



METTRE EN ŒUVRE LE PROGRAMME POUR LA VACCINATION À L'HORIZON 2030

Cadre d'action fondé sur la planification coordonnée, le suivi et l'évaluation,
l'appropriation et la responsabilisation, et la communication et la
sensibilisation

Date de la présente version : 14 mai 2021

Table des matières

1. Introduction	3
Objet	4
Élaboration conjointe du Programme pour la vaccination à l’horizon 2030	5
Principes directeurs	6
2. Cadre d’action du Programme pour la vaccination à l’horizon 2030.....	6
Planification opérationnelle coordonnée	7
Suivi et évaluation.....	8
Appropriation et responsabilisation	12
La communication et la sensibilisation comme éléments facilitateurs transversaux	17
3. Mise en œuvre du Programme à chaque niveau	18
Mise en œuvre au niveau national	18
Collaboration et soutien au niveau régional.....	20
Engagements mondiaux.....	22
4. Le Programme dans le contexte de la pandémie de COVID-19.....	23
5. Un programme d’apprentissage pour mieux définir la voie à suivre	25
Sigles et abréviations	27
Annexe 1 – Cadre de suivi et d’évaluation.....	28
Développement plus poussé des indicateurs relatifs aux objectifs d’impact et des indicateurs relatifs aux objectifs stratégiques prioritaires	68

METTRE EN ŒUVRE LE PROGRAMME POUR LA VACCINATION À L'HORIZON 2030

Cadre d'action fondé sur la planification coordonnée, le suivi et l'évaluation,
l'appropriation et la responsabilisation, et la communication et la sensibilisation

1. Introduction

1.1. En août 2020, la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le **Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 – Une stratégie mondiale pour ne laisser personne de côté** dans la résolution WHA73/(9). Ce programme définit ce qui doit être mis en place pour faire d'une réalité *un monde dans lequel chaque individu, où qu'il se trouve, quel que soit son âge, bénéficie pleinement des vaccins pour sa santé et son bien-être.*

1.2. Le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 est une **stratégie mondiale** créée pour la communauté internationale. Il exige la participation active de toutes les parties prenantes, qu'il s'agisse des acteurs de la vaccination ou d'autres domaines, comme le renforcement des systèmes de santé et les initiatives ciblant des maladies spécifiques. Même si le développement du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 a été confié à l'OMS, il est le fruit d'un travail d'élaboration mené conjointement avec l'ensemble des partenaires, qui aujourd'hui y adhèrent pleinement. Le Programme a été pensé pour servir les intérêts de **chaque pays sans exception**, quels que soient son niveau de revenu ou son emplacement géographique. Tout en reconnaissant que les mesures les plus déterminantes doivent être prises individuellement par les États Membres, le Programme vise à renforcer le processus d'appropriation par les pays, de manière à planifier et à mettre en œuvre des programmes de vaccination efficaces et complets.

1.3. La mise en œuvre du Programme repose sur quatre éléments opérationnels fondamentaux :

- la **planification opérationnelle** grâce à de stratégies régionales et nationales ;
- l'**appropriation et la responsabilisation** au travers de mécanismes ;
- le **suivi et d'évaluation** pour guider la mise œuvre ;
- la **communication et la sensibilisation** pour veiller à ce que la vaccination reste une priorité dans les programmes de santé et pour mobiliser le soutien apporté au Programme.

1.4. Alors que nous nous trouvons à un moment charnière pour la vaccination, la mise en œuvre du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 sera orientée en priorité vers **la riposte mondiale à la COVID-19** et le relèvement après les dégâts causés par la pandémie. L'urgence réside dans l'intensification rapide et équitable de la vaccination contre la COVID-19 dans tous les pays. Pour nombre d'entre eux, qui ne sont pas dotés d'un programme de vaccination des adultes, il s'agit d'un défi majeur. Par ailleurs, la priorité accordée actuellement à la lutte contre la COVID-19 entraîne la réaffectation des ressources consacrées jusque-là aux activités de vaccination, exigeant des pays qu'ils trouvent des solutions à l'interruption de leurs services de vaccination et d'autres soins de santé essentiels.

1.5. Ces difficultés ont inspiré les premières priorités de la mise en œuvre du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030. Le Programme apportera ainsi un appui à l'action collective immédiate visant à rattraper les vaccinations manquées et à rétablir les services essentiels. L'engagement pris

par le Programme de combler les lacunes en matière d'équité, et particulièrement de réduire le nombre de communautés qui ne reçoivent aucun vaccin essentiel, est plus important que jamais alors que les pays luttent pour relever le double défi de l'introduction des vaccins contre la COVID-19 et du maintien et de la consolidation des programmes de vaccination existants. Les enfants vivant dans des endroits ruraux reculés, dans des bidonvilles et dans des communautés touchées par un conflit ne doivent pas être laissés pour compte quand le monde se relèvera de la COVID-19.

1.6. Dans ce but, le rétablissement des programmes de vaccination apportera une contribution majeure au renforcement des systèmes de soins de santé primaires. Des programmes de vaccination des enfants et des adultes efficaces, y compris contre la COVID-19, seront au cœur de systèmes de soins de santé primaires résilients et pérennes, eux-mêmes essentiels à la sécurité future de la santé mondiale.

Objet

1.7. Le présent **cadre d'action** décrit la manière dont chacun des quatre éléments fondamentaux devra être intégré afin de garantir la réussite de la mise en œuvre de la stratégie du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030, et de concrétiser la vision de ce dernier.

1.8. Le présent document propose la synthèse d'un ensemble de considérations d'ensemble, avant d'aborder les aspects suivants :

- Comment les quatre éléments fondamentaux forment ensemble un **cadre d'action** (Section 2).
- Comment ces quatre éléments seront **transposés pour une mise en œuvre** aux niveaux national, régional et mondial (Section 3).
- Considérations supplémentaires face au contexte actuel de la **pandémie de COVID-19** (Section 4).
- Comment un **programme d'apprentissage** pourra aider à trouver la voie à suivre (Section 5).

Une **annexe** donne une description plus détaillée de la démarche de suivi et d'évaluation.

1.9. D'abord élaboré en novembre 2020, le présent document a été mis à jour pour refléter le contenu des dernières consultations avec les **États Membres de l'OMS¹** et le **Conseil exécutif de l'OMS**, ainsi que les suggestions d'autres parties prenantes.

1.10. Ce guide est un **document évolutif** qui sera mis à jour au cours des dix prochaines années pour tenir compte des premières expériences de mise en œuvre, des nouvelles priorités ainsi que des défis et besoins émergents. En particulier, les indicateurs du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 exigeront un examen critique et des ajustements en fonction de l'évolution de la pandémie de COVID-19 et de ses répercussions sur les programmes de vaccination. Le Programme d'apprentissage du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 offre un premier cadre pour la mise à jour du présent document.

¹ Les consultations des États Membres ont eu lieu en décembre 2020 et le 8 avril 2021.

Élaboration conjointe du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030

1.11. Tout au long de 2019, la stratégie et le document présentant la vision du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 ont été élaborés conjointement avec les États Membres et des partenaires déterminés à améliorer les résultats en matière de vaccination. Cette démarche conjointe s'est poursuivie en 2020 et 2021, et a constitué le fondement de l'élaboration des éléments opérationnels décrits dans le présent document.

1.12. La planification de la mise en œuvre du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 s'appuie sur les enseignements tirés du Plan d'action mondial pour les vaccins (PAMV)². En outre, chacun des quatre éléments opérationnels a été façonné à partir d'un large éventail de contributions des parties prenantes :

- L'élaboration du modèle pour **l'appropriation et la responsabilisation** et des orientations en matière de **planification opérationnelle** a été menée par l'équipe centrale des partenaires du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030.³ Des consultations poussées ont eu lieu en juillet et en août 2020 avec des parties prenantes très diverses, parmi lesquelles des hauts fonctionnaires gouvernementaux, des responsables de programmes nationaux de vaccination, des représentants de groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination, des universitaires, des acteurs de secteurs autres que celui de la santé, des organisations de la société civile et des partenaires de développement pour les pays à revenus faible, intermédiaire et élevé.
- Les conseils relatifs au **suivi et à l'évaluation** ont été mis au point par une équipe spéciale composée de représentants de pays et de Régions, en collaboration avec les principaux partenaires du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030, les groupes de travail des sept priorités stratégiques du Programme, et en consultation avec un groupe de réflexion comprenant d'autres représentants nationaux, les bureaux régionaux de l'OMS, le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) de l'OMS, des universitaires et des organisations de la société civile. À sa réunion d'octobre 2020, le SAGE a examiné les projets de modèle pour l'appropriation et la responsabilisation, et pour le suivi et l'évaluation. Le présent document intègre les révisions recommandées par le SAGE ainsi que les contributions additionnelles des partenaires de développement.
- Une stratégie de **communication et de sensibilisation** a été créée conjointement avec des partenaires de la vaccination, des spécialistes de la communication et de la sensibilisation et des organisations de la société civile aux niveaux national, régional et mondial. Des observations ont été recueillies par l'intermédiaire d'enquêtes, d'entretiens et de discussions en groupes dans les pays et les Régions, ainsi que des consultations nationales poussées sur l'appropriation et la responsabilisation. La stratégie élaborée conjointement est aujourd'hui mise en œuvre au travers d'un effort collaboratif visant à donner vie aux propositions d'activités de lancement, à un cadre d'élaboration de messages et à des structures, pour garantir la continuité de l'engagement tout au long de la décennie.

² <https://www.who.int/publications/i/item/the-global-vaccine-action-plan-2011-2020-review-and-lessons-learned-strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization>

³ L'équipe centrale du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030, dirigée conjointement par l'OMS et l'UNICEF, comptait parmi ses membres le Wellcome Trust, la Fondation Bill & Melinda Gates, le secrétariat de Gavi, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, et la Circonscription des organisations de la société civile de Gavi.

Principes directeurs

1.13. Le présent cadre d'action s'appuie sur les principes suivants :

- **Faire en sorte que le plus grand nombre s'approprie la vision du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030**, c'est-à-dire tous les acteurs de la vaccination, mais aussi les parties prenantes d'autres domaines, comme le renforcement des systèmes de santé et les initiatives ciblant des maladies spécifiques. L'appropriation par les pays est un élément essentiel qui permettra de concrétiser la vision du Programme, car ce sont les pays qui auront la responsabilité de mettre en œuvre les mesures déterminantes.
- **Mobiliser et renforcer les mécanismes existants** pour la coordination, la responsabilisation, la planification, le suivi et l'évaluation ainsi que la sensibilisation aux niveaux national, régional et mondial.
- **Promouvoir des cycles continus d'amélioration de la qualité**, en prenant appui sur des données récentes, fiables et adaptées aux besoins.
- **Mettre en place et consolider** la responsabilisation et l'alignement technique des parties prenantes pour répondre aux besoins des pays.
- **Faire en sorte que les efforts soient alignés sur** les plans nationaux et régionaux existants et aux stratégies mondiales, notamment les objectifs de développement durable (ODD), la couverture sanitaire universelle (CSU) et Gavi 5.0.

2. Cadre d'action du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030

2.1. Quatre éléments opérationnels fondamentaux doivent être intégrés pour **autonomiser les acteurs et les encourager** à prendre des mesures dans le but de faire progresser la mise en œuvre du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 (**Figure 1**).

Figure 1 : Cadre d'action fondé sur quatre éléments opérationnels fondamentaux, moteurs de la mise en œuvre du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030



2.2. Chacun de ces éléments est essentiel à l'amélioration continue de la qualité des programmes de vaccination et à d'autres avancées requises pour concrétiser la vision du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 :

1. **Planification opérationnelle coordonnée** comprenant des mesures classées par ordre de priorité pour la mise en œuvre par les pays, les Régions et les partenaires et accompagnées d'annexes techniques proposant des orientations relatives à chacune des sept priorités stratégiques du Programme.
2. **Suivi et évaluation**, à l'aide d'indicateurs sur les mesures prises, des progrès accomplis vers la réalisation des objectifs d'impact et des objectifs stratégiques prioritaires du Programme, afin d'éclairer la prise de mesures correctives le cas échéant.
3. **Appropriation et responsabilisation** au moyen de structures et de plateformes pour consigner les engagements pris par les parties prenantes, afin de rendre possible et d'aligner l'appui technique et de suivre les progrès accomplis.
4. **Communication et sensibilisation**, un élément facilitateur transversal qui permettra de coordonner les messages et les mesures aux moments clés afin d'atteindre les objectifs de responsabilisation tout au long de la décennie.

Planification opérationnelle coordonnée

2.3. La planification opérationnelle coordonnée par les États Membres, les organes régionaux, les partenaires de développement et la société civile rendra possible la concrétisation de la vision du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 en actions concrètes sur le court terme. Les États Membres devront profiter de la mise à jour de leurs stratégies et plans d'action nationaux pour intégrer les priorités du Programme, en tenant compte de leurs compétences techniques et de leur contexte national. Les priorités concerneront tout d'abord l'intensification de la vaccination contre la COVID-19, et le rétablissement de la vaccination et d'autres services de santé essentiels pour retrouver des niveaux au moins équivalents à ceux datant d'avant la pandémie.

2.4. La coordination de la planification opérationnelle du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 se fait intégralement au travers des mécanismes existants (groupes consultatifs techniques régionaux et nationaux sur la vaccination) que les Régions et les États Membres utilisent pour définir leurs priorités en matière de vaccination et pour élaborer des plans de mise en œuvre destinés à atteindre les cibles des objectifs de développement durable liées à la santé. La planification tiendra compte des initiatives limitées dans le temps (Mécanisme COVAX, par exemple), complétera la stratégie de GAVI pour 2021-2025, et favorisera l'intégration des initiatives ciblant des maladies spécifiques. Même si les processus de planification ne seront pas identiques dans tous les pays et toutes les Régions, ils intégreront des étapes incontournables, de manière à garantir que les besoins en matière de vaccination sont pleinement compris, les lacunes sont comblées, les priorités tiennent bien compte du contexte local, les cibles sont adaptées et réalistes, et les ressources allouées sont suffisantes.

2.5. Les principales étapes de la planification consistent à examiner les données probantes et les enseignements tirés, comprendre les causes profondes et déterminer les points à améliorer en réunissant les parties prenantes concernées issues des secteurs de la vaccination, de la santé et au-delà. Les processus de planification feront référence aux meilleures pratiques et s'appuieront sur les dernières orientations techniques disponibles (comme celles données dans les annexes techniques du Programme). Afin de seconder les pays dans leur processus de planification, l'OMS publie des

orientations mises à jour sur l'élaboration de **stratégies nationales de vaccination**. Il sera aussi important que les organisations de la société civile et les partenaires de développement alignent leurs contributions destinées à la réalisation des objectifs et des cibles du Programme.

2.6. La planification opérationnelle du Programme permettra également de renforcer l'alignement et l'intégration des initiatives de maîtrise, d'élimination et d'éradication de maladies spécifiques, comme la poliomyélite, la rougeole et la rubéole. En définissant sa nouvelle stratégie finale, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP)⁴ exprime ses engagements envers le Programme et montre comment l'intégration de l'éradication de la poliomyélite et des activités de vaccination essentielles pourront contribuer aux priorités stratégiques du Programme. De la même manière, le nouveau cadre stratégique décennal de l'Initiative contre la rougeole et la rubéole⁵ définit clairement ses contributions à chaque priorité stratégique du Programme, favorisant ainsi son intégration dans les processus de planification nationaux et régionaux.

Suivi et évaluation

Le **cadre de suivi et d'évaluation** du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 comprend des indicateurs fondés sur les mesures prises, dans le but d'autonomiser la mise en œuvre de cycles de suivi, d'évaluation et d'action, dont des boucles de rétroaction efficaces aux niveaux national, régional et mondial.

2.7. Les cycles de suivi, d'évaluation et d'action, appuyés par des examens techniques indépendants réguliers menés au niveau national, régional et mondial, encouragent les parties prenantes des programmes de vaccination à toujours se poser les questions suivantes :

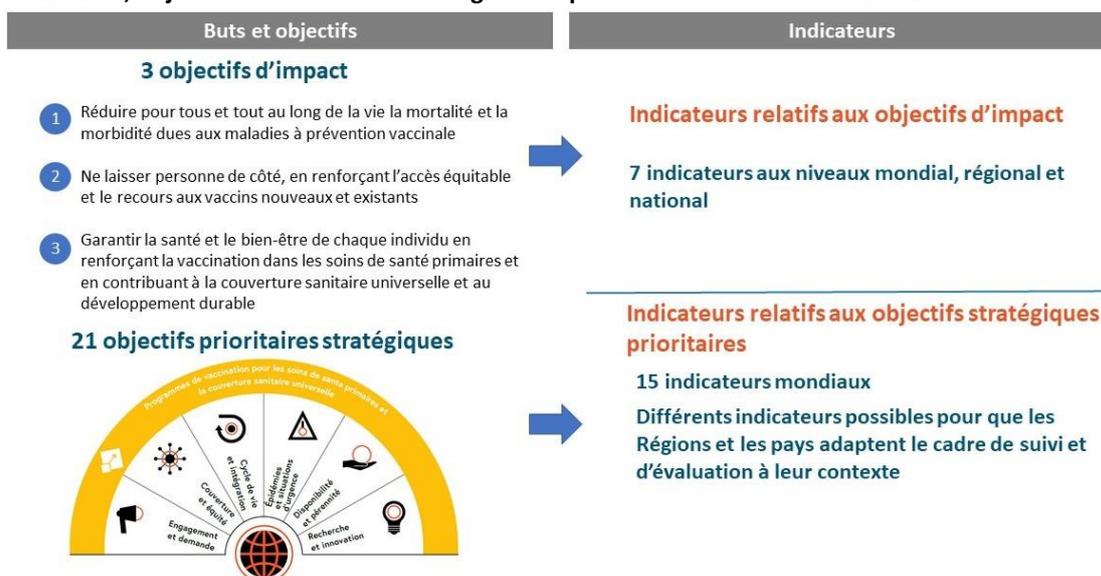
- *Où en sommes-nous ? (Suivre)*
- *Comment faire mieux ? (Évaluer)*
- *Qui est responsable, et de quoi, afin d'apporter des améliorations ? (Agir)*

2.8. Le cadre de suivi et d'évaluation inclut des **indicateurs adaptés** pour permettre l'utilisation de données aux fins de l'amélioration continue des programmes de vaccination à tous les échelons. Il fournit des indicateurs de suivi des progrès accomplis vers la réalisation des trois objectifs d'impact du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 et des 21 objectifs contenus dans ses sept priorités stratégiques (**Figure 2**).

