines	Facilité de préparation, reconstitution et administration (par exemple politique de flacons ouverts, CTC)	<b>Significatif</b>

Catégorie	Sous-catégorie	Critère	Pré-Hiérarchisation
		Impact attendu de l'introduction sur les ressources humaines (par exemple, charge de travail supplémentaire due au calendrier, complexité de l'administration, flexibilité du calendrier, niveau de formation requis pour les ressources humaines)	<b>Essentiel</b>
		Impact sur les services de vaccination existants ou autres secteurs de la santé – risque de surcharge	<b>Significatif</b>
	Systemes	Disponibilité des systèmes d'information pour gérer la chaîne d'approvisionnement en vaccins et mesurer les indicateurs de performance associés (c'est-à-dire la couverture vaccinale et l'utilisation des vaccins)	Autre
Stratégie	Opportunités	Interchangeabilité avec des produits/présentations alternatifs ou à venir	Autre
		Contribution aux objectifs nationaux/régionaux/mondiaux (par exemple, éradication, contrôle, élimination, réduction)	<b>Significatif</b>
		Opportunité d'associer l'introduction à un autre programme planifié (par exemple, autre programme de vaccination ou changement avec la même cible)	Autre
		Recommandations / directives existantes d'utilisation (par exemple, SAGE, organisations professionnelles)	Autre
	Cible	Accessibilité de la population cible (âge, sexe, risque particulier)	<b>Essentiel</b>
	Introduction	Faisabilité des stratégies d'immunisation envisagées - incluant la dimension géographique (progressive ou nationale) et les populations cibles (sélectives/progressives ou universelles)	Autre
	Administration	Stratégie d'administration (dose unique, routine, rappel, campagnes)	Autre
		Faisabilité de la stratégie de livraison du programme (médecins, agents de santé communautaires, infirmiers, pharmaciens, personnel de santé en milieu scolaire)	Autre