



Programme pour la vaccination à l'horizon 2030

Rapport du Directeur général

1. La Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé, ayant adopté la procédure écrite d'approbation tacite en vertu de la décision WHA73(7) (2020), a décidé, notamment :¹ 1) d'adopter la nouvelle vision mondiale et la nouvelle stratégie générale pour les vaccins et la vaccination, le « Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 » ; 2) de prier le Directeur général de continuer à suivre les progrès accomplis et de faire rapport tous les deux ans à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les résultats obtenus par rapport aux objectifs mondiaux du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030, en tant que question de fond inscrite à l'ordre du jour, à partir de la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé.

2. Le projet de rapport mondial sur le Programme de vaccination à l'horizon 2030 pour 2021, dont la synthèse est présentée ici, compile les données de référence qui seront utilisées pour suivre les progrès en matière de vaccination jusqu'en 2030, rend compte des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Programme de vaccination à l'horizon 2030 fixés en 2020, et fournit des précisions sur l'état d'avancement du Programme de vaccination à l'horizon 2030 aux niveaux national, régional et mondial.

PROGRÈS VERS LA RÉALISATION DES OBJECTIFS DU PROGRAMME DE VACCINATION À L'HORIZON 2030

3. Le Programme de vaccination à l'horizon 2030 comporte sept indicateurs pour suivre les progrès accomplis dans la réalisation de ses trois objectifs d'impact :

- a) réduire pour tous et tout au long de la vie la mortalité et la morbidité dues aux maladies à prévention vaccinale ;
- b) ne laisser personne de côté en renforçant l'accès équitable et le recours aux vaccins nouveaux et existants ; et
- c) garantir la santé et le bien-être de chaque individu en renforçant la vaccination dans les soins de santé primaires et en contribuant à la couverture sanitaire universelle et au développement durable.

¹ Décision WHA73(9) (2020).

4. En 2020, par rapport aux données de référence de 2019, de nombreux indicateurs de la vaccination ont régressé du fait des perturbations causées par la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) (annexe 1). La COVID-19 a entraîné des perturbations de l'approvisionnement, notamment des pénuries de personnel dues à des problèmes de santé ou à des redéploiements, à l'interruption de la prestation de services et à la perturbation des chaînes d'approvisionnement, ce qui a eu des conséquences sur la demande, une utilisation réduite des services de santé ayant été observée.

5. Parmi les principales conséquences de ces perturbations figurent notamment une baisse de la couverture vaccinale pour la plupart des vaccins. En effet, la couverture mondiale par le DTC3 (troisième dose du vaccin antidiphthérique/antitétanique/anticoquelucheux) est passée de 86 % en 2019 à 83 % en 2020. Le nombre d'enfants n'ayant reçu aucune dose de DTC a augmenté de 3,5 millions, passant de 13,6 millions en 2019 à 17,1 millions en 2020. C'est la première augmentation enregistrée en 10 ans.

6. **Objectif d'impact 1.1 : Décès futurs évités.** Selon la modélisation, environ 51 millions de décès au total seront évités grâce à la vaccination entre 2021 et 2030, si les objectifs de couverture sont atteints. La baisse de la couverture vaccinale observée en 2020 soulève de graves questions quant aux possibilités de réalisation de cet objectif, à moins déployer des efforts considérables de vaccination de rattrapage.

7. **Objectif d'impact 1.2 : Nombre de pays atteignant les cibles régionales ou mondiales en matière de lutte, d'élimination ou d'éradication :**

a) En 2020, le Nigéria a été certifié **exempt de poliomyélite** alors que le poliovirus sauvage n'y avait pas été détecté depuis trois ans, ce qui a conduit à la certification de l'ensemble du continent africain par la Commission régionale africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite. Il s'agit d'une réalisation majeure dans le combat pour parvenir à un monde libéré de la poliomyélite. Cependant, le poliovirus sauvage demeure endémique en Afghanistan et au Pakistan.

b) En 2019, 81 pays au total étaient parvenus à **éliminer la rougeole** (les données complètes pour 2020 ne sont pas encore disponibles). Toutefois, de 2016 à 2020, la transmission a repris dans 10 pays qui avaient déjà éliminé la maladie. En outre, par rapport à 2019, trois millions d'enfants supplémentaires n'ont reçu aucun vaccin à valence rougeole (MCV), et 22,3 millions d'enfants n'étaient donc pas protégés. En outre, 18,2 millions d'enfants n'ont reçu qu'une seule dose du MCV et restent exposés au risque de contracter la rougeole.

c) Deux autres pays ont éliminé la **rubéole** en 2020. Tous les pays qui sont parvenus à éliminer la maladie ont pérennisé ce succès.

8. **Objectif d'impact 1.3 : Nombre de flambées de maladies évitables par la vaccination de grande ampleur ou qui entraînent des perturbations.** Le nombre de flambées dues à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc) est passé de 22 en 2019 à 33 en 2020. Le nombre de flambées de rougeole a considérablement diminué, passant de 76 en 2019 à 26 en 2020. Plusieurs facteurs pourraient être à l'origine de cette situation, notamment les mesures de santé publique et les mesures sociales liées à la COVID-19, la perturbation des activités de surveillance et la protection des enfants touchés par les flambées de rougeole au cours des années précédentes. Le nombre de flambées d'autres maladies à prévention vaccinale est demeuré stable dans l'ensemble.