⁴ La stratégie contre la poliomyélite n'est pas encore disponible.

⁵ Disponible à l'adresse <https://measlesrubellainitiative.org/learn/the-solution/the-strategy/>.

Figure 2 : Buts, objectifs et indicateurs du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030



Indicateurs relatifs aux objectifs d'impact

2.9. Il existe sept indicateurs d'objectif d'impact (**Tableau 1**). Ils mesurent les résultats et l'impact à tous les niveaux (national, régional et mondial) afin de suivre les progrès accomplis vers la réalisation des trois objectifs d'impacts du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030. Les avancées sont mesurées au regard de cibles prédéterminées pour chaque indicateur. Une description détaillée de chacun des indicateurs, présentant également les méthodes employées pour la définition des cibles et les principales utilisations de l'indicateur pour le suivi, l'évaluation et l'action, est fournie à l'**Annexe 1**.

Tableau 1 : Indicateurs relatifs aux objectifs d'impact et cibles proposés⁶

Objectif d'impact	Indicateur	Cible à l'horizon 2030	
1 Prévention des maladies	Sauver des vies	1.1 Nombre de décès futurs évités grâce à la vaccination ¹	50 millions futurs décès évités dans le monde
	Combattre, éliminer et éradiquer les MPV	1.2 Nombre et pourcentage de pays ayant atteint les cibles régionales et mondiales relatives à la maîtrise, à l'élimination et à l'éradication des MPV ²	Tous les pays atteignent les cibles régionales ou mondiales relatives à la maîtrise, l'élimination et l'éradication des MPV
	Réduire les flambées de MPV	1.3 Nombre de flambées dévastatrices ou de grande ampleur de MPV ³	Tendance à la baisse du nombre mondial annuel de flambées dévastatrices ou de grande ampleur pour toutes les MPV ³
2 Promotion de l'équité	Ne laisser personne de côté	2.1 Nombre d'enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin	Réduction de 50 % du nombre d'enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin aux niveaux national, régional et mondial
	Donner accès à tous les vaccins	2.2 Introduction de vaccins nouveaux ou sous-utilisés ⁴ dans les pays à revenus faible et intermédiaire	500 introductions de vaccins
3 Mise en place de programmes de vaccination solides	Vacciner tout au long de la vie	3.1 Couverture vaccinale tout au long de la vie (DTC3, MCV2, VPC3, PVH) ⁵	Couverture mondiale de 90 % pour le DTC3, le MCV2, le VPC3 et le PVH
	Contribuer aux SSP et à la CSU	3.2 Indice de la couverture des services pour la CSU	Amélioration de l'indice de couverture des services pour la CSU aux niveaux national, régional et mondial

1. Antigènes vaccinaux inclus : hépatite B, Hib, PVH, encéphalite japonaise, rougeole, méningocoque A, Streptococcus pneumoniae, rotavirus, rubéole, fièvre jaune, diphtérie, tétanos, coqueluche, BCG. Calcul par rapport à un niveau de couverture de zéro (absence de vaccination) ; la cible inclut les décès évités pendant toute la durée de vie de la cohorte de naissance grâce à des vaccins administrés entre 2021 et 2030.
2. Éradication (poliomyélite), élimination de la transmission (rougeole, rubéole), élimination en tant que problème de santé publique (VPH, TMN, hépatite B), maîtrise (encéphalite japonaise).
3. Les flambées dévastatrices ou de grande ampleur de rougeole, de poliomyélite, de méningocoque, de fièvre jaune, de choléra et de maladie à virus Ebola seront définies selon des critères propres à chaque maladie.
4. Vaccins inclus : doses de naissance du vaccin anti-hépatite B, Hib, PVH, VPI2, MCV2, VPC, rotavirus, rubéole, rappel du DTC, COVID-19, encéphalite japonaise, fièvre jaune, méningocoque A, vaccin antiméningocoque multivalent, typhoïde, choléra, dengue, hépatite A, grippe, varicelle et oreillons. Le paludisme et d'autres vaccins présentant un intérêt pourront être ajoutés selon les recommandations.
5. La couverture de la vaccination contre la COVID-19 pourra être incluse.

Indicateurs relatifs aux objectifs stratégiques prioritaires

2.10. Les indicateurs relatifs aux objectifs stratégiques prioritaires sont conçus pour suivre les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs stratégiques prioritaires du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030. Ils aideront également à définir les possibles causes profondes des réussites ou des échecs rencontrés, afin que des mesures d'amélioration des résultats programmatiques puissent être recommandées et mises en œuvre. Ces indicateurs rassemblent des mesures de données d'entrée, de processus, de données de sortie et de résultats, et reflètent les besoins en matière de suivi des performances aux niveaux national, régional et mondial. Compte tenu des variations importantes existant entre les pays et entre les Régions, aucune cible mondiale n'a été définie pour ces indicateurs. Les Régions et les pays sont invités à évaluer la donnée de référence pour chaque indicateur et à définir des cibles qui reflètent leur contexte local.

- **Les indicateurs nationaux relatifs aux objectifs stratégiques prioritaires** sont destinés à être utilisés par les entités nationales pour évaluer les progrès accomplis, recommander des mesures pour l'amélioration des résultats en matière de vaccination, et pour éclairer le classement des priorités relatives aux ressources et leur allocation, ainsi que l'élaboration de politiques aux niveaux des établissements de santé, infranational et national. En complément des indicateurs mondiaux et régionaux, les bureaux nationaux

⁶ 1. Les antigènes vaccinaux comprenaient : HepB, Hib, VPH, EJ, rougeole, MenA, pneumonie à streptocoques, rotavirus, rubéole, fièvre jaune, diphtérie, tétanos, coqueluche, BCG. Mesuré par rapport à des niveaux de couverture nuls (absence de vaccination) ; l'objectif comprend les décès évités au cours de la durée de vie de la cohorte de naissance grâce aux vaccins administrés au cours de la période 2021-30.

2. Éradication (polio), élimination de la transmission (rougeole, rubéole), élimination en tant que problème de santé publique (VPH, TMN, hépatite B), contrôle (encéphalite japonaise)

3. Les épidémies importantes ou perturbatrices de rougeole, de poliomyélite, de méningocoque, de fièvre jaune, de choléra et à virus Ebola seront définies pour chaque maladie sur la base de critères.

4. Vaccins inclus : Dose à la naissance HepB, Hib, VPH, VPI2, VAR2, VPC, rotavirus, rubéole, rappel DTC, COVID-19, EJ, FJ, MenA, méningite multivalente, typhoïde, choléra, dengue, rage, HepA, grippe, varicelle et oreillons. Le vaccin contre le paludisme et d'autres vaccins pertinents seront potentiellement inclus lorsqu'ils seront recommandés.

5. La couverture vaccinale contre la COVID-19 sera potentiellement incluse.

et régionaux de l'OMS et de l'UNICEF sont invités à seconder les États Membres dans leur processus de sélection des indicateurs relatifs aux objectifs stratégiques prioritaires supplémentaires, de manière à adapter le suivi et l'évaluation des stratégies et des plans nationaux pour la santé ou la vaccination aux besoins et au contexte locaux.

- **Les indicateurs régionaux relatifs aux objectifs stratégiques prioritaires** sont destinés à être utilisés par les organismes régionaux pour évaluer les progrès accomplis, recommander des mesures pour l'amélioration des résultats et éclairer les décisions concernant l'appui technique à apporter aux pays.⁷ Pour compléter les indicateurs mondiaux, les bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNICEF sont invités à sélectionner des indicateurs supplémentaires adaptés au contexte et aux besoins de la Région.
- **Les indicateurs mondiaux relatifs aux objectifs stratégiques prioritaires (n=15)** sont destinés être utilisés pour évaluer les progrès accomplis, recommander des mesures d'amélioration des résultats au niveau mondial et mettre en évidence les principales lacunes devant être examinées plus précisément et comblées aux niveaux national et régional (**Tableau 2**). Une description détaillée de chaque indicateur est donnée à l'**Annexe 1**.

Tableau 2 : Indicateurs mondiaux relatifs aux objectifs stratégiques prioritaires du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 (n=15)

PS 1 : Programmes de vaccination pour les SSP et la CSU	PS 2 : Engagement et demande	PS 4 : Parcours de vie et intégration	PS 6 : Disponibilité et pérennité
<p>1.1 Pourcentage de pays pouvant démontrer l'adoption d'un mécanisme de suivi, d'évaluation et d'action aux niveaux national et infranational</p> <p>1.2 Densité des médecins et des personnels infirmiers et obstétriques pour 10 000 habitants</p> <p>1.3 Pourcentage de pays dans lesquels 90 % des districts signalent dans les temps les cas suspects de toutes les MPV prioritaires incluses dans la surveillance nationale</p> <p>1.4 Pourcentage de temps de disponibilité complète de vaccins contenant les valences DTC et la valence rougeole (moyenne des pays)</p> <p>1.6 Proportion de pays ayant établi des rapports d'innocuité sur au moins un cas individuel documenté de MAPI par million d'habitants</p>	<p>2.1 Pourcentage de pays dotés d'une législation favorable à la vaccination en tant que bien public</p> <p>2.2 Pourcentage de pays ayant mis en œuvre des stratégies comportementales ou sociales (de stimulation de la demande) pour remédier à la sous-vaccination</p>	<p>4.1 Étendue de la protection (couverture moyenne pour tous les antigènes vaccinaux recommandés par l'OMS, par pays)</p>	<p>6.1 État de santé du marché des vaccins, ventilé par antigène vaccinal et par typologie des pays**</p> <p>6.2 Pourcentage de pays dont les dépenses des autorités publiques et des donateurs consacrées aux soins de santé primaires ont augmenté ou sont restées stables</p> <p>6.3 Pourcentage de pays dont les dépenses consacrées aux vaccins du calendrier national de vaccination financées par des fonds publics nationaux ont augmenté</p>
	PS 3 : Couverture et équité	PS 5 : Flambées et situations d'urgence	PS 7 : Recherche et innovation
	<p>3.2 Couverture du DTC3, du MCV1 et du MCV2 dans 20 % des districts ayant la plus faible couverture (moyenne des pays)</p>	<p>5.1 Pourcentage de flambées* de poliomyélite, de rougeole, de méningocoque, de fièvre jaune, de choléra et de maladie à virus Ebola ayant fait l'objet d'une détection et d'une riposte rapides</p>	<p>7.1 Pourcentage de pays dotés d'un programme de recherche sur la vaccination</p> <p>7.2 Progrès accomplis vers la réalisation des cibles mondiales en matière de recherche-développement***</p>

* Sont uniquement incluses les flambées ayant fait l'objet de campagnes vaccinales de riposte spécifiques.
 ** Les éléments ci-après seront mesurés : offre répondant à la demande ; risques liés à un fournisseur unique ; capacité tampon ; concurrence sur le long terme.
 *** Les cibles seront définies au plus tard en 2022 et adoptées par le SAGE.

2.11. Grâce au suivi et à l'analyse des indicateurs du Programme, les organismes indépendants d'examen technique sont en mesure de recommander l'évaluation plus approfondie de certains domaines par les organes nationaux et régionaux et par les groupes de travail du Programme, comme exposé dans la section suivante. L'évaluation des politiques, des stratégies et des interventions qui correspondent à chaque priorité stratégique sera encouragée aux niveaux national, régional et mondial dans le cadre des cycles de suivi, d'évaluation et d'action. Diverses méthodes d'évaluation seront nécessaires pour examiner les politiques, les stratégies et les interventions dans les différents contextes. Le processus d'évaluation mené par les groupes de travail pourra être éclairé par l'engagement consultatif mené auprès des pays, des Régions, des partenaires et de la société civile et par les commentaires de groupes d'examen technique indépendants (le SAGE ou les

⁷ Des orientations relatives à la sélection des indicateurs relatifs aux objectifs stratégiques prioritaires sont données à l'Annexe 1.

groupes consultatifs techniques régionaux sur la vaccination, par exemple), ainsi que par le partenariat mondial du Programme.

Appropriation et responsabilisation

2.12. La concrétisation de la vision présentée dans la stratégie décennale du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 dépendra des nombreuses et diverses parties prenantes, qui assument chacune des responsabilités convenues pour atteindre les buts fixés (**appropriation**). Tout en veillant à ce que ces contributions soient comprises, effectives et suivies, un processus de contrôle des responsabilités incombant aux parties prenantes (**responsabilisation**) aidera les pays et les partenaires à rester sur la bonne voie.

2.13. Ainsi, le modèle d'appropriation et de responsabilisation du Programme rend visibles les engagements pris par les parties prenantes et garantit la responsabilisation de celles-ci au moyen d'un suivi régulier. En prenant appui sur le cadre de suivi et d'évaluation du Programme, les partenaires de tous les niveaux disposeront des données nécessaires à l'évaluation des progrès accomplis et des résultats obtenus par rapport à des valeurs-étapes, pour leur permettre de prendre des mesures correctives le cas échéant.

2.14. Comme l'explique le Rapport 2020 du Groupe indépendant d'experts chargés du suivi des responsabilités des Nations Unies⁸, l'efficacité d'un cadre de responsabilisation repose sur quatre piliers liés les uns aux autres, qui posent les questions suivantes :

- **Engagement** : Avons-nous pris des engagements relatifs à des objectifs précis, des responsabilités définies et des ressources nécessaires ?
- **Justification** : Nos décisions et nos actions visant à contribuer à la réalisation d'objectifs et à l'exercice de droits trouvent-elles une justification dans des faits probants, dans un texte juridique ou dans l'état de droit ?
- **Mise en œuvre** : Allons-nous effectuer un suivi et un examen des données, notamment par l'intermédiaire d'une évaluation indépendante, prévoir des recours et prendre les mesures nécessaires ?
- **Progression** : Allons-nous progresser de manière continue, efficace, efficiente et équitable vers la réalisation des objectifs et l'exercice des droits convenus ?

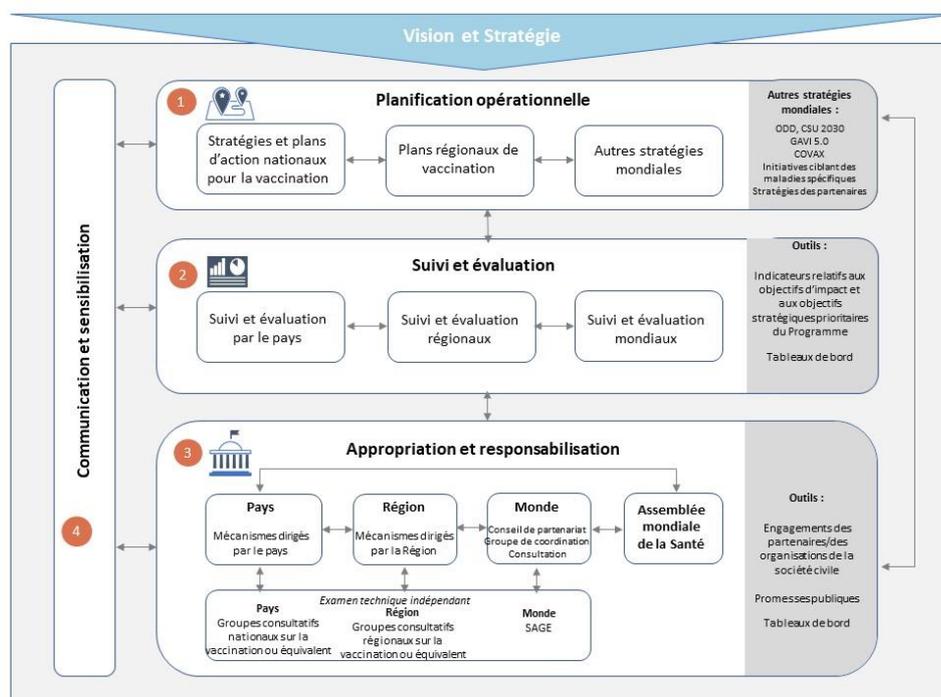
2.15. Ce cadre de bonnes pratiques guide la conception d'une démarche d'appropriation et de responsabilisation qui intègre les structures, les outils et la circulation de l'information nécessaires (**Figure 3**).

2.16. Les États Membres et les partenaires de développement ont souhaité inclure dans la démarche d'appropriation et de responsabilisation un recours plus systématique et coordonné aux structures existantes aux niveaux national, régional et mondial. En outre, il est prévu que les contributions apportées par les partenaires de développement (y compris du secteur privé) et les organisations de la société civile devront être adaptées aux contextes nationaux et régionaux et

⁸ UN Secretary-General's Independent Accountability Panel (IAP) for Every Woman Every Child. 2020 Report. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020

bénéficier d'une visibilité accrue, avec une consolidation des initiatives relatives à différentes maladies à prévention vaccinale.

Figure 3 : Circulation de l'information dans le cadre du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030, fondée sur les quatre éléments opérationnels



Un modèle de partenariat mondial

2.17. Le **modèle de partenariat mondial** du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 établit un forum global sur la vaccination qui vise à représenter les intérêts de tous les pays, à donner la parole aux parties prenantes de la société civile, et à aborder toutes les maladies à prévention vaccinale. Pour ce faire, il combinera l'engagement consultatif par l'intermédiaire de groupes de travail, l'alignement opérationnel au travers d'un groupe de coordination et la direction politique via un conseil de partenariat. Il utilisera les derniers outils élaborés pour mettre une meilleure visibilité et davantage de données probantes au service des décisions prises par les partenaires concernant des mesures correctives aux niveaux national, régional et mondial afin de concrétiser la vision du Programme.

2.18. Le modèle comprend trois composantes liées entre elles, présentées ci-dessous (**Figure 4**), qui remplissent chacune un rôle important pour former le socle du partenariat mondial du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030. Ensemble, elles comblent une importante lacune des structures générales d'appropriation et de responsabilisation, conformément à la vision et à la stratégie nouvelles définies pour la décennie. Ces trois composantes feront l'objet d'une description plus détaillée fournie dans une annexe relative à l'appropriation et à la responsabilisation, qui sera ajoutée ultérieurement au présent document.

Figure 4 : Les trois composantes du modèle mondial d'appropriation et de responsabilisation du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030



2.19. Les principes suivants guideront le fonctionnement du modèle mondial d'appropriation et de responsabilisation :

- **Offrir quelque chose de différent aux parties prenantes** : afin d'éviter tout chevauchement, le modèle donnera la priorité à la vaccination, tout en associant étroitement d'autres programmes sanitaires plus vastes, comme la couverture sanitaire universelle et la santé maternelle, néonatale et infantile.
- **Donner la parole à tous les pays, toutes les Régions et toutes les communautés** : la démarche suivie fera en sorte que tous les groupes de parties prenantes participent véritablement aux délibérations internationales.
- **Prendre appui sur les structures nationales et régionales** : divers forums existants seront mis à profit pour examiner les progrès accomplis par les partenaires de développement, les organisations de la société civile et les États Membres au regard de leurs promesses et des cibles qui auront été préalablement consignées dans des tableaux de bord.
- **Apporter des solutions à la fragmentation** : pour créer un consensus et inciter les partenaires à travailler plus efficacement dans le cadre d'initiatives ciblant des maladies spécifiques.
- **Mettre l'accent sur les priorités** : le dialogue mondial et les mesures qui en découleront porteront sur les pays et les thèmes définis comme prioritaires à l'aide de données probantes et par l'intermédiaire de processus consultatifs et de groupes de travail thématiques.
- **Garder une composante technique** : dans le but de prendre appui sur les collaborations efficaces qui ont donné naissance aux priorités stratégiques du Programme, les groupes de travail du Programme se réuniront régulièrement de manière à contribuer à l'alignement technique dans les domaines relatifs aux priorités stratégiques, façonnant ainsi la coordination et la prise de mesures au niveau mondial.
- **Fixer un terme** : compte tenu de la complexité et de l'évolution constante du paysage de la santé mondiale, avec ses myriades d'initiatives et ses multiples mécanismes de partenariat, le modèle sera opérationnel pendant trois ans. Il fera ensuite l'objet d'un

examen exhaustif mené par les partenaires dans le but de définir sa valeur et de décider de son avenir.

Groupes de travail et engagement consultatif

2.20. **Des groupes de travail** ont été formés initialement pour définir les priorités stratégiques du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 dans un objectif de développement collaboratif de la vision et de la stratégie du Programme (en 2019) et de ses annexes techniques (en 2020). Les groupes de travail continueront de jouer un important rôle fédérateur pour 2021-2023 en apportant un appui aux discussions thématiques et à l'alignement technique dans des domaines précis ou transversaux, notamment en soutenant les efforts mondiaux de suivi et d'évaluation et de communication et de sensibilisation. Ils peuvent compléter, étendre, intégrer ou rejoindre les mécanismes déjà en place aux niveaux mondial ou régional tels que ceux établis dans le cadre du Mécanisme COVAX ou de GAVI 5.0 et/ou pour les initiatives de lutte contre les maladies. Les groupes de travail façonneront les discussions tenues régulièrement à l'échelon opérationnel, définiront les domaines devant faire l'objet d'une attention particulière de la part des acteurs régionaux ou mondiaux, et apporteront leur contribution aux structures internationales telles que le Groupe de coordination et le Conseil de partenariat présentés plus bas.

2.21. **Un processus d'engagement consultatif** concernant les différents aspects de la mise en œuvre du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 sera mené auprès des pays, des Régions, des organisations de la société civile et des autres partenaires afin de permettre un échange en temps réel sur les réussites et les défis des programmes de vaccination et d'offrir un outil d'apprentissage par les pairs et de partage des connaissances entre les secteurs et les pays. Suivant un roulement, et en fonction des thèmes proposés par les pays et les Régions, les groupes de travail (ou les circonscriptions ou communautés de pratique du partenariat) seront secondés pour organiser des événements virtuels multilingues et ouverts, dont le format sera structuré et les moyens de facilitation définis de manière à permettre une plus grande participation de chacun. Ces « points de contact » contribueront à définir et à faire remonter les problèmes afin qu'ils soient examinés par le Groupe de coordination et le Conseil de partenariat. Ils participent ainsi au « mouvement » du Programme, en donnant aux Régions, aux pays et aux organisations de la société civile l'occasion de présenter leurs perspectives de manière prévisible et structurée pour qu'elles soient prises en compte dans les discussions mondiales.

Coordination

2.22. Le **Groupe de coordination du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030** comprendra 7 à 8 directeurs de programme des principaux organismes et partenaires de vaccination. Endossant des rôles de surveillance au niveau mondial, ces personnes examineront les commentaires reçus par le biais des Groupes de travail du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 et de l'engagement consultatif, facilitant le développement de solutions visant à résoudre les goulots d'étranglement opérationnels et à assurer l'alignement technique. Le Groupe de coordination fournira également des conseils sur la préparation des rapports officiels du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 (par exemple pour Assemblée mondiale de la Santé, SAGE) et établira l'ordre du jour des réunions de l'IAPC.

2.23. Les principaux partenaires se réuniront chaque mois et devront entretenir un dialogue régulier (et plus informel) aux fins de la mise en œuvre du Programme. Un **secrétariat** « virtuel », de taille réduite, sera établi. Composé de personnel issu d'organisations partenaires spécialement affecté, il aura pour mission d'apporter un appui logistique et technique au Groupe de coordination du Programme et à ses structures connexes.

Direction

2.24. Le **Conseil de partenariat du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 (IAPC)** se compose de 10 à 12 hauts dirigeants des partenaires de la vaccination opérant au niveau mondial ainsi que de représentants des pays, des régions et de la société civile. L'IAPC renforce, complète et s'appuie sur les structures existantes aux niveaux national et régional, et concentre l'attention des partenaires mondiaux sur les domaines techniques prioritaires, les goulots d'étranglement de mise en œuvre, les progrès par rapport aux objectifs mondiaux de vaccination et les engagements des partenaires. Il a été créé pour jouer le rôle d'un mécanisme de responsabilisation (ou de structure de gouvernance) afin de lancer la décennie du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 avec trois objectifs principaux :

- Suivre et examiner les progrès accomplis au regard des **cibles du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030** et du **soutien apporté par les partenaires mondiaux** ;
- **Promouvoir** des actions clés définies permettant de progresser davantage, **investir** dans ces actions et **veiller à leur harmonisation** ;
- Mobiliser les **dirigeants politiques** et guider l'action des **partenaires mondiaux**.

Engagements des partenaires

2.25. Le financement national restera la contribution globale la plus importante en faveur de la vaccination. Les partenaires de développement et les OSC préciseront leurs engagements et contributions supplémentaires prévus, alignés sur leurs rôles techniques et les priorités stratégiques du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030. Cela garantira une plus grande transparence, facilitera le suivi de leurs contributions et favorisera la responsabilisation pour la réalisation des objectifs du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030. Ce processus est actuellement en cours d'élaboration et vise à compléter et à s'aligner sur les mécanismes d'annonce de contributions existants tels que Gavi, IMEP (Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite) et d'autres.

2.26. Les engagements peuvent prendre diverses formes. Certains partenaires pourraient assurer un soutien financier, des ressources humaines ou un soutien logistique (par exemple, la gestion du Secrétariat du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030). D'autres pourraient entreprendre la direction technique de domaines prioritaires stratégiques spécifiques au Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 au niveau mondial, régional ou national, ou assumer des rôles clés en matière de communication et de sensibilisation à l'échelle régionale.

2.27. Au niveau mondial, les partenaires de développement et les OSC peuvent cartographier les engagements existants pour évaluer les lacunes et éclairer les efforts de mobilisation. À terme, ces engagements (actuels et nouveaux) pourraient faire partie des Tableaux de bord (voir section suivante) et être mis à disposition sur le site Web du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030. Chaque année, l'IAPC examinera les progrès accomplis par rapport à ces engagements, avec des mises à jour attendues tous les 3 à 5 ans. Aux niveaux régional et national, la fréquence des annonces de contributions sera ajustée aux cycles de planification des régions et des États membres et se déroulera dans le cadre des mécanismes de coordination existants.

Tableaux de bord adaptés

2.28. Des tableaux de bord seront employés pour suivre les progrès accomplis grâce aux indicateurs relatifs aux objectifs d'impact et aux objectifs stratégiques prioritaires du Programme, et aux engagements en matière de ressources techniques, financières et liées à la sensibilisation. Ces tableaux de bord seront utilisés pour remplir deux objectifs distincts :

- Mesurer les progrès accomplis au regard des objectifs d'impact et des objectifs stratégiques prioritaires du Programme, et voir les contributions nationales, régionales et mondiales apportées aux fins de la réalisation de ces objectifs.
- Mesurer les progrès accomplis au regard des promesses rendues publiques des partenaires de développement et des organisations de la société civile aux niveaux national, régional et mondial.

2.29. Les tableaux de bord seront adaptés pour être utilisés par les pays, les Régions et les acteurs mondiaux. Ils éclaireront la prise de décisions, attireront l'attention sur les priorités, mettront en avant les progrès accomplis, encourageront l'apprentissage entre les États Membres, apporteront un soutien aux efforts de mobilisation des ressources, de planification et de collaboration, et guideront la prise de mesures correctives. Cette approche adaptée contribuera à une meilleure responsabilisation des pays, des partenaires de développement et des organisations de la société civile.

2.30. Chaque année, l'OMS apportera son concours au développement de tableaux de bord mondiaux en compilant les données des indicateurs du cadre de suivi et d'évaluation du Programme et d'autres sources (promesses des partenaires, par exemple). Ces tableaux feront l'objet d'un examen au niveau mondial par le Conseil de partenariat et par des organismes d'examen technique indépendants. Des modèles de tableaux de bord seront fournis aux Régions et aux pays afin de favoriser la mise en place d'un suivi, d'une évaluation et d'une action adaptés aux besoins.

La communication et la sensibilisation comme éléments facilitateurs transversaux

2.31. **La communication et la sensibilisation** seront essentielles pour soutenir la planification opérationnelle coordonnée, le suivi et l'évaluation ainsi que l'appropriation et la responsabilisation, car elles guideront l'engagement politique, l'appropriation par les pays et la notoriété du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030.

2.32. La stratégie de communication et de sensibilisation est guidée par les principaux objectifs suivants :

- Veiller à ce que la **vaccination reste une priorité du programme de santé mondial** et qu'elle soit intégrée dans d'autres thèmes plus larges comme les objectifs de développement durable, la couverture sanitaire universelle, la nutrition ou les questions de genre.
- Veiller à ce que les États Membres **s'approprient largement** le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 et l'utilisent pour définir leurs priorités et guider leurs progrès en matière de vaccination.
- Renforcer la **responsabilisation en matière de progrès** accomplis vers la réalisation des objectifs de vaccination, et saluer et célébrer les réussites.

2.33. La stratégie de communication et de sensibilisation suivra une approche qui lui permettra d'être acceptée, sur les plans technique et culturel, dans des **contextes régionaux et nationaux différents**, et de contribuer à générer un mouvement social de grande ampleur en faveur de la vaccination. Les messages utiliseront une langue et des concepts accessibles au plus grand nombre, de manière à s'adresser à toutes les strates de la communauté.

2.34. Les messages essentiels concernent l'importance de la vaccination pour la sécurité sanitaire mondiale, le fait qu'elle peut servir de fondation à des systèmes de soins de santé primaires résilients et pérennes qui permettent de parvenir à la couverture sanitaire universelle, l'importance de l'accès et de l'équité (notamment la vaccination des enfants qui n'en ont pas bénéficié jusque-là), et le rôle de l'innovation dans l'amélioration de la portée et de l'impact des programmes de vaccination.

2.35. La clé de la réussite du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 sera de veiller à la participation continue des partenaires et à l'engagement durable en faveur de la vision commune. C'est pourquoi la création de structures et d'activités visant à entretenir l'élan donné par le lancement du programme sera centrale pour rendre opérationnelles la communication et la sensibilisation. Un objectif fondamental sera de mobiliser les partenaires de manière régulière au moment de franchir des étapes cruciales et lors d'occasions particulières, créant ainsi un rythme d'activités continu tout au long de la décennie. Ainsi, la vaccination restera une priorité des programmes de santé aux niveaux mondial et régional, et un soutien ou un mouvement en faveur de la vaccination pourra voir le jour au sein de la société. Les efforts de communication et de sensibilisation seront menés en collaboration étroite avec les groupes de travail du Programme afin d'aligner les priorités, d'identifier les engagements pouvant être pris, de coordonner les mesures et de renforcer la responsabilisation relative aux cibles du Programme, et de célébrer les accomplissements.

2.36. Des initiatives souples et modulables, adaptées à une variété de publics différents, aideront aussi les Régions et les États Membres à contextualiser les données et les faits probants ainsi qu'à diffuser les messages sur un ensemble de plateformes. La stratégie de communication et de sensibilisation devra concorder avec le travail mené dans le cadre d'autres initiatives de communication afin de promouvoir la confiance accordée aux vaccins et la demande de vaccins.

3. Mise en œuvre du Programme à chaque niveau

3.1. Le Cadre d'action du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 sera mis en œuvre aux niveaux national, régional et mondial en prenant appui sur les principaux outils, structures et processus exposés ci-dessous.

Mise en œuvre au niveau national

3.2. La responsabilité finale de la mise en œuvre et du financement du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 incombe aux États Membres, par l'intermédiaire de leurs budgets et plans nationaux, y compris ceux relatifs à la vaccination contre la COVID-19 et au rétablissement des services de santé essentiels au cours des premières années du Programme. Les engagements pris par les pays jouent un rôle essentiel pour atteindre et pérenniser les cibles et les objectifs de vaccination au niveau national qui s'inscrivent dans la vision commune du Programme.

3.3. Chaque État Membre classera les éléments du Programme par ordre de priorité selon les contextes national et régional. Ainsi, nombre de pays vont sans doute donner la priorité à des plans nationaux concrets axés tout d'abord sur la mise en œuvre de la vaccination et le rétablissement des services de santé essentiels. Les pays dont le taux de couverture est élevé et dont les programmes bénéficient de ressources suffisantes pourront choisir de commencer par contrer les mouvements actifs sur les réseaux sociaux qui tentent de saper la confiance accordée aux vaccins. D'autres pays pourront donner la priorité à la mise à disposition de vaccins abordables et de qualité garantie ou à des stratégies destinées aux enfants qui passent au travers des services de santé intégrés. L'inclusion

de vaccins recommandés dans le programme de vaccination est une autre priorité possible. En définissant ses propres priorités dans le cadre du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030, chaque pays contribue à obtenir un impact mondial commun.

3.4. Les pays mettront en œuvre le Programme grâce à leurs stratégies et plans nationaux (**Tableau 3**) en prenant appui sur :

- **Les contributions techniques de spécialistes** : un soutien adapté sera fourni au pays. Coordonné par les bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNICEF, il fera appel aux groupes consultatifs techniques nationaux et régionaux (sur la vaccination, par exemple) et sera guidé par les orientations formulées par le SAGE pour seconder les ministères dans la définition des priorités sanitaires. Les annexes techniques correspondant à chaque priorité stratégique du Programme aideront les États Membres à déterminer les mesures à prendre pour traiter les priorités programmatiques.
- **Des stratégies vaccinales et des plans opérationnels tenus à jour** : les États Membres mettront progressivement à jour leurs stratégies et plans opérationnels pour refléter les dernières priorités définies dans le contexte de la riposte à la COVID-19, du rétablissement des services, et des objectifs sur le plus long terme du Programme.
- **Des cycles de suivi, d'évaluation et d'action** : les États Membres seront encouragés à mettre en œuvre des cycles de suivi, d'évaluation et d'action (y compris des boucles de rétroaction efficaces) à tous les échelons dans les buts suivants : 1) régulièrement mesurer et examiner les données des indicateurs relatifs aux objectifs d'impact et aux objectifs prioritaires du Programme ; 2) mesurer les progrès accomplis aux niveaux national/infranational par les partenaires/les organisations de la société civile à l'aide de tableaux de bord adaptés, déterminer les causes profondes de réussite et d'échec, et définir les points pouvant être améliorés ; et 3) recommander, planifier, mettre en œuvre et examiner les mesures d'amélioration des résultats programmatiques. Ces cycles devront tenir compte des répercussions de la pandémie de COVID-19, par exemple au moment de calculer la valeur de référence de la couverture vaccinale.
- **Des contributions plus solides et concrètes de la part des différents partenaires dans le pays** : certains pays pourront officiellement établir un cadre national de responsabilisation, ou préférer s'appuyer sur des observatoires indépendants de la santé pour suivre les progrès accomplis vers la couverture sanitaire universelle. D'autres pourront prendre appui sur des mécanismes existants et renforcés, comme les comités de coordination interinstitutionnels ou du secteur de la santé (CCI et CCSS), les groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination ou le processus d'évaluation conjointe de Gavi. Que ce soit par l'intermédiaire de plateformes nouvelles ou existantes, les partenaires devront être constamment incités à se rendre des comptes mutuellement. Cette responsabilisation plus marquée des partenaires dans le pays sera propice à une mise en œuvre plus efficace et mieux coordonnée des priorités nationales. Les organisations de la société civile jouent un rôle de plus en plus important, par exemple en faisant le lien entre les stratégies nationales et les communautés, pour renforcer la confiance accordée à la vaccination et pour identifier les populations marginalisées dont le taux de vaccination est faible. Les pays sont invités à inclure les organisations de la société civile dans les mécanismes de responsabilisation.