9. **Objectif d'impact 2.1 : Nombre d'enfants n'ayant reçu aucune dose.** Le nombre d'enfants n'ayant reçu aucune dose est passé de 13,6 millions en 2019 à 17,1 millions en 2020. Un tel recul n'avait pas été observé depuis plus d'une décennie.

10. **Objectif d'impact 2.2 : Introduction de vaccins nouveaux ou sous-utilisés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.** Seules 22 introductions de vaccins dans les calendriers nationaux de la vaccination des pays à revenu faible ou intermédiaire ont été signalées en 2020, soit le plus faible nombre d'introductions annuelles au cours des dix dernières années. Cette baisse résulte probablement des pressions exercées par la pandémie sur les systèmes de santé, des capacités limitées en matière de mobilisation des fonds et de la priorité moindre accordée à l'expansion des services.

11. **Objectif d'impact 3.1 : Couverture vaccinale tout au long de la vie.** La couverture concernant trois des quatre indicateurs utilisés pour évaluer la couverture vaccinale à différentes étapes de la vie¹ a diminué à l'échelle mondiale entre 2019 et 2020, passant de 86 % à 83 % pour le DTC3, de 71 % à 70 % pour le MCV2 et de 15 % à 13 % pour le vaccin anti-PVH. La couverture par le VPC3 n'a que peu augmenté, passant de 48 % à 49 %. De nouvelles introductions du VPC3, du MCV2 et du vaccin anti-PVH ont fait augmenter la couverture mondiale, compensant les baisses de couverture enregistrées dans d'autres pays. Malgré les nouvelles introductions en 2020, la couverture vaccinale mondiale par le vaccin anti-PVH a baissé pour la première fois cette année-là, et environ 1,5 million de filles supplémentaires n'étaient donc pas protégées contre le cancer du col de l'utérus.

12. **Objectif d'impact 3.2 : Indice de couverture des services pour la couverture sanitaire universelle.** Cet indicateur permet de suivre la contribution de la vaccination à l'amélioration des soins de santé primaires et de la couverture sanitaire universelle. Les données ne sont pas encore disponibles pour 2020. Cependant, dans le rapport *Goalkeepers 2020*, les progrès mondiaux ont été évalués au moyen d'un indice alternatif d'interventions de référence, ce qui a montré une régression considérable de la couverture des services de santé essentiels en 2020 du fait de la COVID-19.

13. **Indicateurs stratégiques prioritaires :** les 15 indicateurs relatifs aux objectifs stratégiques prioritaires mondiaux permettent d'assurer un suivi des performances aux niveaux national, régional et mondial, en vue d'identifier les causes fondamentales potentielles des succès ou des échecs ainsi que les mesures possibles d'amélioration. Compte tenu des variations importantes existant entre les pays et entre les Régions, aucune cible mondiale n'a été fixée.

14. Étant donné que de nombreux indicateurs sont nouveaux, certaines données pour 2020 ne sont pas disponibles. L'annexe 2 présente les données de référence ainsi que les données pour 2020 lorsque celles-ci sont disponibles.

15. Les données sur la couverture vaccinale tout au long de la vie en 2020 indiquent une amélioration limitée ou nulle. La couverture moyenne des vaccins ciblant 11 maladies dans plusieurs tranches d'âge était de 69 %, contre 70 % en 2019.

16. Au niveau infranational, la couverture dans les 20 % des districts enregistrant les plus mauvaises performances a diminué pour le DTC3 (de 74 % à 71 %), le MCV1 (de 72 % à 69 %) et le MCV2 (de 65 % à 60 %). Ces baisses ont été plus importantes que celles observées pour la couverture mondiale, ce qui indique que les districts dont les performances sont insuffisantes ont pris encore plus de retard en 2020, ce qui a creusé les inégalités en matière de couverture vaccinale.

¹ DTC3 (année 1), MCV2 (année 2), troisième dose de vaccin antipneumococcique conjugué (VPC3, chez l'enfant) et programme complet de vaccination contre le papillomavirus humain (PVHc, chez l'adolescente).

17. Dans l'ensemble, la vaccination a reculé en 2020. Malgré les efforts inlassables déployés par les innombrables membres du personnel des programmes de vaccination qui œuvrent à garantir la disponibilité des services de vaccination, la couverture vaccinale dans le monde a reculé pour la première fois en dix ans. En conséquence, les priorités essentielles pour les années à venir consisteront à rattraper le retard et à relancer la dynamique vers la réalisation de la couverture vaccinale universelle.

MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME DE VACCINATION À L'HORIZON 2030

18. Lors de la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2021, les États Membres ont adhéré massivement à la mise en œuvre du Programme de vaccination à l'horizon 2030 par l'intermédiaire du Cadre d'action.^{1,2} Le Cadre d'action présente en détails comment la planification opérationnelle coordonnée, le suivi et l'évaluation, l'appropriation et la responsabilisation, ainsi que la communication et la sensibilisation constituent le moteur essentiel pour une mise en œuvre et un impact sur le terrain. Il souligne le rôle particulier des Régions et des pays.

19. Les Régions ont finalisé ou sont en train d'élaborer des **stratégies régionales** conformes au Programme de vaccination à l'horizon 2030. À la suite de consultations avec des groupes consultatifs techniques régionaux et nationaux sur la vaccination, les comités régionaux de l'OMS ont approuvé des stratégies ou des cadres régionaux relatifs au Programme de vaccination à l'horizon 2030 visant à élaborer des stratégies régionales pour l'Afrique, les Amériques, l'Europe, l'Asie du Sud-Est et le Pacifique occidental.