Tableau 3 : Mise en œuvre au niveau national du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030

Mise en œuvre au niveau national du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030		
Engagement	Atteindre et pérenniser les cibles et objectifs de vaccination aux niveaux national et régional	
Priorités du Programme différenciées	Selon le contexte national (couverture et équité, réticence, intégration des services, flambées, approvisionnement en vaccins de qualité garantie et pérennité, par exemple)	
Communication et sensibilisation	Plateformes nationales de communication et de sensibilisation	
 Planification opérationnelle coordonnée	 Suivi et évaluation	 Appropriation et responsabilisation
Outils et structures		
<ul style="list-style-type: none"> Stratégie nationale de santé Stratégie nationale de vaccination Plans opérationnels classés par ordre de priorité avec l'aide de spécialistes (GTCV et GTCR, SAGE) 	<ul style="list-style-type: none"> Indicateurs des objectifs d'impact et des objectifs stratégiques prioritaires mondiaux et régionaux, et indicateurs sélectionnés par les pays, adaptés aux besoins et au contexte nationaux Tableaux de bord des progrès nationaux/infranationaux et des partenaires/OSC Cadre de suivi (observatoire national de la santé, JRF de l'OMS-UNICEF) 	<ul style="list-style-type: none"> Représentation lors de l'Assemblée mondiale de la Santé Représentation dans les comités régionaux GTCR CCI/CCSS Plateformes de la société civile
Processus		
<ul style="list-style-type: none"> Coordination grâce aux structures du pays en incluant les OSC (groupes pour l'engagement des parties prenantes, processus d'évaluation conjointe de Gavi, comité de coordination du secteur de la santé...) 	<ul style="list-style-type: none"> Cycle de suivi et d'évaluation (avec des boucles de rétroaction efficaces) à tous les échelons : Suivre : mesure et examen régulier des données Évaluer : examen des progrès grâce aux tableaux de bord, définition des possibles causes de réussite et d'échec Agir : recommandations pour la mise en œuvre, l'allocation des ressources et l'élaboration de politiques. 	<ul style="list-style-type: none"> Processus d'amélioration de la responsabilisation du gouvernement, des partenaires et des OSC (évaluation conjointe dans les pays ne bénéficiant pas du soutien de Gavi, cadres nationaux) Consultations organisées par les groupes de travail dès que possible

Collaboration et soutien au niveau régional

3.5. Les États Membres, les partenaires de développement et la société civile travailleront ensemble pour faire progresser la mise en œuvre coordonnée du Programme par l'intermédiaire des instances techniques et politiques. Pour de nombreuses Régions, la première des priorités sera sans doute le déploiement de la vaccination contre la COVID-19 et la reprise des services essentiels et des programmes de vaccination afin de rétablir un niveau correspondant à celui antérieur à la pandémie. Les Régions vont devoir adapter leurs plans opérationnels aux priorités qui vont apparaître après le lancement du processus de rétablissement, et guider les résultats de manière à ce que les programmes nationaux correspondent aux cibles et objectifs régionaux sur le long terme alignés sur le Programme. Les coordinateurs de la communication et de la sensibilisation participeront aux efforts de mobilisation et de pérennisation du soutien apporté à la vaccination et à la réalisation des objectifs du Programme. Les opinions des différentes Régions seront mieux connues grâce au processus d'engagement consultatif, et pourront éclairer les processus de gouvernance et de coordination mondiaux, tout en favorisant la responsabilisation des acteurs.

3.6. La collaboration et le soutien au niveau régional (**Table 4**) seront mis en œuvre grâce aux actions ci-après.

- **Adapter les priorités stratégiques du Programme aux priorités régionales.** Des spécialistes régionaux de la santé publique (groupes consultatifs techniques régionaux sur la vaccination aidés par les partenaires de développement, par exemple) formuleront des recommandations relatives aux domaines techniques de première importance pour les États Membres, et à des moyens permettant de renforcer l'intégration de la vaccination, notamment les initiatives ciblant des maladies spécifiques, dans le cadre de la couverture sanitaire universelle et des soins de santé primaires. Les priorités régionales seront reflétées dans les stratégies, les plans opérationnels et les cadres de suivi et d'évaluation, contribuant ainsi aux objectifs d'impact mondiaux. Ils devront inclure des considérations sur les modifications à apporter une fois que les progrès auront atteint un plateau et au regard des cibles adoptées par les organes régionaux et mondiaux. Les structures régionales, telles que

les groupes consultatifs techniques régionaux sur la vaccination, donneront un appui aux États Membres, aux partenaires de développement et aux organisations de la société civile pour suivre avec régularité les progrès accomplis et identifier systématiquement les nouvelles priorités.

- **Confier aux États Membres la définition des priorités régionales.** Les États Membres examineront les recommandations formulées par diverses structures régionales (groupes consultatifs techniques régionaux sur la vaccination, par exemple) pour prendre des décisions éclairées par l'intermédiaire de comités régionaux, concernant entre autres la riposte aux maladies pandémiques et à tendance épidémique dont les répercussions peuvent toucher toute la Région.
- **Mettre en œuvre les cycles de suivi, d'évaluation et d'action.** Ils permettront également aux Régions : 1) d'évaluer et d'analyser de manière régulière les données des indicateurs du Programme ; 2) de mesurer les progrès accomplis dans la Région et dans les pays par les partenaires ou les organisations de la société civile à l'aide de tableaux de bord adaptés, de déterminer les causes profondes de réussite ou d'échec, et d'identifier les points pouvant être améliorés ; et 3) de recommander des mesures d'amélioration des résultats obtenus dans la Région et de définir l'appui technique dont ont besoin les pays pour planifier et mettre en œuvre des mesures d'amélioration des résultats programmatiques. Les cycles devront tenir compte des répercussions de la pandémie de COVID-19, par exemple au moment de calculer la valeur de référence de la couverture vaccinale.
- **Coordonner l'action des partenaires de développement.** Les priorités régionales seront reflétées dans les plans opérationnels, et les principaux domaines nécessitant un appui dans les États Membres seront mis en avant. Au début, les plans incluront sans doute une étape visant à établir un bilan de la situation, au moment où les pays émergeront de la pandémie de COVID-19, afin de permettre aux Régions de redéfinir leurs priorités. Les partenaires de développement devront faire connaître leurs engagements (promesses d'appui apporté à certaines fonctions techniques, par exemple) dans le cadre du Programme, contribuant ainsi au soutien coordonné aux États Membres tout en favorisant une plus grande responsabilisation. Des commissions de collaboration régionale interinstitutions consolidées pourront veiller à aligner les stratégies des partenaires de développement sur les priorités régionales définies dans le cadre du Programme. Les groupes de travail régionaux, chargés de la coordination de l'appui opérationnel fourni aux pays par les partenaires de développement pourront être consolidés en élargissant leurs mandats et en intégrant les organisations de la société civile de façon plus systématique.
- **Recueillir les promesses des organisations de la société civile.** Les organisations de la société civile amélioreront la transparence de leurs engagements, de leur rôle et de leur contribution à la vaccination. Elles formuleront des promesses reprenant leurs engagements.
- **Partager des engagements par l'intermédiaire des mécanismes politiques et économiques régionaux.** Les États Membres guideront les processus d'engagement consultatif et de suivi des progrès accomplis grâce aux mécanismes régionaux (Union africaine, Union européenne, Association des nations de l'Asie du Sud-Est, par exemple) ou sous-régionaux (Communauté de développement d'Afrique australe, par exemple). Les engagements politiques viendront compléter les engagements techniques et mobiliser les partenaires pour un soutien et une appropriation allant au-delà de la vaccination et de la santé.

Tableau 4 : Mise en œuvre au niveau régional du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030

Mise en œuvre au niveau régional du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030		
Engagement	Atteindre et pérenniser les cibles et objectifs de vaccination aux niveaux national et régional	
Priorités du Programme différenciées	Selon le contexte national (couverture et équité, réticence, intégration des services, flambées, approvisionnement en vaccins de qualité garantie et pérennité, par exemple)	
Communication et sensibilisation	Plateformes nationales de communication et de sensibilisation	
 Planification opérationnelle coordonnée	 Suivi et évaluation	 Appropriation et responsabilisation
Outils et structures		
<ul style="list-style-type: none"> Plans régionaux dans le cadre du Programme Plans opérationnels régionaux sur 3-5 ans Groupes de travail régionaux (renforcement des groupes existants sous l'égide de Gavi pour inclure les OSC, soutien coordonné apporté aux pays ne bénéficiant pas du soutien de Gavi) Commissions de coordination régionale interinstitutions 	<ul style="list-style-type: none"> Indicateurs des objectifs d'impact et des objectifs stratégiques prioritaires mondiaux et régionaux, et indicateurs sélectionnés par les pays, adaptés aux besoins et au contexte nationaux Tableaux de bord des progrès nationaux/régionaux et des partenaires/OSC JRF de l'OMS-UNICEF Système OMS d'information sur la vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> GTCR Comités régionaux Groupes de travail régionaux Autres structures adaptées à la Région (organisations pour la coopération régionale, comités régionaux de responsabilisation)
Processus		
<ul style="list-style-type: none"> Les GTCR, avec l'aide des partenaires de développement, recommandent des domaines techniques-clés à privilégier par les États Membres Coordination avec la CSU et les SSP Coordination avec les initiatives ciblant une maladie spécifique 	<ul style="list-style-type: none"> Suivre : compilation des données des pays pour élaborer des rapports sur les indicateurs Évaluer : tableaux de bord des progrès régionaux/nationaux et des partenaires/OSC, définition des causes de réussite et d'échec Agir : recommandation d'actions pour améliorer les performances régionales et définition des besoins des pays en appui technique 	<ul style="list-style-type: none"> Engagements des partenaires et des OSC sur plusieurs années Consultations organisées par les groupes de travail dès que possible

Engagements mondiaux

3.7. Comme exposé dans la section 2 relative à l'appropriation et la responsabilisation, les États Membres, les partenaires de développement et la société civile travailleront ensemble à l'échelle internationale dans le but de garantir le plus haut niveau possible d'engagement financier, technique et politique en faveur du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030. Ils seront également chargés de coordonner les réponses à apporter à des problématiques de portée mondiale dans des domaines prioritaires tels que la sensibilisation, l'approvisionnement en vaccins, l'innovation et les orientations techniques. Les premiers engagements devront faire d'une priorité la mise en œuvre de la vaccination contre la COVID-19 (par l'intermédiaire du Mécanisme COVAX et de Gavi, notamment), ainsi que le soutien aux efforts de reprise de la vaccination systématique et des services essentiels, de manière à rétablir les niveaux antérieurs à la pandémie de COVID-19 tout au long de 2022 et 2023.

3.8. En outre, les partenaires et les organisations de la société civile au niveau mondial seront encouragés à mettre en œuvre des cycles réguliers de suivi, d'évaluation et d'action pour : 1) surveiller régulièrement les données des indicateurs pour les pays et les Régions ; 2) mesurer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs d'impact et des objectifs stratégiques prioritaires, notamment au moyen d'un examen technique indépendant mené par le SAGE ; et 3) déterminer les actions à mener pour améliorer les performances mondiales, et les lacunes devant être comblées dans les pays et les Régions. L'examen indépendant mené par le SAGE devra inclure : a) l'évaluation des progrès accomplis aux niveaux régional/national et par les partenaires/organisations de la société civile à l'aide de tableaux de bord adaptés, et b) des recommandations visant à améliorer les performances, et relatives aux domaines devant faire l'objet d'une évaluation plus poussée par des groupes de travail et des initiatives ciblant des maladies spécifiques dans le but de déterminer les causes profondes des réussites et des échecs. Les cycles de suivi, d'évaluation et d'action devront tenir compte de l'impact de la pandémie de COVID-19 dans l'examen de l'évolution des données de référence.

Tableau 5 : Engagements mondiaux en faveur du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030

Mise en œuvre au niveau mondial du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030		
Engagement	Maintenir le plus haut niveau d'engagement technique et financier en faveur du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030	
Priorités du Programme différenciées	Selon la fonction assurée à l'échelle internationale (coordination, approvisionnement en vaccins, conseils normatifs, recherche et innovation, financement...)	
Communication et sensibilisation	Coordinateurs de la communication et la sensibilisation à l'échelle internationale	
 Planification opérationnelle coordonnée	 Suivi et évaluation	 Appropriation et responsabilisation
Outils et structures		
<ul style="list-style-type: none"> Conseil de partenariat du Programme Groupes de travail du Programme Stratégies et feuilles de route relatives à des maladies spécifiques (IMEP, MRI) Autres stratégies mondiales et de contribution (ODD, CSU 2030, Gavi 5.0, Mécanisme COVAX, partenaires) 	<ul style="list-style-type: none"> Indicateurs relatifs aux objectifs d'impact et aux objectifs stratégiques prioritaires JRF de l'OMS-UNICEF Système OMS d'information sur la vaccination Tableaux de bord des progrès nationaux et régionaux Tableaux de bord des progrès des partenaires/OSC 	<ul style="list-style-type: none"> Conseil de partenariat du Programme Groupe de coordination SAGE Assemblée mondiale de la Santé
Processus		
Plans opérationnels par thèmes ou priorités stratégiques selon les besoins	<ul style="list-style-type: none"> Suivre : données nationales et régionales pour les indicateurs relatifs aux objectifs d'impact et aux objectifs stratégiques prioritaires ; compilation des données des partenaires/OSC pour présenter des rapports sur les progrès Évaluer : tableaux de bord des progrès, définition des causes de réussite et d'échec Agir : amélioration des résultats mondiaux 	<ul style="list-style-type: none"> Engagements des partenaires et des OSC sur plusieurs années Consultations organisées par les groupes de travail dès que possible

4. Le Programme dans le contexte de la pandémie de COVID-19

4.1. La pandémie de COVID-19 a cruellement illustré les forces et les faiblesses des programmes de vaccination. Elle a rappelé l'importance de la vaccination et la nécessité d'adopter une démarche souple et durable dans la mise en place des capacités de vaccination des pays, des Régions et du monde.

4.2. Des vaccins contre la COVID-19, certains basés sur des plateformes technologiques inédites et innovantes, ont été mis au point, testés et protégés par des licences dans des délais jamais vus jusque-là. De précieux enseignements peuvent être tirés de cette expérience afin d'accélérer les efforts de recherche-développement relatifs à d'autres maladies infectieuses pour lesquelles il n'existe aucun vaccin.

4.3. Comme exposé dans les sections précédentes, le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 a été élaboré pour anticiper les pandémies et les flambées régionales tout en accordant une attention particulière à l'amélioration progressive des programmes de vaccination au cours d'une décennie. Les **annexes techniques**⁹ du Programme intègrent la mise en œuvre de la vaccination contre la COVID-19 et le rétablissement des services par l'intermédiaire de processus de planification, et donnent des orientations qui peuvent être appliquées à la riposte à la COVID-19, concernant notamment les points suivants.

- **Épidémies et situation d'urgence (priorité stratégique 5)** : orientations relatives aux actions immédiates requises, qui abordent des aspects liés à la surveillance, au maintien des

⁹ Disponibles sur le site Internet du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 : <http://www.immunizationagenda2030.org>

services de vaccination et d'autres soins de santé primaires, et à la participation des communautés.

- **Disponibilité et pérennité (priorité stratégique 6)** : orientations relatives aux mesures incitatives innovantes visant à encourager les fabricants à mettre au point des produits contre un nouvel agent pathogène.
- **Engagement et demande (priorité stratégique 2)** : orientations relatives au maintien du niveau d'engagement politique au-delà de la vaccination contre la COVID-19, à la préservation de la confiance accordée aux vaccins et au maintien de la demande de vaccins pour tous les âges.
- **Couverture et équité (priorité stratégique 3)** : orientations relatives à la manière d'atteindre tous les groupes cibles visés par le programme de vaccination, y compris les communautés vulnérables et celles touchées par un conflit.
- **Recherche et innovation (priorité stratégique 7)** : orientations relatives à la recherche opérationnelle et sur la mise en œuvre servant d'appui aux services de vaccination face à l'apparition de nouveaux défis.

D'autres orientations abordent le rétablissement des services et la poursuite de la prévention :

- **Programme de vaccination pour les soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle (priorité stratégique 1)** : orientations relatives à la surveillance de l'innocuité des vaccins, à la chaîne d'approvisionnement et à la logistique, à la disponibilité d'un personnel de santé compétent, et au rétablissement des services grâce à l'intégration des soins de santé primaires.
- **Cycle de vie et intégration (priorité stratégique 4)** : orientations relatives à la mise en œuvre des stratégies vaccinales pour des groupes plus âgés, dont les adultes, avec la mise en place de la vaccination contre la COVID-19 qui rend possible l'établissement et le renforcement des plateformes de vaccination pour les groupes plus âgés.

4.4. Les répercussions de la COVID-19 sur les approches adoptées par les pays et les Régions en matière de planification sont particulièrement lourdes, compte tenu de l'évolution incertaine de la pandémie. Les priorités sont définies à court terme, et correspondent à des plans sur deux ou trois ans pour la mise en œuvre de la vaccination contre la COVID-19 et le rétablissement des services essentiels. Les Régions et les pays mettront à jour leurs plans lorsque les perspectives de rétablissement seront plus claires, en consultation avec des spécialistes techniques et des organisations régionales.

4.5. La pandémie de COVID-19 aura sans doute également des répercussions sur l'élaboration des cadres de suivi et d'évaluation par les pays et les Régions. Il sera peut-être nécessaire d'ajuster les données de référence et les cibles, et de définir des indicateurs supplémentaires une fois que l'impact de la pandémie sur les services et sur les délais nécessaires au rétablissement des services seront connus avec plus de précision.

4.6. De manière plus positive, le déploiement du vaccin contre la COVID-19 et les efforts menés actuellement dans le cadre de la riposte à la pandémie partout dans le monde représentent une occasion majeure de mettre encore davantage l'accent sur l'équité des programmes de vaccination et d'insister sur l'importance de la coordination multilatérale du rétablissement mondial.