20. Les Régions élaborent également des **plans de mise en œuvre**, généralement à l'horizon 2025. Elles poursuivent l'approche collaborative du Programme de vaccination à l'horizon 2030 par la création conjointe avec les pays et les partenaires. Par exemple, les Régions africaine, de l'Asie du Sud-Est, européenne et du Pacifique occidental ont mené des enquêtes régionales et/ou organisé des discussions avec les pays pour établir des priorités.

21. Les plans de mise en œuvre régionaux sont de manière générale axés sur le double objectif consistant à introduire le vaccin anti-COVID-19 et à reprendre et accélérer les activités de vaccination en vue de rattraper le retard et de « mieux reconstruire ».

22. Afin d'aider les pays à mettre au point des stratégies et à les faire correspondre au Programme de vaccination à l'horizon 2030, l'OMS et ses partenaires ont élaboré un nouveau cadre stratégique dans le contexte de l'initiative pour une **stratégie nationale de vaccination**. Quatre pays ont élaboré, à titre d'essai, une stratégie nationale de vaccination à l'aide des nouvelles lignes directrices en 2020-2021.

23. Treize **groupes de travail** font avancer les activités techniques dans le cadre des sept priorités stratégiques du Programme de vaccination à l'horizon 2030. D'autres se concentrent sur des domaines tels que le suivi et l'évaluation, ainsi que la communication et la sensibilisation (annexe 3).

¹ Voir les procès-verbaux de la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé, Commission A, septième séance (section 2) et neuvième séance (en anglais seulement).

² Implementing the Immunization Agenda 2030: A Framework for Action through Coordinated Planning, Monitoring & Evaluation, Ownership & Accountability, and Communications & Advocacy (<http://www.immunizationagenda2030.org/framework-for-action>).

24. Les groupes de travail entreprendront un processus de « collaboration consultative » avec les partenaires régionaux et les responsables de la mise en œuvre dans les pays, afin d'analyser les difficultés rencontrées au niveau local ainsi que les nouvelles pratiques novatrices. Ils présenteront un commentaire annuel sur les données relatives à leurs domaines de spécialité et formuleront des recommandations à l'intention des pays, des partenaires et à d'autres parties concernées.

25. Les résultats obtenus par les groupes de travail constitueront une ressource technique essentielle pour les Régions, les pays et les partenaires. En effet, ils contribueront considérablement aux changements au niveau des pays.

26. Le 22 septembre 2021, le **Conseil de partenariat du Programme de vaccination à l'horizon 2030** s'est réuni pour une session inaugurale. Il se réunira deux fois par an et approuvera les rapports semestriels que le Programme de vaccination à l'horizon 2030 soumettra à l'Assemblée mondiale de la Santé, à compter de 2022. Il est composé de 10 à 12 hauts responsables, notamment de représentants de pays, des Régions et de la société civile.

27. La gestion au quotidien du Programme de vaccination à l'horizon 2030 incombe au **Groupe de coordination du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030**, lequel se réunit tous les mois depuis mai 2021, avec le soutien d'un petit secrétariat virtuel du Programme. Le Groupe de coordination compte neuf membres, à des classes de directeurs, issus d'organisations partenaires et il est coprésidé par l'OMS et l'UNICEF.

28. L'annexe 4 décrit succinctement les principaux organismes de mise en œuvre impliqués dans le Programme de vaccination à l'horizon 2030. Le Partenariat mondial du Programme est décrit de manière détaillée à l'annexe 2 du Cadre d'action.

29. Le Programme de vaccination à l'horizon 2030 a été officiellement lancé pendant la Semaine mondiale de la vaccination 2021. Les activités organisées à cette occasion ont mobilisé de nombreux partenaires et ont tiré parti de multiples plateformes, en communiquant notamment la vision et les objectifs du Programme à un public mondial.

30. En mai 2021, la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé a été pour certains gouvernements une occasion de s'engager publiquement en faveur du Programme de vaccination à l'horizon 2030, incitant ainsi d'autres à faire de même. Une déclaration interrégionale historique réitérant les cibles et les principaux messages du Programme et appelant les dirigeants mondiaux à prendre des engagements explicites et durables en faveur du Programme a été faite au nom des six Régions de l'OMS et de 50 pays.

31. Un événement en marge de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le Programme de vaccination à l'horizon 2030 a été organisé en ligne en septembre 2021 et d'autres activités de communication et de sensibilisation sont prévues pour maintenir cette dynamique.

32. Étant donné que les structures du Programme de vaccination à l'horizon 2030 sont toujours en cours de mise en place, l'année 2021 est une année de transition eu égard à la notification des données sur la vaccination. Les futurs rapports du Programme de vaccination à l'horizon 2030 seront novateurs à plusieurs égards.

- a) En effet, les Régions et les pays adapteront leurs cadres de suivi et d'évaluation à leurs besoins spécifiques, et seul un minimum d'indicateurs d'impact et de priorités stratégiques feront l'objet d'un suivi au niveau mondial.

- b) Les rapports sur les indicateurs au niveau mondial seront dirigés par les groupes de travail du Programme de vaccination à l’horizon 2030 et comprendront une analyse complète des données et des recommandations à mettre en pratique.
- c) Des cycles de suivi, d’évaluation et d’action seront définis pour lier l’établissement de rapports à l’appropriation et à la responsabilisation, ainsi qu’à la communication et à la sensibilisation, afin de guider l’action de l’ensemble des parties prenantes.
- d) La remontée des informations sera assurée afin de contrôler le suivi des recommandations formulées par divers groupes, tels que le Groupe stratégique consultatif d’experts (SAGE) sur la vaccination et les groupes consultatifs techniques régionaux sur la vaccination.

33. Le SAGE recevra un rapport de situation annuel technique sur le Programme de vaccination à l’horizon 2030 ainsi que des mises à jour préparées par les bureaux régionaux de l’OMS. Il communiquera ses observations aux groupes de travail, aux Régions et aux pays, au Groupe de coordination du Programme et au Conseil de partenariat du Programme.

CONCLUSIONS ET PROCHAINES ÉTAPES

34. Après une décennie où seuls des progrès limités ont été observés, la pandémie de COVID-19 a eu des conséquences très néfastes sur la vaccination. Des millions de jeunes enfants supplémentaires sont désormais exposés au risque de maladies infectieuses potentiellement mortelles.

35. Tandis que le monde fonctionne en mode d’urgence, le personnel chargé de la vaccination travaillant à tous les niveaux à l’échelle nationale, régionale ou mondiale a été réaffecté aux activités de riposte à la COVID-19. Il est temps de mettre en place des ripostes plus viables tout en restituant les ressources financières et humaines aux services de vaccination essentiels, y compris la surveillance à tous les niveaux.

36. Pour concrétiser la vision et atteindre les objectifs du Programme de vaccination à l’horizon 2030, la communauté mondiale doit agir de toute urgence pour permettre aux pays de juguler et d’inverser les baisses de la couverture observées en 2020 et de redynamiser les progrès vers la réalisation des cibles du Programme de vaccination à l’horizon 2030.

37. Les partenaires œuvrant aux niveaux national, régional et mondial doivent collaborer afin de permettre aux pays :

- a) d’effectuer des analyses des atouts et des faiblesses actuelles et des zones les plus touchées par les perturbations liées à la COVID-19. Ces analyses indiqueront les lacunes et les besoins dans chaque pays ainsi que les domaines où il faut agir en priorité ;
- b) de planifier des actions sur mesure aux niveaux national, régional et mondial pour répondre aux causes sous-jacentes des performances insuffisantes dans chaque pays. Celles-ci devraient inclure des campagnes ciblées visant à réduire le risque immédiat de flambées ; et
- c) de tirer parti de l’élan suscité par l’intérêt politique et de la société pour les vaccins contre la COVID-19 afin de renforcer les programmes de vaccination. Pour cela, il faudra mener des actions de sensibilisation énergiques aux niveaux mondial, régional et national afin de privilégier les services de vaccination dans toutes les organisations concernées.

38. À court terme, l'accent sera inévitablement mis sur le déploiement des vaccins anti-COVID-19. Il est toutefois essentiel que ces activités servent également à accroître les capacités, à renforcer les infrastructures d'administration des vaccins, à améliorer les systèmes de données et à renforcer la surveillance des maladies. Cette démarche permettra de revitaliser la lutte contre toutes les maladies évitables par la vaccination et de jeter les bases de nouveaux progrès au cours de la prochaine décennie.

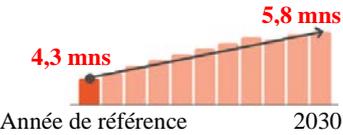
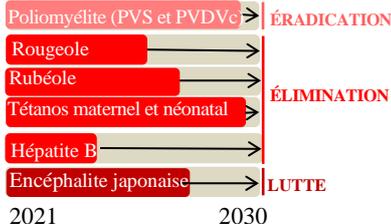
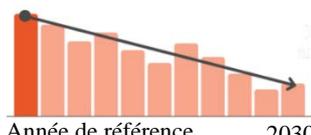
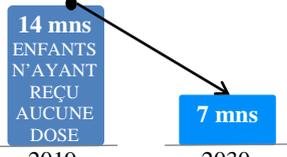
MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

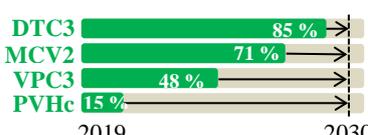
39. Le Conseil est invité à prendre note du rapport ; lors de ses discussions, il est en outre invité à fournir des orientations sur :

- l'accélération de l'élaboration et de la mise en œuvre de stratégies nationales de vaccination par les États Membres ;
- le renforcement de la collaboration entre les États Membres et les partenaires pour mettre en œuvre des stratégies mondiales, régionales et nationales visant à atténuer la perte d'élan en matière de vaccination due à la pandémie de COVID-19 et de progresser à nouveau vers les objectifs d'impact du Programme de vaccination à l'horizon 2030.