5. Un programme d'apprentissage pour mieux définir la voie à suivre

5.1. Le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 est une stratégie dynamique et évolutive pour les années marquées par la pandémie de COVID-19 et la décennie à venir. Les États Membres, les partenaires de développement et les organisations de la société civile devront prendre appui sur les premiers éléments contenus dans le présent document pour faire face aux nouveaux défis et à l'évolution du contexte. Il conviendra de créer des mécanismes (avec le soutien du Conseil de partenariat, par exemple) chargés de recueillir les enseignements et les recommandations s'y rapportant.

5.2. En particulier, le cadre de suivi et d'évaluation du Programme doit rester adapté au but poursuivi, tout au long de la décennie. C'est pourquoi il devra être revu et mis à jour au moins tous les trois ans afin de l'adapter à l'évolution des besoins et des méthodes de suivi et d'évaluation, pour faire en sorte qu'il fournisse les données nécessaires à l'amélioration des résultats programmatiques. De la même manière, les annexes techniques du Programme nécessiteront elles aussi des mises à jour régulières tout au long de la décennie. Cette souplesse est une nécessité, compte tenu de l'incertitude liée à la phase de relèvement qui va suivre la pandémie de COVID-19 et la mise en œuvre de la vaccination contre la COVID-19.

5.3. Un premier ensemble de questions et de thèmes fondamentaux, défini pour le Programme d'apprentissage du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030, est présenté ci-dessous pour chaque élément opérationnel.

Appropriation et responsabilisation

- Répercussions des changements apportés aux engagements politiques et financiers en soutien à la vaccination, et au Programme de manière plus générale, dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et du déploiement des vaccins contre la COVID-19.
- Moyens les plus efficaces pour faire en sorte que les organisations de la société civile consolident les efforts d'appropriation et de responsabilisation au niveau communautaire.
- Valeur ajoutée des instances renforcées (groupe de travail régionaux, par exemple) ou des mécanismes nouveaux (Conseil de partenariat, par exemple) ainsi que des outils conçus pour parvenir à un niveau supérieur d'appropriation et de responsabilisation et le maintenir (promesses publiques et tableaux de bord adaptés, par exemple).
- Examen des mécanismes d'appropriation et de responsabilisation au bout de trois ans (en 2023) pour déterminer les modifications à apporter au fur et à mesure.

Planification opérationnelle

- Examen de l'évolution des plans nationaux et régionaux au cours de la pandémie de COVID-19 et lorsque l'influence de celle-ci perdra de son importance.
- Processus de planification et de révision au-delà des mécanismes traditionnels OMS/ONU et favorisant la participation de différents partenaires de développement et d'organisations de la société civile.
- Possibilités de recueillir les données de manière plus efficace et fiable, et dans des délais plus courts grâce aux derniers outils numériques.

Suivi et évaluation

- Examen des possibilités de renforcement des capacités nationales, régionales et mondiales de manière à mettre en œuvre des cycles de suivi, d'évaluation et d'action avec des boucles de rétroaction efficaces.
- Définition des moyens permettant d'améliorer la qualité et de favoriser l'utilisation des données pour les indicateurs du cadre de suivi et d'amélioration.
- Poursuite du développement des indicateurs relatifs aux objectifs d'impact et aux objectifs stratégiques prioritaires, et définition d'indicateurs supplémentaires nécessaires pour identifier et suivre les graves carences du système de santé (voir Annexe 1).
- Examen des liens avec les processus de suivi existants et utilisation d'autres sources de données pour les cycles de suivi et d'évaluation du Programme, notamment le Système d'information sur la vaccination de l'OMS. Il conviendra d'identifier les détenteurs de ces données et les mesures correspondantes pour chacun des indicateurs du Programme, et d'alléger le processus de communication des données pour les pays.

Communication et sensibilisation

- Réactivité face aux changements d'opinion concernant la vaccination et adaptation des stratégies selon les besoins.
- Moyens de solliciter et de garantir un niveau supérieur d'engagement à assise communautaire en faveur de la vaccination par l'intermédiaire des organisations de la société civile et traduction de ces efforts en engagements plus marqués aux niveaux national et régional.
- Moyens de répondre à la désinformation et à la mésinformation concernant les vaccins, diffusées notamment sur différents médias sociaux.

Sigles et abréviations

BCG	Bacillus Calmette–Guérin
CCI	Comité de coordination interinstitutions
CCSS	Comité de coordination du secteur de la santé
CSU	Couverture sanitaire universelle
CSU-SCI	Couverture Santé Universelle - Indice de couverture des services
DTC	Diphtérie, tétanos et coqueluche
DTC1	Vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux, première dose
DTC3	Vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux, troisième dose
EJ	Encéphalite japonaise
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunizations
GTCR	Groupe consultatif technique régional pour la vaccination
GTCV	Groupe consultatif technique national pour la vaccination
Hib	Haemophilus influenza de type b
ICC	Indice composite de couverture
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
ISCO	International Standard Classification of Occupations
JRF	Formulaire de rapport commun OMS-UNICEF
MAPI	Manifestation postvaccinale indésirable
MCV1	Vaccin à valence rougeole, première dose
MCV2	Vaccin à valence rougeole, deuxième dose
MI4A	Informations sur les marchés pour l'accès aux vaccins
MPV	Maladie à prévention vaccinale
ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
OSC	Organisation de la société civile
PAMV	Plan d'action mondial pour les vaccins
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
Programme	Programme pour la vaccination à l'horizon 2030
PVH	Papillomavirus humain
SAGE	Groupe stratégique consultatif d'experts
SSP	Soins de santé primaire
TMN	Tétanos maternel et néonatal
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VPC	Vaccin antipneumococcique conjugué
VPI	Vaccin antipoliomyélitique
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral

Annexe 1 – Cadre de suivi et d'évaluation

Indicateurs relatifs aux objectifs d'impact :

INDICATEUR 1.1 Nombre de décès futurs évités grâce à la vaccination		
SUIVRE <i>Comment les progrès vont-ils être suivis ?</i>	ÉVALUER <i>Comment les résultats du suivi vont-ils être évalués ?</i>	AGIR <i>Comment les résultats de l'évaluation vont-ils être utilisés pour agir ?</i>
<p>Définition : Nombre total de décès futurs évités pour 2021-2030, selon le scénario de couverture du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030.</p> <p>Méthode de mesure : La modélisation permet d'estimer le nombre de décès évités dans le monde et dans les Régions si les cibles de couverture du Programme sont atteintes. Ces cibles sont alignées sur l'indicateur mondial relatif aux objectifs d'impact 3.1 (couverture vaccinale tout au long de la vie). Dans un premier temps, la modélisation se concentre sur 14 agents pathogènes. Sa portée sera étendue pour mettre à jour les estimations à mi-parcours du Programme.</p> <p>2021-2030 : Hépatite B, Hib, PVH, encéphalite japonaise, rougeole, méningocoque A, <i>Streptococcus pneumoniae</i>, rotavirus, rubéole, fièvre jaune, diphtérie, tétanos, coqueluche, tuberculose (BCG).</p> <p>D'ici 2025 : Poliomyélite, fièvre typhoïde, grippe, choléra, vaccin antiméningococcique multivalent, COVID-19, varicelle, dengue, oreillons, rage, hépatite A, hépatite E, et d'autres nouveaux vaccins.</p> <p>Calcul :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les données relatives aux décès constatés et évités, recueillies auprès de multiples sources, sont converties pour obtenir le risque de décès propre au pays, à l'âge et au vaccin, en fonction des niveaux de couverture. 	<p>Donnée de référence :</p> <p>4,3 millions décès évités chaque année (2019)</p> <p>Nombre total de décès évités grâce à la vaccination en 2019, selon les estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale historiques. L'année 2019 a été utilisée comme année de référence plutôt que 2020 afin de refléter la tendance préalable à la pandémie de COVID-19. Les estimations sont calculées par rapport à un niveau de couverture de zéro (absence de vaccination).</p> <p>Cible :</p> <p>Parvenir à 5,8 millions décès évités en 2030 Et 50 millions décès évités pour 2021-2030</p> <p>Nombre total de décès futurs évités pour 2021-2030 grâce à la vaccination selon les cibles ambitieuses de couverture de l'objectif d'impact 3.1.</p> <p>À cette fin, les estimations de couverture nationale pour 2030 ont été calculées au regard des trois objectifs qu'il est instamment demandé aux pays de poursuivre :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Introduire les vaccins recommandés manquants ; b) Réduire de moitié le nombre d'enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin par rapport à la donnée de référence de 2019 ; c) Atteindre une couverture pour le DTC1 qui soit cohérente avec la réduction du nombre 	<p>Les partenaires aux niveaux national, régional et mondial peuvent utiliser les résultats de l'évaluation dans le cadre de la <u>sensibilisation</u> afin de veiller au respect des engagements et à ce que les ressources soient consacrées aux programmes de vaccination.</p> <p>Des recommandations propres à chaque vaccin, faisant suite aux résultats de l'évaluation, peuvent être formulées pour prévoir des <u>interventions spécifiques à certaines maladies</u> aux niveaux mondial et régional.</p>

INDICATEUR 1.1 Nombre de décès futurs évités grâce à la vaccination

SUIVRE <i>Comment les progrès vont-ils être suivis ?</i>	ÉVALUER <i>Comment les résultats du suivi vont-ils être évalués ?</i>	AGIR <i>Comment les résultats de l'évaluation vont-ils être utilisés pour agir ?</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Le modèle de risque relatif est utilisé pour les prévisions relatives au nombre de décès évités, quels que soient le lieu et la maladie concernés. - Une autre étape supplémentaire de calibrage convertit les estimations en nombre de décès évités par année de vaccination, ce qui permet de se rendre compte de l'effet de la vaccination sur le très long terme, ventilé par l'année d'administration du vaccin. <p>Sources de données : Estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale, estimations du nombre de décès évités de Vaccine Impact Modelling Consortium (VIMC), Étude sur la charge mondiale de morbidité, et autres données d'entrée du modèle tirées de la littérature publiée.</p> <p>Parties prenantes chargées de la mesure : Équipe de projet de la Division Données, analyse et résultologie et du Département Vaccination, vaccins et produits biologiques de l'OMS, comité des parties prenantes au projet (Fondation Bill & Melinda Gates, Centers for Disease Control and Prevention, Gavi, Institute for Health Metrics and Evaluation, Vaccine Impact Modelling Consortium et Comité consultatif scientifique de Vaccine Impact Modelling Consortium, Comité consultatif sur la vaccination et la recherche sur la mise en œuvre des vaccins, Division Données, analyse et résultologie de l'OMS et Département Vaccination, vaccins et produits biologiques de l'OMS).</p> <p>Fréquence de notification : Deux notifications, l'une intervenant au début et l'autre à mi-parcours du Programme afin de définir la cible. Cette dernière sera mise à jour à mi-parcours pour tenir compte de l'augmentation du nombre d'agents pathogènes et des mises à jour des modèles.</p>	<p>d'enfants n'ayant reçu aucune dose mentionnée ci-dessus, et atteindre, pour tous les autres vaccins, une couverture correspondant à 5 % près à celle du DTC1.</p> <p>Les estimations démographiques pour 2019 et les projections pour 2030 du PNUD ont été utilisées pour convertir les chiffres absolus relatifs aux enfants non vaccinés en cibles de vaccination par le DTC1.</p> <p>Analyse et interprétation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyse menée par l'équipe de projet de la Division Données, analyse et résultologie et du Département Vaccination, vaccins et produits biologiques de l'OMS ; diffusion des résultats dans un tableau de bord partagé ; communication aux niveaux mondial et régional. - Résultats ventilés par agent pathogène et année de vaccination. <p>Fréquence de l'évaluation : Deux évaluations, la première à mi-parcours et la seconde à la fin du Programme, pour le suivi et la notification. L'évaluation à mi-parcours se concentrera uniquement sur 14 agents pathogènes, en prenant appui sur les modèles utilisés au départ. L'évaluation finale portera sur la liste élargie d'agents pathogènes, en prenant appui sur les modèles mis à jour à mi-parcours.</p>	

INDICATEUR 1.2 Nombre et pourcentage de pays qui ont atteint les cibles régionales ou mondiales relatives à la maîtrise, à l'élimination et à l'éradication des maladies à prévention vaccinale

SUIVRE <i>Comment les progrès vont-ils être suivis ?</i>	ÉVALUER <i>Comment les résultats du suivi vont-ils être évalués ?</i>	AGIR <i>Comment les résultats de l'évaluation vont-ils être utilisés pour agir ?</i>
<p>Définition : Ensemble des cibles relatives à la maîtrise, à l'élimination et à l'éradication des maladies à prévention vaccinale atteintes, approuvées par un organe mondial ou régional des États Membres pour la période 2021-2030, et fondées sur l'incidence ou la prévalence.</p> <p>Méthode de mesure : Deux cycles de suivi et d'évaluation par an ; le premier porte sur les indicateurs et la révision. Les bureaux régionaux de l'OMS réaliseront un examen visant à réviser et à valider le critère d'inclusion de chaque maladie à prévention vaccinale en tenant compte de son approbation au niveau mondial ou régional, du calendrier de la cible, et enfin du type de cible et de sa définition.</p> <p>Le deuxième cycle concerne l'évaluation et la présentation de rapports. Des commissions régionales de vérification et de certification ou des comités de vérification déjà en place examineront les progrès au regard de la cible relative à chaque maladie à prévention vaccinale, pour tous les pays.</p> <p>Calcul : Le numérateur est le nombre de pays qui ont atteint la cible relative aux maladies à prévention vaccinale, et le dénominateur est le nombre de pays qui ont défini une telle cible en s'appuyant sur l'incidence ou la prévalence.</p> <p>Sources de données : Rapports de comités de vérification et de certification, pour chaque maladie.</p> <p>Parties prenantes chargées de la mesure : Commissions de vérification et de certification, et comités de validation établis par les bureaux régionaux de l'OMS avec l'assistance technique des initiatives de maîtrise, d'élimination et d'éradication des maladies à prévention vaccinale¹⁰.</p>	<p>Donnée de référence : Nombre et pourcentage de pays qui ont atteint chacune des cibles relatives à la maîtrise, à l'élimination et à l'éradication des maladies à prévention vaccinale à la fin de 2021*.</p> <p>Cible :</p> <ul style="list-style-type: none"> Tous les pays atteignent les cibles régionales ou mondiales adoptées en matière de maîtrise, d'élimination et d'éradication des maladies à prévention vaccinale. <p>Analyse et interprétation : L'état d'avancement au regard de chaque cible relative à la maîtrise, à l'élimination et à l'éradication des maladies à prévention vaccinale, définie à partir de l'incidence et de la prévalence, fera l'objet d'un suivi annuel. Au cours de la décennie, les progrès accomplis seront suivis et présentés dans des rapports de manière à identifier les pays qui pourraient ne pas parvenir à atteindre la cible dans le délai prévu et de mettre en avant les avancées par maladie ainsi que les risques pour les Régions et les pays voisins.</p> <p>Le suivi annuel du cycle de validation et de révision de l'indicateur révélera la nécessité de définir de nouveaux objectifs en matière de maîtrise, d'élimination ou d'éradication, ou d'apporter des modifications aux cibles existantes. Au cours de ce processus, les différences régionales seront étudiées dans le but de fournir une base de travail pour l'harmonisation des définitions des cibles.</p>	<p>Les partenaires actifs aux niveaux national, régional et mondial peuvent utiliser les résultats de l'évaluation dans le cadre de la planification opérationnelle, et de la communication et sensibilisation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> garantir qu'un soutien est apporté aux pays qui en ont besoin pour atteindre les cibles relatives à la maîtrise, à l'élimination et à l'éradication des maladies à prévention vaccinale ; mettre en avant et renforcer la coordination des stratégies afin d'établir un lien entre les initiatives de maîtrise, d'élimination et d'éradication des maladies à prévention vaccinale et les initiatives de renforcement des systèmes de santé.

¹⁰ Les initiatives ciblant des maladies spécifiques sont notamment : la Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2021-26 de l'IMEP ; le Cadre stratégique 2021- 2030 de lutte contre la rougeole et la rubéole ; Ending cholera: a global roadmap to 2030 ; la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021 ; la feuille de route « vaincre la méningite d'ici 2030 » ; la Stratégie mondiale de lutte contre la grippe 2019-2030 ; Zéro décès causés par la rage transmise par des chiens d'ici 2030 (Zéro d'ici 2030 : Plan stratégique mondial) ; Éliminer durablement le tétanos maternel et néonatal : Plan stratégique 2012–2015 ; Action mondiale pour lutter contre les vecteurs 2017-2030 ; et la stratégie d'élimination de l'épidémie de fièvre jaune (EYE) 2017-2026. Les maladies incluses dans l'indicateur pourront évoluer au fur et à mesure de leur approbation aux niveaux régional et mondial.

INDICATEUR 1.2 Nombre et pourcentage de pays qui ont atteint les cibles régionales ou mondiales relatives à la maîtrise, à l'élimination et à l'éradication des maladies à prévention vaccinale

SUIVRE <i>Comment les progrès vont-ils être suivis ?</i>	ÉVALUER <i>Comment les résultats du suivi vont-ils être évalués ?</i>	AGIR <i>Comment les résultats de l'évaluation vont-ils être utilisés pour agir ?</i>
Fréquence de notification : Annuelle	Fréquence de l'évaluation : Annuelle.	

INDICATEUR 1.3 Nombre de flambées dévastatrices et de grande ampleur de maladies à prévention vaccinale

SUIVRE <i>Comment les progrès vont-ils être suivis ?</i>	ÉVALUER <i>Comment les résultats du suivi vont-ils être évalués ?</i>	AGIR <i>Comment les résultats de l'évaluation vont-ils être utilisés pour agir ?</i>
<p>Définition : Flambée de maladie à prévention vaccinale* qui répond aux critères définis dans les stratégies mondiales de maîtrise, d'élimination ou d'éradication et au moins à l'un des critères exposés dans l'Annexe 2 du Règlement sanitaire international (https://www.who.int/ihr/annex_2/en/).</p> <p>*Y compris la rougeole, le poliovirus sauvage, le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale, le méningocoque et la fièvre jaune. Cette liste pourra être révisée, en particulier lorsque des maladies deviennent évitables grâce à la vaccination.</p> <p>Méthode de mesure : Les flambées dévastatrices ou de grande ampleur de maladies à prévention vaccinale sont identifiées à l'aide de données obtenues grâce à des programmes de contrôle spécifiques et aux</p>	<p>Donnée de référence : Nombre moyen de flambées de maladies à prévention vaccinale dévastatrices ou de grande ampleur pour une période de trois ans, 2018-2020.</p> <p>Cible : Tendance à la baisse du nombre total annuel de flambées de grande ampleur de rougeole, de poliomyélite, de méningocoque, de fièvre jaune, de choléra et de maladie à virus Ebola d'ici la fin de la décennie.</p> <p>Analyse et interprétation : Le nombre de flambées dévastatrices ou de grande ampleur et la tendance correspondante seront analysés</p>	<p>Les partenaires actifs aux niveaux national, régional et mondial peuvent utiliser les résultats de l'évaluation dans le cadre de la planification opérationnelle, et de la communication et sensibilisation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • garantir la disponibilité et la distribution stratégique de vaccins et de fournitures, et la mobilisation de personnels qualifiés pour la riposte aux flambées, dans un délai rapide ; • veiller à ce que les programmes de vaccination permettent d'anticiper les flambées de maladies émergentes et à

INDICATEUR 1.3 Nombre de flambées dévastatrices et de grande ampleur de maladies à prévention vaccinale

SUIVRE <i>Comment les progrès vont-ils être suivis ?</i>	ÉVALUER <i>Comment les résultats du suivi vont-ils être évalués ?</i>	AGIR <i>Comment les résultats de l'évaluation vont-ils être utilisés pour agir ?</i>
<p>systèmes de surveillance des situations d'urgence sanitaire de l'OMS. Chaque maladie correspond à des critères différents. En cas de flambée touchant plusieurs pays, la mesure dans laquelle chaque pays est touché est calculée de manière distincte. L'indicateur général est un élément composite rassemblant des données relatives aux différentes maladies.</p> <p>Calcul : Décompte total du nombre de flambées à tendance épidémique dont l'ampleur répond à des critères définis, par exemple le nombre de cas ou l'incidence de la maladie.</p> <p>Sources de données : Programmes de maîtrise, d'élimination et d'éradication des maladies à prévention vaccinale et systèmes de surveillance des situations d'urgence sanitaire de l'OMS.</p> <p>Parties prenantes chargées de la mesure : Groupe international de coordination pour l'approvisionnement en vaccins, siège de l'OMS et bureaux régionaux de l'OMS, avec l'assistance technique des initiatives de maîtrise, d'élimination et d'éradication des maladies à prévention vaccinale¹¹.</p> <p>Fréquence de notification : Annuelle.</p>	<p>chaque année. Le nombre de flambées sera communiqué pour chaque année.</p> <p>Fréquence de l'évaluation : Annuelle.</p>	<p>prévention vaccinale, de s'y préparer, de les détecter et d'y réagir rapidement ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • veiller à ce que les programmes de vaccination garantissent la prestation des services de vaccination dans un délai bref et de manière adaptée pendant les situations d'urgence et dans les communautés touchées par un conflit, une catastrophe naturelle ou une crise humanitaire ; • garantir l'introduction de vaccins et l'élargissement de la couverture afin d'éviter l'émergence de nouvelles maladies à prévention vaccinale ; • utiliser les cas et les flambées de rougeole comme un indicateur permettant de détecter les lacunes des programmes de vaccination, et de guider la planification programmatique dans le but d'identifier et de combler ces lacunes.

¹¹ Les initiatives ciblant des maladies spécifiques sont notamment : la Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2021-26 de l'IMEP ; le Cadre stratégique 2021-2030 de lutte contre la rougeole et la rubéole ; Ending cholera: a global roadmap to 2030 ; la feuille de route « vaincre la méningite d'ici 2030 » ; et la stratégie d'élimination de l'épidémie de fièvre jaune (EYE) 2017-2026.

INDICATEUR 2.1 Nombre d'enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin

SUIVRE <i>Comment les progrès vont-ils être suivis ?</i>	ÉVALUER <i>Comment les résultats du suivi vont-ils être évalués ?</i>	AGIR <i>Comment les résultats de l'évaluation vont-ils être utilisés pour agir ?</i>
<p>Définition : Les enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin n'ont pas accès aux services essentiels de vaccination ou sont systématiquement hors d'atteinte de ces derniers. Sur le plan opérationnel, ils sont définis comme étant ceux qui n'ont pas reçu la première dose de vaccin DTC.</p> <p>Méthode de mesure : Cet indicateur est le résultat de la différence entre le nombre estimé de nourrissons survivants et le nombre estimé d'enfants ayant reçu la première dose de vaccin DTC.</p> <p>Le nombre d'enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin sera déterminé aux niveaux national, régional et mondial à l'aide des estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale et des estimations du PNUD relatives aux cohortes de naissance, ajustées pour les enfants survivants.</p> <p>Aux niveaux national et infranational, les systèmes administratifs de communication des données pourront aussi être utilisés, avec les résultats d'enquêtes menées dans le pays et d'autres sources d'informations qui pourront aider les pays à faire des estimations relatives aux enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin.</p> <p>Calcul : Différence entre le nombre estimé de nourrissons survivants et le nombre estimé d'enfants ayant reçu la première dose de vaccin DTC.</p> <p>Sources de données : Estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale, estimations démographiques du PNUD.</p> <p>Partie(s) prenante(s) chargée(s) de la mesure : Division Données, analyse et résultologie de l'OMS, programmes nationaux de vaccination.</p> <p>Fréquence de notification : Annuelle aux niveaux régional et mondial, mensuelle aux niveaux national et infranational.</p>	<p>Donnée de référence : 14 millions enfants (2019)</p> <p>Cible : Réduction de 50 % du nombre d'enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin (à tous les échelons). Dans les pays dont la couverture par le DTC1 atteint déjà 99 %, la cible est de maintenir ce niveau de couverture.</p> <p>Analyse et interprétation : Le nombre d'enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin et son évolution doivent être analysés du point de vue de l'équité, afin de découvrir les potentielles lacunes à l'origine d'entraves à la vaccination au sein de populations et dans des zones géographiques spécifiques. Pour cela, les données doivent être ventilées par niveaux infranationaux et selon d'autres aspects (groupe socioéconomique, langue, ethnicité) en fonction des données disponibles.</p> <p>Dans ce contexte, le nombre d'enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin doit être utilisé pour identifier les communautés mal desservies et sous-vaccinées.</p> <p>Fréquence de l'évaluation : Annuelle aux niveaux mondial et régional. Idéalement, chaque semestre aux niveaux national et infranational.</p>	<p>Aux niveaux mondial et régional, le nombre d'enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin par Région et par pays sera utilisé pour classer par ordre de priorité les efforts à mener, et également pour renforcer la responsabilisation des pays qui n'atteignent pas les cibles ou qui ne parviennent pas à maintenir le niveau de cible. Il peut également être utilisé pour communiquer sur les lacunes en matière de vaccination dans le monde, et sensibiliser aux efforts concertés permettant de les combler.</p> <p>Aux niveaux national et infranational, l'identification des enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin et les communautés sous-desservies devraient simplifier l'analyse des raisons de la sous-vaccination ainsi que la définition des obstacles que rencontrent certaines communautés et certaines zones géographiques. Du point de vue de la communication, l'importance de cet indicateur mettra en valeur la nécessité d'accorder une place de premier plan à l'équité de la vaccination.</p>

INDICATOR 2.2 Introduction dans les pays à revenus faible ou intermédiaire de vaccins nouveaux ou sous-utilisés

SUIVRE <i>Comment les progrès vont-ils être suivis ?</i>	ÉVALUER <i>Comment les résultats du suivi vont-ils être évalués ?</i>	AGIR <i>Comment les résultats de l'évaluation vont-ils être utilisés pour agir ?</i>
<p>Définition : Introduction* dans les pays à revenus faible et intermédiaire de vaccins nouveaux ou sous-utilisés†.</p> <p>*Ajout d'un vaccin au calendrier national de vaccination et utilisation de ce vaccin pendant une période d'au moins 12 mois sans interruption (les vaccins uniquement utilisés dans le secteur privé et non inclus dans le calendrier national ne sont pas pris en compte. Les vaccins inclus dans le calendrier et administrés aux populations à risque, par exemple contre la grippe saisonnière, sont pris en compte).</p> <p>†Vaccins qui ne sont pas encore inclus dans le calendrier national de vaccination par le pays, contrairement aux recommandations de l'OMS.</p> <p>Méthode de mesure : Vaccins inclus, recommandés par l'OMS pour une utilisation dans le cadre du programme de vaccination national dans tous les pays : dose de naissance du vaccin anti-hépatite B, Hib, VPH, VPI2, MCV2, VPC, rotavirus, rubéole, dose de rappel du DTC, et COVID-19 (recommandation provisoire).</p> <p>Vaccins inclus, recommandés par l'OMS pour une utilisation dans le cadre du programme de vaccination national dans des pays de certaines Régions, pour des populations à haut risque, ou dans le cadre de programme de vaccination particuliers : fièvre jaune, méningocoque A, vaccin antiméningococcique multivalent, typhoïde, choléra, dengue, rage, hépatite A, grippe, varicelle et oreillons.</p> <p>D'autres vaccins présentant un intérêt (paludisme, par exemple) seront inclus selon les recommandations.</p> <p>Les pays à revenus faible et intermédiaire correspondent à la classification des revenus établie par la Banque mondiale.</p> <p>Calcul : Nombre d'introductions dans les pays de vaccins recommandés par l'OMS, pour 2021-2030.</p> <p>Source de données : Formulaire de rapport commun OMS-UNICEF.</p> <p>Parties prenantes charges de la mesure : Division Données, analyse et résultologie de l'OMS, programmes nationaux de vaccination.</p> <p>Fréquence de notification : Annuelle.</p>	<p>Donnée de référence : Le nombre de vaccins recommandés restant à introduire aux niveaux mondial et régional en décembre 2020 dans les pays à revenus faible et intermédiaire était de 548. Ces pays ont collectivement introduit 519 vaccins dans leur calendrier national entre 2011 et 2020.</p> <p>Cible : Au moins 500 introductions de vaccins dans les pays à revenus faible et intermédiaire d'ici 2030 (y compris l'introduction de vaccins nouveaux et sous-utilisés et de vaccins recommandés au fil de la décennie).</p> <p>Analyse et interprétation :</p> <p>L'introduction de vaccins nouveaux ou sous-utilisés fera l'objet d'un suivi annuel.</p> <p>L'analyse et la représentation de l'indicateur seront axées sur l'accès équitable aux vaccins. Les résultats devront montrer le nombre d'introductions restant à faire pour chaque pays afin de connaître les efforts à fournir et de les concentrer sur les zones où ce nombre est le plus élevé.</p> <p>Fréquence de l'évaluation : Annuelle.</p>	<p>Les partenaires aux niveaux national, régional et mondial pourront utiliser les résultats de l'évaluation pour savoir quels pays doivent encore introduire les vaccins recommandés par l'OMS, de manière à centrer les efforts sur l'équité de l'accès aux vaccins. L'indicateur permettra de déterminer les pays pouvant bénéficier d'un appui pour l'introduction de vaccins nouveaux et sous-utilisés.</p> <p>Une évaluation plus poussée, ou une analyse des causes profondes, pourra être envisagée pour identifier les obstacles qui empêchent les pays d'introduire la plupart des vaccins recommandés par l'OMS.</p>

INDICATEUR 3.1 ODD 3.b.1 Couverture des vaccins inclus dans le calendrier de vaccination national (DTC3, MCV2, VPC3 et PVH)

SUIVRE <i>Comment les progrès vont-ils être suivis ?</i>	ÉVALUER <i>Comment les résultats du suivi vont-ils être évalués ?</i>	AGIR <i>Comment les résultats de l'évaluation vont-ils être utilisés pour agir ?</i>
<p>Définition : Couverture vaccinale pour le DTC3, le MCV2, le VPC3 et le PVH.</p> <p>Méthode de mesure : La couverture vaccinale pour une année donnée est définie comme étant la proportion de la population cible à qui l'on a administré une dose du vaccin concerné ou qui a été vaccinée cette année-là.</p> <p>La couverture vaccinale devra être déterminée aux niveaux des pays, des Régions et du monde à l'aide des estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale. Il convient de noter que ces estimations considèrent que la population ciblée annuellement pour les vaccins recommandés au niveau mondial englobe la cohorte mondiale des nourrissons survivants dans son ensemble, que le vaccin ait été ou non introduit dans leur pays.</p> <p>Aux niveaux national et infranational, les systèmes administratifs de communication des données pourront aussi être utilisés, avec les résultats d'enquêtes menées dans le pays et d'autres sources d'informations qui pourront aider les pays à faire des estimations.</p> <p>Calcul : La population estimée composant le groupe cible d'enfants à qui le DTC3, le MCV2, le VPC3 et le PVH devraient être administrés constitue le dénominateur. Le numérateur est la population cible à qui le DTC3, le MCV2, le VPC3 et le PVH ont déjà été administrés. La population cible d'enfants et l'âge approprié de ces derniers pour la dernière dose sont des éléments déterminés par le calendrier national de vaccination.</p> <p>Sources de données : Estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale.</p> <p>Parties prenantes chargées de la mesure : Division Données, analyse et résultologie de l'OMS, programmes de vaccination nationale.</p> <p>Fréquence de notification : Annuelle aux niveaux régional et mondial, mensuelle aux niveaux national et infranational.</p>	<p>Donnée de référence : DTC3 85 %, MCV2 71 %, VPC3 48 %, et PVH 15 % (2019)</p> <p>Cibles : Cible mondiale : Couverture de 90 % pour tous les pays d'ici 2030 Cibles nationales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planifier l'introduction de tous les vaccins recommandés au niveau mondial d'ici 2030. • Faire en sorte que la couverture de chaque vaccin atteigne un niveau correspondant à 5 % près à celui du DTC1. <p>Analyse et interprétation : Niveau et tendance, ventilés par zones géographiques et par d'autres attributs (groupe socioéconomique, langue, ethnicité) selon les données disponibles.</p> <p>Fréquence de l'évaluation : Annuelle aux niveaux mondial et régional. Idéalement, chaque semestre aux niveaux national et infranational.</p>	<p>Aux niveaux mondial et régional, la couverture estimée sera utilisée pour classer par ordre de priorité les efforts à mener, et pour responsabiliser davantage les pays qui n'atteignent pas les cibles ou qui ne parviennent pas à maintenir le niveau de la cible.</p> <p>L'estimation de la couverture pourra également être utilisée pour communiquer sur les lacunes en matière de vaccination dans le monde, et sensibiliser sur les efforts concertés permettant de les combler.</p> <p>Aux niveaux national et infranational, la mesure du niveau et de la tendance de la couverture, ainsi que le nombre estimé de personnes vaccinées (numérateurs) pourront permettre de déterminer si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les programmes de vaccination accomplissent les progrès souhaités, par zone géographique et par groupe de population ; • Les plateformes de vaccination destinées aux différents groupes d'âge fonctionnent de manière adéquate ; • Des obstacles propres à chaque vaccin existent. <p>Les programmes de vaccination pourront ensuite mettre en place les mesures correctives appropriées.</p>

INDICATEUR 3.2 Indice de couverture des services pour la couverture sanitaire universelle

SUIVRE <i>Comment les progrès vont-ils être suivis ?</i>	ÉVALUER <i>Comment les résultats du suivi vont-ils être évalués ?</i>	AGIR <i>Comment les résultats de l'évaluation vont-ils être utilisés pour agir ?</i>
<p>Définition : L'indicateur mesurera la couverture des services de santé essentiels.</p> <p>La couverture des services de santé essentiels correspond à la couverture moyenne des services essentiels mesurée à partir des interventions de référence concernant notamment la santé procréative, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la capacité d'accueil et l'accessibilité des services pour la population en général et les plus défavorisés en particulier.</p> <p>Méthode de mesure : L'indicateur ODD 3.8.1 relatif à la couverture des services de santé essentiel, mesuré à l'aide de l'indice de couverture des services pour la CSU, est le premier outil de mesure des aspects fondamentaux de la CSU et des SSP. Les outils de mesure de la CSU et des SSP devraient évoluer au cours de la décennie grâce aux progrès en matière de données et aux nouvelles connaissances. La cible pour l'indicateur 3.2 relatif aux objectifs d'impact pourra elle aussi évoluer de manière à mesurer avec plus de précision la contribution du programme de vaccination à la CSU et aux SSP.</p> <p>Calcul : L'indice de couverture des services pour la CSU sera donné au niveau national, et des moyennes régionales et mondiales seront calculées.</p> <p>Parties prenantes chargées de la mesure : Département Vaccinations, vaccins et produits biologiques de l'OMS ; Division Données, analyse et résultologie de l'OMS ; Primary Health Care Performance Initiative ; Département Prestation de services et sécurité de l'OMS ; et Partenariat mondial pour la couverture sanitaire universelle (CSU2030).</p> <p>Source des données : Indice de couverture des services pour la CSU.</p> <p>Fréquence de notification : Tous les deux ans.</p>	<p>Donnée de référence : Valeurs de l'indice de couverture des services pour la CSU pour 2019.</p> <p>Cible : Améliorer l'indice de couverture des services pour la CSU aux niveaux national, régional et mondial par rapport aux valeurs de référence.</p> <p>Analyse et interprétation : Les indicateurs relatifs à la couverture des services (c'est-à-dire les personnes bénéficiant du service dont elles ont besoin) sont le meilleur moyen de suivre les progrès accomplis en matière de prestation de services dans le cadre de la CSU. Le suivi de la CSU ne peut se faire à l'aide d'un seul indicateur relatif aux services de santé. C'est pourquoi l'indice de couverture des services pour la CSU se compose de 14 marqueurs sélectionnés selon des critères épidémiologiques et statistiques. L'indice est exprimé sur une échelle sans unité allant de 0 à 100, 100 étant la valeur optimale.</p> <p>La CSU consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services de prévention, de soins, de soins palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. L'indicateur s'intéresse uniquement à la couverture des services en tant qu'élément de l'indice de couverture des services pour la CSU parce que la contribution des programmes de vaccination à la CSU se fait avant tout par l'intermédiaire de la couverture de service.</p> <p>Les progrès accomplis pour atteindre la cible seront évalués en suivant les tendances bisannuelles des valeurs de l'indice de couverture des services pour la CSU aux niveaux national, régional et mondial.</p> <p>Fréquence de l'évaluation : Tous les deux ans.</p>	<p>Les partenaires aux niveaux national, régional et mondial pourront utiliser les résultats de l'évaluation dans le cadre de la planification opérationnelle, et de la communication et sensibilisation pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définir les possibles causes profondes des réussites ou des échecs, ainsi que les domaines pouvant être améliorés pour obtenir un meilleur indice de couverture des services pour la CSU ; • Identifier des contextes où des opportunités d'amélioration de la couverture auraient pu être saisies en améliorant l'intégration ; • Garantir que les pays qui en ont besoin bénéficient d'un soutien pour améliorer l'indice de couverture des services pour la CSU dans le cadre des efforts de renforcement des systèmes de santé ; • Promouvoir l'alignement sur le Programme et sur la CSU ; • Promouvoir les efforts visant à intégrer la prestation de services et le recours à la vaccination ainsi que d'autres services de la CSU et des SSP. <p>Aux niveaux national et infranational, le suivi de cet indicateur devrait être d'une aide précieuse pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que les programmes de vaccination fassent partie intégrante des stratégies et de la prestation des SSP, ainsi que des stratégies nationales pour la CSU ; • Renforcer la prestation de services intégrés dans le cadre des SSP tout au long de la vie ; • Contrôler l'existence de politiques et/ou de modes opératoires normalisés au sein des programmes de santé qui fassent la promotion de l'intégration entre programmes, afin de réduire les occasions manquées.