ANNEXE 1

INDICATEURS RELATIFS AUX OBJECTIFS D'IMPACT DU PROGRAMME DE VACCINATION À L'HORIZON 2030, ET CIBLES, DONNÉES DE RÉFÉRENCE ET DONNÉES POUR 2030*

| | | Année de référence | 2020 |
|--|---|---|---|
| 1.1 Nombre de décès futurs évités grâce à la vaccination | 50 millions de décès futurs évités grâce à la vaccination de 2021 à 2030  | 4,3 millions (2019) | s. o. Examen à mi-parcours prévu en 2025 |
| 1.2 Nombre et % de pays atteignant les cibles régionales ou mondiales approuvées relatives à la lutte, à l'élimination et à l'éradication des maladies à prévention vaccinale | Tous les pays atteignent les objectifs approuvés  | Les données de référence pour 2021 seront communiquées en 2022. Données provisoires de 2019 pour un sous-ensemble de maladies évitables par la vaccination : | Données provisoires de 2020 pour un sous-ensemble de maladies évitables par la vaccination : |
| | | PVS 191 (98,5 %) PVDVc en cours Rougeole 81 (55,1 %) Rubéole 88 (69,8 %) TMN en cours Hépatite B en cours EJ en cours | PVS 192 (99,0 %) PVDVc en cours Rougeole 80 (54,4 %) Rubéole 90 (71,4 %) TMN en cours Hépatite B en cours EJ en cours |
| 1.3 Nombre de flambées de maladies évitables par la vaccination de grande ampleur ou qui entraînent des perturbations | Tendance à la baisse du nombre annuel de flambées de maladies évitables par la vaccination de grande ampleur ou qui entraînent des perturbations  | (nombre annuel moyen de flambées survenues entre 2018 et 2020) | |
| | | Choléra 1 Virus Ebola 1 Rougeole 51 Méningocoque 2 PVDVc 21 PVS 2 Fièvre jaune 4 | Choléra 1 Virus Ebola 1 Rougeole 26 Méningocoque 0 PVDVc 33 PVS 2 Fièvre jaune 5 |
| 2.1 Nombre d'enfants n'ayant reçu aucune dose | Réduction de 50 % du nombre d'enfants n'ayant reçu aucune dose  | 13,6 millions (2019) | 17,1 millions |

| | | Année de référence | 2020 |
|---|--|--|--|
| 2.2 Introduction de vaccins nouveaux ou sous-utilisés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire | 500 introductions de vaccins d'ici à la fin 2030  | Une année de référence ne s'applique pas à cet indicateur, qui comptera le nombre cumulé d'introductions de vaccins entre 2021 et 2030. (En moyenne, 54 introductions annuelles ont été notifiées au cours de la période 2011-2020) | 22 introductions** |
| 3.1 Couverture vaccinale tout au long de la vie | Couverture à 90 % par toutes les doses de certains vaccins  | DTC3 86 % MCV2 71 % VPC3 48 % PVHc 15 % (2019) | DTC3 83 % MCV2 70 % VPC3 49 % PVHc 13 % |
| 3.2 Indice de couverture des services pour la couverture sanitaire universelle | Augmentation de la couverture sanitaire universelle dans tous les pays, régions et dans le monde  | Monde 64,0 Afrique 47,0 Amériques 73,0 Méditerranée orientale 61,6 Europe 75,5 Asie du Sud-Est 60,2 Pacifique occidental 65,4 (2017, dans l'attente des données pour 2019) | s. o. |

* Des informations détaillées sur chaque indicateur figurent à l'annexe 1 du Cadre d'action du Programme de vaccination à l'horizon 2030.

** En outre, sept pays à revenu faible ou intermédiaire ont commencé à utiliser des vaccins contre la COVID-19 en 2020.

Acronymes : PVS : poliovirus sauvage ; PVDVc : poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale ; TMN : tétanos maternel et néonatal ; EJ : encéphalite japonaise ; DTC3 : troisième dose du vaccin antidiphtérique/antitétanique/anticoquelucheux ; MCV2 : deuxième dose du vaccin à valence rougeole ; VPC : vaccin antipneumococcique conjugué ; PVHc : vaccin contre le papillomavirus humain, série complète.

ANNEXE 2

**INDICATEURS POUR LES PRIORITÉS STRATÉGIQUES (PS) DU PROGRAMME
POUR LA VACCINATION À L’HORIZON 2030 – ANNÉE DE RÉFÉRENCE
ET DONNÉES POUR 2020**

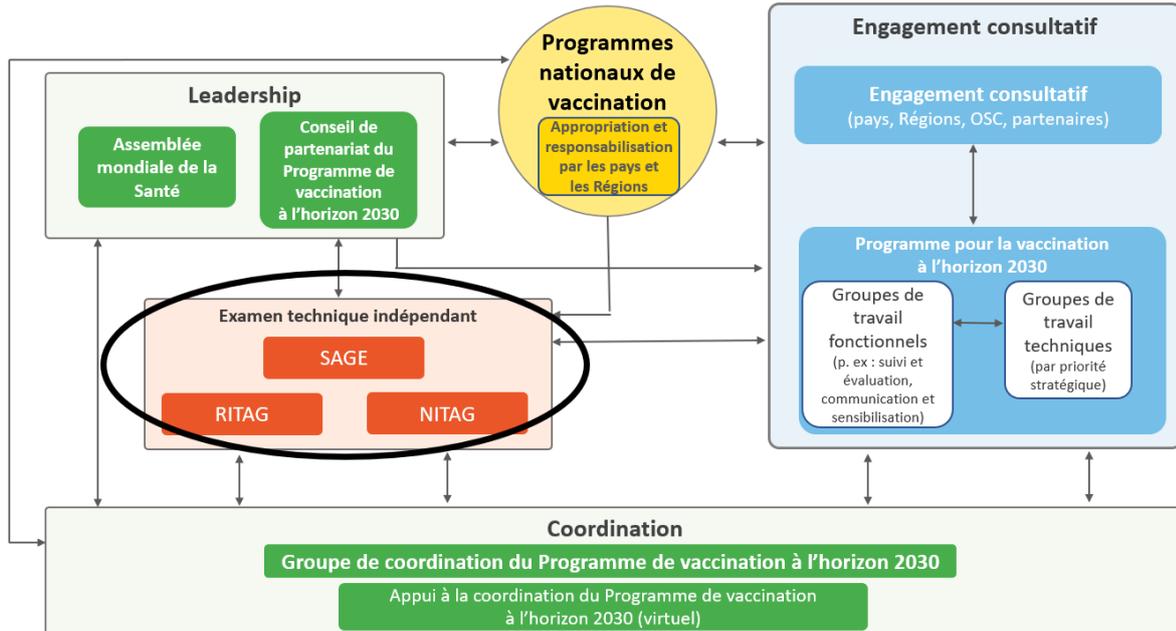
| Indicateur (source de données) | Année de référence | 2020 |
|--|---|---|
| PS1.1 : Proportion de pays pouvant attester de l’adoption d’un mécanisme de suivi, d’évaluation et d’action aux niveaux national et infranational (Formulaire électronique de déclaration commun OMS/ UNICEF (eJRF) – test pilote des questions en 2021) | Les données devraient être disponibles en juin 2022 (2021) | La prochaine année de déclaration est 2022 |
| PS1.2 : Densité de médecins, d’infirmières ou infirmiers et de sages-femmes pour 10 000 habitants (Comptes nationaux des personnels de santé de l’OMS) | Médecins : 17,4 Infirmières ou infirmiers et sages-femmes : 39 (2019) | Les données pour 2020 devraient être disponibles en décembre 2021 |
| PS1.3 : Proportion de pays dans lesquels la notification en temps utile par 90 % des districts des cas suspects de toutes les maladies à prévention vaccinale prioritaires est incluse dans la surveillance nationale (eJRF – test pilote des questions en 2021) | Les données devraient être disponibles en juin 2022 (2021) | La prochaine année de déclaration est 2022 |
| PS1.4 : Proportion (en temps) de disponibilité totale de vaccins contenant les valences DTC et rougeole pour les prestataires de services (eJRF – test pilote des questions en 2021) | Les données devraient être disponibles en juin 2022 (2021) | La prochaine année de déclaration est 2022 |
| PS1.6 : Proportion de pays ayant établi des rapports d’innocuité sur au moins un cas documenté de manifestations postvaccinales indésirables graves (au moyen d’un formulaire de notification et/ou sous forme de liste) par million d’habitants (Base de données mondiale de l’OMS VigiBase) | 54 pays sur 194 (2019) | 52 pays sur 194 |
| PS2.1 : Proportion de pays dotés d’une législation qui est favorable à la vaccination en tant que bien public (eJRF – test pilote des questions en 2021) | Les données devraient être disponibles en juin 2022 (2021) | La prochaine année de déclaration est 2022 |
| PS2.2 : Proportion de pays ayant mis en œuvre des stratégies comportementales ou sociales (visant à stimuler la demande) pour remédier à la sous-vaccination (eJRF – test pilote des questions en 2021) | Les données devraient être disponibles en juin 2022 (2021) | La prochaine année de déclaration est 2022 |
| PS3.2 : Couverture par le DTC3, le MCV1 et le MCV2 dans les 20 % de districts enregistrant la plus faible couverture (moyenne de l’ensemble des pays) (eJRF) | DTC3 : 74 % MCV1 : 72 % MCV2 : 65 % (2019) | DTC3 : 71 % MCV1 : 69 % MCV2 : 60 % (2020) |

| Indicateur (source de données) | Année de référence | 2020 |
|---|---|---|
| PS4.1 : Étendue de la protection (couverture moyenne recommandée par l’OMS pour tous les antigènes vaccinaux) (eJRF ; estimations OMS et UNICEF de la couverture vaccinale nationale (WUENIC)) | 70 % (2019) | 69 % |
| PS5.1 : Proportion de flambées de poliomyélite, de rougeole, de méningococcie, de fièvre jaune, de choléra et de maladie à virus Ebola ayant fait l’objet d’une détection et d’une riposte en temps utile (Groupe international de coordination (GIC) ; Initiative contre la rougeole et la rubéole ; Initiative mondiale pour l’éradication de la poliomyélite (IMEP) ; OMS, programmes nationaux de vaccination et de surveillance des maladies) | Les données devraient être disponibles en juin 2022 (2021) | La prochaine année de déclaration est 2022 |
| PS6.1 : État de santé du marché des vaccins, ventilé par antigène vaccinal et par typologie des pays (UNICEF/OMS par l’intermédiaire de l’initiative Informations sur les marchés pour l’accès aux vaccins (MI4A) ; Secrétariat de Gavi, l’Alliance du Vaccin ; Fondation Bill et Melinda Gates) | Bon état de santé : 3 Mauvais état de santé : 3 (2019) | Mauvais état de santé : 3 État de santé préoccupant : 6 Bon état de santé : 3 |
| PS6.2 : Proportion de pays où les dépenses des autorités publiques nationales et celles des donateurs consacrées aux soins de santé primaires ont augmenté ou sont restées stables (base de données mondiale de l’OMS sur les dépenses de santé) | Les données devraient être disponibles en décembre 2021 (2019) | Les données ne sont pas encore disponibles |
| PS6.3 : Proportion de pays où la part des dépenses consacrées aux vaccins prévus dans le calendrier national de vaccination qui est financée par les ressources publiques nationales a augmenté ou est restée stable (eJRF) | 19 pays à revenu faible ou intermédiaire sur 36* (2019) | 24 pays sur 36 |
| PS7.1 : Proportion de pays dotés d’un programme de recherche sur la vaccination (eJRF – test pilote des questions en 2021) | Les données devraient être disponibles en juin 2022 (2021) | La prochaine année de déclaration est 2022 |
| PS7.2 : Progrès accomplis vers la réalisation des cibles mondiales en matière de recherche-développement (examen de la littérature) | Les données devraient être disponibles en octobre 2022 (2021–2022) | |

* Seuls 36 pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure ont notifié des données entre 2018 et 2020.