Synthèse des indicateurs relatifs aux objectifs stratégiques prioritaires

Des indicateurs régionaux et nationaux supplémentaires seront mis au point par les Régions et les pays qui les intégreront à leurs plans de suivi et d'évaluation dans le cadre du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030.

Tableau 1 : Synthèse des indicateurs de suivi relatifs à la priorité stratégique 1 pour tous les niveaux

PRIORITÉ STRATÉGIQUE 1 : PROGRAMMES DE VACCINATION POUR LES SSP ET LA CSU		
OBJECTIF PRIORITAIRE STRATÉGIQUE 1.1 : Renforcer et pérenniser une direction, une gestion et une coordination solides des programmes de vaccination à tous les niveaux		
Indicateur sélectionné pour le suivi mondial	Possibilités pour le suivi régional	Possibilités pour le suivi national
<p>Pourcentage de pays pouvant démontrer l'adoption d'un mécanisme de suivi, d'évaluation et d'action aux niveaux national et infranational</p>	<p>Alignement sur le suivi mondial : Pourcentage de pays pouvant démontrer l'adoption d'un mécanisme de suivi, d'évaluation et d'action aux niveaux national et infranational.</p> <p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pourcentage de pays dotés de comités de district chargés de la gestion sanitaire (ou équivalent infranational) qui examinent les résultats en matière de vaccination dans le cadre de la prestation des soins de santé primaires au moins une fois par an. 2. Pourcentage de pays disposant de directives techniques sur la vaccination mises à jour (datant de cinq ans au maximum) 3. Pourcentage de pays doté d'un comité de coordination interinstitutions opérationnel 4. Pourcentage de pays dotés de groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination opérationnels 5. Pourcentage de pays dotés de centres d'opérations sanitaires d'urgence ou de centres des opérations d'urgence pour la poliomyélite ou le paludisme 	<p>Alignement sur le suivi mondial : Existence d'un mécanisme de suivi, d'évaluation et d'action aux niveaux national et infranational.</p> <p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pourcentage de comités de district chargés de la gestion sanitaire (ou équivalent infranational) qui examinent les résultats en matière de vaccination dans le cadre de la prestation des soins de santé primaires au moins une fois par an. 2. Mécanismes de coordination plurisectoriels opérationnels à tous les niveaux. 3. Nombre d'établissements de santé qui ont fait l'objet d'une visite de supervision bienveillante. 4. Pourcentage d'établissements dirigés par un ou plusieurs responsable(s) diplômé(s) d'une formation en gestion (certification, diplôme ou licence, par exemple). 5. Nombre de fois par an où un centre d'opérations sanitaires d'urgence ou un centre des opérations d'urgence pour une maladie spécifique est rendu opérationnel afin de répondre à une flambée de maladie à prévention vaccinale.

	opérationnels et en mesure de faire face aux flambées de maladie à prévention vaccinale.	
Objectif stratégique prioritaire 1.2 : Garantir la disponibilité d'un personnel de santé adapté, efficace et durable		
Indicateur sélectionné pour le suivi mondial	Possibilités pour le suivi régional	Possibilités pour le suivi national
Densité des médecins et des personnels infirmiers et obstétriques pour 10 000 habitants	<p>Alignement sur le suivi mondial : Densité des médecins et des personnels infirmiers et obstétriques pour 10 000 habitants.</p> <p>Indicateurs possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de pays qui ont atteint la densité recommandée d'agents de santé pour 10 000 habitants (cinq professions sont suivies dans le cadre de cet indicateur : les médecins, les personnels infirmiers et obstétriques, les dentistes et les pharmaciens). • Pourcentage de pays dont plus de 90 % des postes de vaccination sont occupés par des agents de santé formés. • Pourcentage de pays présentant un manque de personnel de vaccination supérieur à 25 %. • Pourcentage de pays disposant d'un personnel de santé aux compétences établies. 	<p>Alignement sur le suivi mondial : Densité des médecins et des personnels infirmiers et obstétriques pour 10 000 habitants.</p> <p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre d'agents de santé ayant des compétences en vaccination pour 10 000 habitants, par Région. 2. Nombre d'agents de santé pour 10 000 habitants, par type de professionnel (infirmier, sage-femme, médecin, agent de santé communautaire) ventilé par genre, âge, niveau de prestation de services, autorité de gestion et zone administrative infranationale. 3. Nombre et pourcentage de lieux de prestation de services doté de personnel vaccinateur qualifié pour les deux dernières années. 4. Pourcentage de postes vacants par rapport au nombre total de postes, par profession et par niveau infranational (pourcentage de postes vacants d'infirmiers et d'agents de santé de première ligne).
Objectif stratégique prioritaire 1.3 : Établir et renforcer une surveillance exhaustive des maladies à prévention vaccinale dans le cadre du système national de surveillance de la santé publique, avec l'appui de réseaux de laboratoires solides et fiables		
Indicateur sélectionné pour le suivi mondial	Possibilités pour le suivi régional	Possibilités pour le suivi national

<p>Pourcentage de pays dans lesquels 90 % des cas présumés de toutes les maladies à prévention vaccinale prioritaires incluses dans la surveillance nationale ont été signalés dans les délais par 90 % des districts (notifications de l'absence de cas comprises)</p>	<p>Alignement sur le suivi mondial : Pourcentage de pays dans lesquels 90 % des cas présumés de toutes les maladies à prévention vaccinale prioritaires incluses dans la surveillance nationale ont été signalés dans les délais par 90 % des districts (notifications de l'absence de cas comprises).</p> <p>Indicateurs possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de pays qui ont atteint le taux de cas écartés qui ne sont pas des cas de rougeole ou de rubéole de ≥ 2 pour 100 000 habitants et le taux de cas de paralysie flasque aigüe non poliomyélitique de >1 pour 100 000 habitants âgés de plus de 15 ans sur une période de 12 mois. • Pourcentage de pays ayant accès à des capacités de laboratoire permettant de réaliser des tests pour au moins une maladie à prévention vaccinale bactérienne. 	<p>Alignement sur le suivi mondial : Pourcentage de districts dont au moins 90 % des signalements de cas présumés de toutes les maladies à prévention vaccinale prioritaires incluses dans la surveillance au niveau du pays ont été effectués dans les délais, notifications de l'absence de cas comprises.</p> <p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Taux de cas de paralysie flasque aigüe non poliomyélitique (cible de >1 pour 100 000 habitants âgés de plus de 15 ans) pour une période de 12 mois. 2. Taux de cas écartés qui ne sont pas des cas de rougeole ou de rubéole (cible de ≥ 2 pour 100 000 habitants). 3. Accès à des capacités de laboratoire permettant de réaliser des tests pour au moins une maladie à prévention vaccinale bactérienne.
<p>Objectif stratégique prioritaire 1.4 : Garantir des chaînes d'approvisionnement de haute qualité pour les vaccins et produits connexes et une gestion efficace des vaccins, dans le cadre du système de prestation de soins de santé primaires</p>		
<p>Indicateur sélectionné pour le suivi mondial</p>	<p>Possibilités pour le suivi régional</p>	<p>Possibilités pour le suivi national</p>
<p>Pourcentage de temps de disponibilité totale du DTC et du MCV au niveau de la prestation de services (moyenne des pays)</p>	<p>Alignement sur le suivi mondial : Pourcentage de temps de disponibilité totale du DTC et du MCV au niveau de la prestation de services (moyenne des pays).</p> <p>Indicateurs possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de pays disposant d'un système électronique de gestion des stocks de vaccins et de l'approvisionnement en vaccins permettant de suivre les stocks de vaccins jusqu'à la prestation de services. • Pourcentage de pays ayant mené à bien un processus de gestion efficace des vaccins au cours des trois dernières années. 	<p>Alignement sur le suivi mondial : Disponibilité totale du DTC et du MCV au niveau de la prestation de services.</p> <p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pourcentage de districts faisant part de stocks disponibles (vaccins et fournitures) au niveau de la prestation de services. 2. Pourcentage de districts disposant d'un système électronique de gestion des stocks de vaccins et de l'approvisionnement en vaccins permettant de suivre les stocks de vaccins jusqu'à la prestation de services. 3. Ruptures de stock de DTC et de MVC au niveau national.

	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de pays ayant obtenu un score égal ou supérieur à 80 % pour au moins deux des catégories d'indicateurs du processus de gestion efficace des vaccins (disponibilité, qualité, efficacité). • Pourcentage de pays ayant régulièrement mis à jour et complété (au moins une fois pour six mois) des inventaires de la chaîne du froid (laquelle doit être dotée d'équipements de la chaîne du froid géolocalisés). • Pourcentage de pays comptant moins de 1 % de pertes en flacons fermés pour le VPC. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Jours de rupture de stock au niveau national. 5. Ruptures de stock de DTC ou de MCV au niveau infranational. 6. Processus de gestion efficace des vaccins mené à bien. 7. Pourcentage de sites disposant d'un équipement pour la performance, la qualité et la sécurité opérationnel. 8. Score obtenu lors du processus de gestion efficace des vaccins (et pas seulement indication de sa bonne mise en œuvre). 9. Bon fonctionnement de l'équipement de la chaîne du froid. 10. Pertes en flacons fermés pour le VPC.
Objectif stratégique prioritaire 1.5 : Systèmes d'information		
Indicateur sélectionné pour le suivi mondial	Possibilités pour le suivi régional	Possibilités pour le suivi national
Aucun	Indicateurs possibles : <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de pays de la Région dans lesquels le pourcentage d'habitants ayant accès à un dossier personnel de vaccination* est supérieur ou égal à 80 %**. <ul style="list-style-type: none"> *Dossier au format papier ou au format numérique. **Cibles à définir au niveau régional. • Résultat de l'évaluation (pays ayant obtenu au moins 90 à l'indicateur relatif à la qualité du processus de gestion efficace des vaccins, par exemple). • Pourcentage de pays atteignant au moins 90 % de notifications complètes et en temps voulu. • Proportion de pays disposant des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Des registres électroniques de vaccination avec une couverture nationale (c'est-à-dire qui couvre l'ensemble de la population des enfants nés cette année-là). 	Indicateurs possibles : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pourcentage de la population ayant accès à un dossier personnel de vaccination. 2. Disponibilité d'un système d'information sur la vaccination fiable et efficace intégré à un système d'information sanitaire national. 3. Pourcentage de districts disposant d'un accès en ligne au système d'information pour la gestion sanitaire. 4. Pourcentage de naissances vivantes recensées. 5. Utilisation par le pays de données de qualité relatives à la sous-vaccination pour éclairer les plans adoptés aux niveaux communautaire, infranational et national. 6. Pourcentage d'enfants dont le dossier de vaccination est conservé à domicile. 7. Pourcentage de districts dont les notifications sont complètes et effectuées en temps voulu. 8. Pourcentage de districts faisant part d'un taux d'abandon négatif entre la première et la troisième dose de DTC.

	<ul style="list-style-type: none"> • Un système d'information pour la gestion sanitaire intégré qui inclut les données relatives à la vaccination. • Une stratégie relative aux données numériques de santé. 	9. Pourcentage de districts dont la variation du nombre d'enfants vaccinés avec le DTC3 d'une année sur l'autre est inférieure à 15 %.
Objectif stratégique prioritaire 1.6 : Sécurité des vaccins		
Indicateur sélectionné pour le suivi mondial	Possibilités pour le suivi régional	Possibilités pour le suivi national
<p>Pourcentage de pays ayant établi un rapport d'innocuité sur au moins un cas individuel documenté de manifestations postvaccinales indésirables graves (au moyen d'un formulaire de notification et/ou sous forme de liste) par million d'habitants</p>	<p>Indicateur recommandé : Pourcentage de pays signalant les cas individuels de manifestations postvaccinales indésirables graves dans Vigibase*.</p> <p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pourcentage de pays dans lesquels les données relatives à la sécurité des vaccins sont partagées par l'autorité nationale de réglementation et le programme de vaccination (les données relatives aux cas de manifestations postvaccinales indésirables graves indiquées dans le formulaire de rapport commun de l'année précédente sont donc identiques à celles de Vigibase pour la même année, selon la date d'apparition des manifestations postvaccinales indésirables). 2. Pourcentage de pays disposant d'un comité d'experts de la sécurité vaccinale actif**. <p>*Applicable à TOUS les pays, quel que soit leur accès à Vigibase. Les pays sont invités à signaler les cas de manifestations postvaccinales indésirables à Vigibase de manière progressive, afin que Vigibase recense tous les cas individuels de manifestations postvaccinales indésirables graves d'ici 2030.</p> <p>**Comme exposé dans la section 4.6 du Manuel mondial pour la surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables (https://www.who.int/vaccine_safety/publications/aefi_global_manual_Nov2015_FR.pdf?ua=1).</p>	<p>Alignement sur le suivi mondial : Nombre de rapports d'innocuité sur des cas individuels documentés de manifestations postvaccinales indésirables par million d'habitants.</p> <p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pourcentage de provinces/districts ou autres unités infranationales ayant établi au moins un rapport d'innocuité sur un cas individuel documenté de manifestations postvaccinales indésirables graves (au moyen d'un formulaire de notification et/ou sous forme de liste) par million d'habitants. 2. Pourcentage de cas de manifestations postvaccinales indésirables graves* ayant fait l'objet d'une évaluation du lien de causalité. <p>*Tout événement entraînant la mort, mettant en danger la vie, exigeant l'hospitalisation de la personne ou la prolongation de son hospitalisation, créant un handicap ou une incapacité importants ou persistants, ou correspondant à une anomalie/une malformation congénitale. Tout événement médical qui exige une intervention dans le but d'éviter ce qui précède peut également être considéré comme grave.</p>

Tableau 2 : Synthèse des indicateurs de suivi relatifs à la priorité stratégique 2 pour tous les niveaux

PRIORITÉ STRATÉGIQUE 2 : ENGAGEMENT ET DEMANDE		
Objectif stratégique 2.1 : Établir et maintenir un solide engagement politique en faveur de la vaccination à tous les niveaux		
Indicateur sélectionné pour le suivi mondial	Possibilités pour le suivi régional	Possibilités pour le suivi national
Pourcentage de pays dotés d'une législation favorable à la vaccination en tant que bien public	<p>Alignement sur le suivi mondial : Pourcentage de pays dotés d'une législation favorable à la vaccination en tant que bien public.</p>	<p>Alignement sur le suivi mondial : Législation déjà en place favorable à la vaccination en tant que bien public.</p> <p>Indicateurs possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cadres de suivi et de responsabilisation relatifs aux engagements utilisés aux niveaux national et infranational.
Objectif stratégique prioritaire 2.2 : Veiller à ce que toutes les populations et communautés accordent de l'importance aux services de vaccination, les soutiennent activement et y aient recours		
Indicateur sélectionné pour le suivi mondial	Possibilités pour le suivi régional	Possibilités pour le suivi national
Pourcentage de pays ayant mis en œuvre des stratégies comportementales ou sociales (visant à stimuler la demande) pour remédier à la sous-vaccination	<p>Alignement sur le suivi mondial : Pourcentage de pays ayant mis en œuvre des stratégies comportementales ou sociales (visant à stimuler la demande) pour remédier à la sous-vaccination.</p> <p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soutien du gouvernement à l'action communautaire (fonds préaffectés à l'action communautaire, fourniture d'outils techniques aux communautés, programmes destinés aux sous-groupes particulièrement exposés au risque). 	<p>Alignement sur le suivi mondial : Mise en œuvre de stratégies comportementales ou sociales (visant à stimuler la demande) pour remédier à la sous-vaccination l'année précédente.</p> <p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Microplans des établissements de santé qui incluent un engagement aux côtés des représentants de la société civile et de la communauté. 2. Établissements de santé dont le personnel a suivi une formation (de rattrapage ou autre) sur la communication interpersonnelle, ou équivalent.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pays dotés d'une ressource en ligne spécialement conçue pour partager des informations fiables sur les vaccins et la vaccination et contenant un calendrier local. 3. Pays disposant de plateformes d'écoute numérique déjà en place. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Pourcentage de la population qui accorde de l'importance à la vaccination. 4. Indicateur supplémentaire fondé sur les facteurs comportementaux et sociaux. 5. Indicateur programmatique sur l'élimination des obstacles à la vaccination liés au genre.
--	---	--