ANNEXE 3

RAPPORTS ENTRE LES PRINCIPALES PARTIES PRENANTES DU PROGRAMME DE VACCINATION À L'HORIZON 2030



Acronymes : SAGE : Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination ; RITAG : Groupe consultatif technique régional sur la vaccination ; NITAG : Groupe consultatif technique national sur la vaccination ; OSC : organisations de la société civile.

ANNEXE 4

**PROGRAMME DE VACCINATION À L’HORIZON 2030 :
GROUPES DE TRAVAIL ET PRODUITS PRÉVUS**

| Domaines d'activité | Partenaire chef de file | Principaux résultats prévus pour 2021-2022 |
|---|---|---|
| PS1 : Soins de santé primaires/ couverture sanitaire universelle | Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) | <ul style="list-style-type: none"> • Contribuer à l'ensemble d'outils de l'OMS contenant 3 ressources sur les soins de santé primaires intégrés. • Mettre au point des ressources sur le renforcement des programmes de vaccination et des soins de santé primaires pendant le déploiement des vaccins contre la COVID-19 et organiser un webinaire d'apprentissage. • Organiser une consultation sur l'intégration de la vaccination dans les soins de santé primaires/la couverture sanitaire universelle. • Élaborer conjointement un cadre conceptuel visant à intégrer les soins de santé primaires et à les relier aux priorités stratégiques du Programme de vaccination à l'horizon 2030 et plus largement aux soins de santé universels/soins de santé primaires. |
| PS2 : Engagement et demande | OMS/Jon Snow Inc. | <ul style="list-style-type: none"> • Publier une note d'orientation axée sur l'action afin d'appuyer les efforts nationaux et multipartites pour mobiliser des sources de financement nationales et autres. • Animer des webinaires pour : 1) promouvoir les meilleures pratiques ; et 2) identifier les mécanismes à tous les niveaux permettant d'établir une responsabilité partagée en vue d'un engagement renouvelé en faveur de la vaccination. • Mettre au point un plan de haut niveau et un cadre de suivi en vue de suivre les dimensions de l'engagement et de faciliter l'apprentissage continu. • Réaliser une cartographie rapide des lacunes afin d'évaluer les activités en cours et les orientations disponibles sur la demande et de recenser les besoins non satisfaits ou les domaines d'activité négligés. • Établir un plan conjoint avec le Centre de demande de vaccination (Vaccination Demand Hub) pour instaurer un examen sur dossier et un rapport annuel sur l'apprentissage, les succès et les meilleures pratiques. • Lancer une initiative faisant appel à la production participative (« crowdsourcing ») pour susciter des contributions « ascendantes » et organiser un atelier sur les mécanismes de responsabilisation afin de trouver des exemples de mise en œuvre et d'étudier les possibilités de réaliser des tests dans le domaine de la demande. |

| Domaines d'activité | Partenaire chef de file | Principaux résultats prévus pour 2021-2022 |
|---|--|---|
| PS3 : Couverture et équité | OMS, UNICEF | <ul style="list-style-type: none"> • Préparer le dossier d'information. • Organiser des séries de webinaires/consultations. • Mettre au point un outil d'analyse de la couverture et de l'équité. • Créer une base de données sur les ressources du Programme de vaccination. |
| PS4 : Parcours de vie et intégration | Centers for Disease Control and Prevention (CDC) | <ul style="list-style-type: none"> • Contribuer aux orientations et recommandations régionales sur le parcours de vie et l'approche d'intégration et soutenir les Régions qui sont disposées à élaborer des plans d'action. • Accroître la sensibilisation aux principaux domaines d'activité, notamment eu égard aux occasions manquées de vaccination, aux méthodes de prestation de services et aux besoins en matière de politiques. • Organiser des séminaires et participer aux ateliers existants pour faire connaître les objectifs de la priorité stratégique 4 (PS4). • Contribuer à la production de données sur les obstacles et les éléments permettant de favoriser la stratégie de parcours de vie et d'intégration, au moyen notamment du déploiement des vaccins contre la COVID-19 pour faire avancer ce programme. • Élaborer un programme de recherche afin d'atteindre les objectifs en matière de parcours de vie et d'intégration, recenser les lacunes en matière de bases factuelles et soutenir les efforts existants en matière de recherche. |
| PS5 a) : Situations d'urgence | Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge | <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir le déploiement et l'intensification rapides et équitables des vaccins contre la COVID-19 dans les situations de crise humanitaire (y compris le stock tampon humanitaire du Mécanisme COVAX, en collaboration avec le Groupe sectoriel mondial pour la santé). • Élaborer une théorie du changement sur la réduction du nombre d'enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin dans les situations de fragilité et de conflit. • Appuyer l'établissement d'une cartographie des communautés n'ayant reçu aucune dose dans les pays prioritaires et recenser les éléments moteurs permettant d'orienter les investissements au niveau infranational. • Faciliter le partage et l'apprentissage entre les pairs dans les plans de mise en œuvre des vaccins anti-COVID-19 de toutes les Régions en organisant des ateliers sur les enseignements tirés dans les situations de fragilité, de conflit et de vulnérabilité. |
| PS5 b) : Flambées | OMS | Groupe de travail en cours d'établissement |

| Domaines d'activité | Partenaire chef de file | Principaux résultats prévus pour 2021-2022 |
|---|---|---|
| PS6 a) : Sécurité de l'approvisionnement | UNICEF | <ul style="list-style-type: none"> Assurer le suivi de l'approvisionnement en vaccins essentiels, compte tenu des perturbations potentielles liées à la COVID-19. Prévision, achat et fourniture de vaccins : améliorer l'approvisionnement mondial, collaborer avec les partenaires pour établir des prévisions au niveau national. Veiller à ce que l'approvisionnement et l'accès aux nouveaux vaccins répondent aux besoins des pays et à ce que les vaccins soient introduits en temps utile, notamment compte tenu de l'impact de la COVID-19. Pays à revenu intermédiaire : l'expérience du Mécanisme COVAX avec ces pays est une occasion d'améliorer les options. |
| PS6 b): Viabilité financière | Banque mondiale | <ul style="list-style-type: none"> Partager des informations relatives aux travaux en cours liés au financement durable ; identifier et hiérarchiser les lacunes ; encourager les travaux visant à combler les lacunes ; identifier un ou deux rapports ou orientations prioritaires susceptibles d'être élaborés collectivement par les groupes de travail. Œuvrer à l'amélioration de la qualité des données et de l'exhaustivité des indicateurs de suivi et d'évaluation. Par le biais d'engagements consultatifs, recueillir les points de vue des pays, des Régions, des organisations de la société civile, du secteur privé et des donateurs afin d'éclairer la formulation des recommandations politiques et de fournir des conseils aux partenaires mondiaux. |
| PS7 : Recherche et innovation | PATH (Programme de technologie appropriée en santé) | <ul style="list-style-type: none"> Accélérer et étendre le programme de recherche-développement du Mécanisme COVAX pour le ciblage des variants et des vaccins optimisés au plan programmatique. Soutenir les pays à revenu faible ou intermédiaire en matière d'élargissement, de renforcement et/ou de création de capacités locales et régionales pour la recherche et l'innovation en matière de vaccination. Élaborer un mécanisme permettant d'aligner les parties prenantes aux niveaux national, régional et mondial en ce qui concerne les maladies prioritaires nécessitant de nouveaux vaccins. Fixer les objectifs pour 2025 et 2030 du groupe de travail relatif à la priorité stratégique 7 (PS7) du Programme de vaccination à l'horizon 2030 afin de pérenniser les progrès, sur la base des priorités des travaux de recherche-développement dirigés par les pays. |

| Domaines d'activité | Partenaire chef de file | Principaux résultats prévus pour 2021-2022 |
|---|---|--|
| Pays à revenu intermédiaire | OMS | <ul style="list-style-type: none"> • Actualiser le recensement des partenaires des pays à revenu intermédiaire. • Identifier les possibilités de contribuer aux orientations normatives. • Recenser et lancer des interventions prioritaires sur la base des analyses existantes. • Prendre en compte les initiatives régionales des pays à revenu intermédiaire. |
| Renforcement et utilisation des données | OMS | <ul style="list-style-type: none"> • Fournir des orientations à l'OMS/UNICEF sur la prochaine demande de financement de Gavi, l'Alliance du Vaccin. • Organiser la réunion initiale « année zéro » visant à définir des priorités. • Entamer la mise en œuvre des investissements prioritaires initiaux sur trois ans et l'alignement sur le financement. • Organiser des réunions trimestrielles de vérification des progrès et du processus d'alignement. |
| Rougeole et rubéole | Initiative contre la rougeole et la rubéole | Groupe de travail en cours d'établissement |
| Enseignements tirés des initiatives spécifiques à certaines maladies | UNICEF | Groupe de travail en cours d'établissement |
| Suivi et évaluation | CDC | <ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un processus visant à communiquer les progrès techniques accomplis à l'intention des responsables/défenseurs des indicateurs. • Appuyer l'élaboration du rapport technique annuel du Programme de vaccination à l'horizon 2030 pour la vaccination, y compris la participation régionale et nationale. • Le cas échéant, soutenir les Régions pour l'élaboration de cadres régionaux de suivi et d'évaluation. • Fournir des orientations et un soutien au Groupe de coordination et au Conseil de Partenariat du Programme de vaccination à l'horizon 2030 afin d'améliorer et de réviser périodiquement le cadre de suivi et d'évaluation du Programme. |

| Domaines d'activité | Partenaire chef de file | Principaux résultats prévus pour 2021-2022 |
|---|---|---|
| Communication et sensibilisation | OMS/UNICEF/ Fondation pour les Nations Unies | <ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les partenaires du Programme de vaccination à l'horizon 2030 en vue d'une action dans le contexte de la publication annuelle des données. • Mobiliser les chefs religieux en faveur du Programme de vaccination à l'horizon 2030. • Associer les parlementaires au Programme de vaccination à l'horizon 2030, en ciblant la conférence annuelle de l'Union interparlementaire. • Planifier la communication sur l'événement du mois de septembre qui sera consacré aux « défenseurs » des indicateurs. • Commencer les activités de sensibilisation et l'élaboration des contenus au niveau régional. |
| Mobilisation de ressources | À déterminer | À déterminer |