Tableau 3 : Synthèse des indicateurs de suivi relatifs à la priorité stratégique 3 pour tous les niveaux

PRIORITÉ STRATÉGIQUE 3 : COUVERTURE ET ÉQUITÉ		
Objectif stratégique prioritaire 3.1 : Étendre les services de vaccination pour atteindre régulièrement les enfants et communautés n'ayant reçu aucune dose de vaccin et sous-vaccinés		
Indicateur sélectionné pour le suivi mondial	Possibilités pour le suivi régional	Possibilités pour le suivi national
Aucun	<p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de pays dotés d'un plan financé et fondé sur des données probantes pour la couverture des communautés à haut risque (qui n'ont reçu aucune dose de vaccin, et sous-vaccinées). 2. Pourcentage de pays disposant de stratégies pour la couverture des populations défavorisées. 3. Pourcentage de pays qui prévoient, dans leurs stratégies nationales de vaccination, des initiatives visant à atteindre les enfants qui n'ont reçu aucune dose de vaccin et les communautés oubliées. 4. Pourcentage de pays dans lesquels au moins 80 %* des districts disposent de microplans ciblant précisément les communautés non vaccinées (*cible à définir au niveau régional). 5. Pourcentage de pays qui ont mené une évaluation analytique (analyse de la couverture et de l'équité) du nombre et de la répartition des enfants n'ayant reçu 	<p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existence d'un plan fondé sur des données probantes et financé pour la couverture des communautés à haut risque. 2. Taux d'abandon entre la première dose (DTC1) et la troisième dose (DTC3) de vaccin contenant les valences DTC ; et taux d'abandon entre le DTC1 et le MCV1. 3. Nombre de séances de vaccination prévues (1) et menées (2), ventilées par type d'administration (sur site fixe ou de proximité, par exemple). 4. Pourcentage de districts dans lesquels au moins 80 % des séances de vaccination (de proximité) prévues sont effectivement menées. 5. Pourcentage d'enfants répondant aux critères dans les populations défavorisées qu'il a été possible d'atteindre et de vacciner conformément au calendrier vaccinal. 6. Pourcentage de districts dotés de (micro)plans ciblant précisément les communautés non vaccinées et sous-vaccinées.

	<p>aucune dose de vaccin et sous-vaccinés ainsi que les facteurs déterminants des communautés oubliées.</p> <p>6. Nombre de séances de vaccination menées, ventilées par type d'administration.</p>	<p>7. Pourcentage de cas de paralysie flasque aigüe identifiés comme n'ayant reçu aucune dose de vaccin ou comme n'ayant pas précédemment reçu de dose de VPO.</p>
<p>Objectif stratégique prioritaire 3.2 : Favoriser et maintenir une couverture vaccinale élevée et équitable au niveau national et dans tous les districts</p>		
<p>Indicateur sélectionné pour le suivi mondial</p>	<p>Possibilités pour le suivi régional</p>	<p>Possibilités pour le suivi national</p>
<p>Couverture par le DTC3, le MCV1 et le MCV2 dans 20 % des districts ayant la couverture la plus basse (moyenne des pays)</p>	<p>Alignement sur le suivi mondial : Couverture par le DTC3, le MCV1 et le MCV2 dans 20 % des districts ayant la couverture la plus basse (moyenne des pays).</p> <p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pourcentage de pays dont le taux d'abandon annualisé au niveau national pour le DTC1 et le DTC3 est supérieur à 5 points de pourcentage. 2. Pourcentage de pays dotés de stratégies détaillées incluses dans les stratégies nationales de vaccination visant à faire tomber les obstacles liés au genre. 	<p>Alignement sur le suivi mondial : Couverture par le DTC3, le MCV1 et le MCV2 dans 20 % des districts ayant la couverture la plus basse.</p> <p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Taux d'abandon entre la première et la troisième dose de vaccin contenant les valences DTC. 2. Équité géographique de la couverture vaccinale. 3. Différence en points de pourcentage entre la couverture par le DTC1, le MCV1 et le nombre d'enfants entièrement vaccinés selon les principaux facteurs déterminants socioéconomiques de la couverture vaccinale dans le pays (pauvreté, éducation, ethnicité, affiliation religieuse). 4. Pourcentage de la population qui réside dans un rayon de cinq kilomètres autour d'un établissement proposant des services de vaccination.

Tableau 4 : Synthèse des indicateurs de suivi relatifs à la priorité stratégique 4 pour tous les niveaux

PRIORITÉSTRATÉGIQUE 4 : CYCLE DE VIE ET INTÉGRATION

Objectif stratégique prioritaire 4.1 : Renforcer les politiques de vaccination et la prestation de services tout au long de la vie, y compris pour les vaccinations de rattrapage et les doses de rappel		
Indicateur sélectionné pour le suivi mondial	Possibilités pour le suivi régional	Possibilités pour le suivi national
Étendue de la vaccination (couverture moyenne recommandée par l'OMS pour tous les antigènes vaccinaux par pays)	<p>Alignement sur le suivi mondial : Étendue de la vaccination (couverture moyenne par pays pour tous les antigènes vaccinaux recommandés par l'OMS).</p> <p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pourcentage de pays dont le calendrier national de vaccination prévoyait au moins trois vaccins au-delà de la première année de vie. 2. Pourcentage de pays dont le calendrier national de vaccination inclut le MCV2, la dose de rappel du vaccin contenant les valences DTC et le PVH. 3. Pourcentage de pays dotés d'un programme de vaccination contre la grippe saisonnière à destination de toutes les populations ou de sous-populations ciblées et à haut risque. 	<p>Alignement sur le suivi mondial :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de vaccins recommandés par l'OMS inclus dans le calendrier national de vaccination. <p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de vaccins ciblant la population âgée de plus d'un an inclus dans le calendrier national de vaccination. 2. Existence de politiques et/ou de lois pour la vaccination pendant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte, qui prévoient également le rattrapage des vaccinations manquées. 3. Couverture du MCV2, de la dose de rappel du Penta et du PVH. 4. Couverture de la vaccination contre la grippe saisonnière dans les pays qui l'incluent dans leur calendrier national de vaccination pour toutes les populations ou les sous-populations ciblées et à haut risque. 5. Pourcentage d'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité atteignant un taux de réussite supérieur à 80 % au cours des campagnes d'activités de vaccination supplémentaires, comme la poliomyélite, la varicelle, etc.
Objectif stratégique prioritaire 4.2 : Établir des points de contact pour la prestation intégrée des interventions de vaccination et des autres interventions de santé publique pour les différentes tranches d'âge cibles		
Indicateur sélectionné pour le suivi mondial	Possibilités pour le suivi régional	Possibilités pour le suivi national
Aucun	<p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pourcentage de pays dotés de politiques nationales ou de modes opératoires normalisés en place pour renforcer la 	<p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Politiques nationales ou modes opératoires normalisés déjà en place pour renforcer la prestation des services de vaccination intégrés aux soins de santé primaires, tout au long de la vie.

	<p>prestation des services de vaccination intégrés aux soins de santé primaires, tout au long de la vie.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pourcentage de pays dotés de guides nationaux pour l'intégration de la prestation de services dans le but d'éviter les occasions manquées, pour tous les groupes d'âge. 3. Pourcentage de pays dont plus de 90 % des soins de santé primaires assurent des services de vaccination. 4. Pourcentage de pays dont plus de 80 % des soins de santé tertiaires assurent des services de vaccination. 5. Pourcentage de pays intégrant des services de vaccination dans au moins 90 % des stratégies de prestation de services non traditionnelle existantes (dans les écoles ou les pharmacies, par exemple). 6. Pourcentage de pays dotés d'un indice composite de couverture (ICC) (indicateur d'intégration du Plan d'action mondial pour les vaccins G5.2, par exemple) fractionné en trois catégories : ICC < 60 (système de santé fragile), ICC = 60-70 (système de santé moins fragile), ICC > 70 (système de santé plus solide). 7. Pourcentage de pays faisant le lien entre la documentation conservée à domicile et le registre civil des naissances par l'intermédiaire des services de vaccination. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Guides nationaux pour l'intégration de la prestation de services dans le but d'éviter les occasions manquées, pour tous les groupes d'âge. 3. Pourcentage de stratégies de prestation de services non traditionnelles existantes (dans les écoles ou les pharmacies, par exemple) qui intègrent l'administration de vaccins. 4. Pourcentage de centres de soins de santé primaires qui intègrent des services de vaccination à d'autres services de soins de santé primaires. 5. Pourcentage des soins de santé tertiaires qui assurent des services de vaccination quotidiens. 6. Établissement de liens entre la documentation conservée à domicile et le registre civil des naissances par l'intermédiaire des services de vaccination. 7. Pourcentage de centres de vaccination dotés d'un mécanisme actif destiné à offrir des services de planification familiale postpartum dans l'année qui suit la naissance. 8. Nombre de districts, et pourcentage de couverture, prévoyant des examens de routine des enfants en bonne santé au cours de la deuxième année de vie portant sur la croissance, la nutrition et la vaccination. 9. Nombre de districts menant des enquêtes actives sur le pourcentage d'occasions manquées de vaccination à l'aide de la stratégie des occasions manquées de l'OMS dans le cadre de plans annuels de vaccination.
<p>Objectif stratégique prioritaire 4.3 : Accélérer l'introduction de nouveaux vaccins pour protéger davantage de personnes contre un plus grand nombre de maladies dans tous les pays</p>		
<p>Indicateur sélectionné pour le suivi mondial</p>	<p>Possibilités pour le suivi régional</p>	<p>Possibilités pour le suivi national</p>

Aucun	Indicateurs possibles : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pourcentage de pays incluant l'ensemble des vaccins recommandés par l'OMS dans leur calendrier national de vaccination. 2. Pourcentage de pays dans lesquels les derniers vaccins recommandés ont été introduits après 2020. 	Indicateurs possibles : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pourcentage de l'ensemble des vaccins recommandés par l'OMS inclus dans le calendrier national de vaccination dans les X années suivant la recommandation de l'OMS. 2. Pourcentage de chaque étape de la vie couverte par la dernière dose des vaccins recommandés par l'OMS. 3. Pourcentage de couverture des derniers vaccins recommandés introduits après 2020. 4. Taux d'accroissement du nombre de nouveaux vaccins. 5. Nombre de vaccins introduits.
-------	---	--

Tableau 5 : Synthèse des indicateurs de suivi relatifs à la priorité stratégique 5 pour tous les niveaux

PRIORITÉ STRATÉGIQUE 5 : FLAMBÉES ET SITUATIONS D'URGENCE		
Objectif stratégique prioritaire 5.1 : Garantir la préparation aux flambées de maladies à prévention vaccinale, leur détection et une riposte rapides et de qualité		
Indicateur sélectionné pour le suivi mondial	Possibilités pour le suivi régional	Possibilités pour le suivi national
Pourcentage de flambées de poliomyélite, de rougeole, de méningocoque, de fièvre jaune, de choléra et de maladie à virus Ebola ayant fait l'objet d'une détection et d'une riposte rapides (sont uniquement concernées les flambées contrées)	Alignement sur le suivi mondial : Pourcentage de flambées de poliomyélite, de rougeole, de méningocoque, de fièvre jaune, de choléra et de maladie à virus Ebola ayant fait l'objet d'une détection et d'une riposte rapides (sont uniquement concernées les flambées contrées par une campagne vaccinale de riposte spécifique). Indicateurs possibles : <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre annuel de flambées de maladies à prévention vaccinale à tendance épidémique confirmées en laboratoire. 	Alignement sur le suivi mondial : Pourcentage de flambées de poliomyélite, de rougeole, de méningocoque, de fièvre jaune, de choléra et de maladie à virus Ebola ayant fait l'objet d'une détection et d'une riposte rapides. Indicateurs possibles : <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre annuel de flambées de maladies à prévention vaccinale à tendance épidémique confirmées en laboratoire. 2. Pour les maladies à prévention vaccinale à tendance épidémique, couverture moyenne atteinte grâce aux campagnes vaccinales de riposte aux flambées. 3. (Plan national de riposte aux flambées élaboré - O/N)

par une campagne vaccinale de riposte spécifique)	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pour les maladies à prévention vaccinale à tendance épidémique, couverture moyenne atteinte grâce aux campagnes vaccinales de riposte aux flambées. 3. Pourcentage de pays dotés d'un plan national de riposte aux flambées. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Pourcentage d'utilisation du stock prouvant le recours à des données probantes (surveillance des maladies, analyses des causes profondes et données relatives à la couverture, par exemple) dans le but d'éclairer la planification et le ciblage des campagnes de riposte aux flambées.
Objectif stratégique prioritaire 5.2 : Mettre rapidement en place des services de vaccination adaptés lors des situations d'urgence et dans les communautés touchées par des conflits, des catastrophes naturelles et des crises humanitaires		
Indicateur sélectionné pour le suivi mondial	Possibilités pour le suivi régional	Possibilités pour le suivi national
Aucun	Indicateurs possibles : Pourcentage d'enfants en âge de recevoir le DTC3, le MCV (dernière dose) et le VPC (dernière dose) dans un contexte de crise humanitaire ou de situation d'urgence.	Indicateurs possibles : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pourcentage par an d'enfants en âge de recevoir le DTC3, le MCV (dernière dose) et le VPC (dernière dose) dans un contexte de crise humanitaire ou de situation d'urgence. 2. Nombre d'enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin et sous-vaccinés dans un contexte fragile, de conflit et de situation d'urgence. 3. Étude SMART ou équivalent pour les vaccins menée au cours d'une année de crise.

Tableau 6 : Synthèse des indicateurs de suivi relatifs à la priorité stratégique 6 pour tous les niveaux

PRIORITÉ STRATÉGIQUE 6 : DISPONIBILITÉ ET PÉRENNITÉ		
Objectif stratégique prioritaire 6.1 : Développer et pérenniser des marchés mondiaux sains pour tous les antigènes vaccinaux		
Indicateur sélectionné pour le suivi mondial	Possibilités pour le suivi régional	Possibilités pour le suivi national
Niveau de santé du marché des vaccins, ventilé par antigène vaccinal et typologie des pays	Aucune	Aucune
Objectif stratégique prioritaire 6.2 : Garantir des ressources financières suffisantes pour les programmes de vaccination dans tous les pays		
Indicateur sélectionné pour le suivi mondial	Possibilités pour le suivi régional	Possibilités pour le suivi national
Pourcentage de pays dans lesquels les dépenses des autorités publiques nationales et des donateurs consacrées aux soins de santé primaires ont augmenté ou sont restées stables, en prix constants par habitant (indicateur des dépenses de santé des administrations publiques)	<p>Alignement sur le suivi mondial : Pourcentage de pays dans lesquels les dépenses des autorités publiques nationales et des donateurs consacrées aux soins de santé primaires ont augmenté ou sont restées stables.</p> <p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de pays dans lesquels les dépenses des autorités publiques liées à la vaccination (ventilation par vaccin et par coût opérationnel estimé) sont restées au même niveau ou ont augmenté (ventilées par fonds publics et par fonds des donateurs), en prix constants par naissance vivante. 2. Nombre de pays dans lesquels la vaccination n'est plus une priorité parce que : 	<p>Alignement sur le suivi mondial : Tendance stable ou à la hausse des dépenses des autorités publiques et des donateurs consacrées aux soins de santé primaires et à la vaccination, en prix constants par habitant et par naissance vivante.</p> <p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La part des dépenses des autorités publiques consacrées aux soins de santé primaires et à la vaccination, par habitant et par naissance vivante, a-t-elle augmenté ? 2. Le taux d'exécution annuel du budget consacré à la vaccination est-il inférieur à 90 % ? 3. Le taux d'exécution annuel du budget consacré aux soins de santé primaires est-il inférieur à 90 % ?

	<ul style="list-style-type: none"> - la part du budget public national consacrée à la vaccination (vaccins et coûts opérationnels) a baissé. - la part du budget public, y compris le financement par des donateurs, consacrée à la vaccination a baissé. <p>3. Nombre de pays qui suivent les dépenses relatives à la vaccination à l'aide de comptes de la santé.</p>	<p>4. Un plan opérationnel annuel précisant les besoins du programme et les ressources disponibles pour y répondre a-t-il été mis en place ?</p> <p>5. Une analyse des possibilités de financement de la vaccination a-t-elle été conduite récemment afin de détecter les entraves à l'accès universel à la vaccination, et de réfléchir aux possibles gains d'efficacité qui permettraient l'intégration des services ?</p>
<p>Objectif stratégique prioritaire 6.3 : Augmenter les dépenses en matière de vaccination provenant des ressources nationales dans les pays dépendants de l'aide, et lorsque ces pays ne bénéficient plus de l'aide, garantir le financement public pour obtenir et maintenir une couverture élevée pour tous les vaccins</p>		
Indicateur sélectionné pour le suivi mondial	Possibilités pour le suivi régional	Possibilités pour le suivi national
Pourcentage de pays dans lesquels la part de dépenses financées par les ressources gouvernementales consacrées au calendrier national de vaccination a augmenté	<p>Alignement sur le suivi mondial : Pourcentage de pays dans lesquels la part de dépenses financées par les ressources gouvernementales consacrées au calendrier national de vaccination a augmenté.</p> <p>Indicateurs possibles : Nombre de pays dans lesquels la part de dépenses financées par les ressources gouvernementales consacrées au calendrier national de vaccination est restée stable ou a augmenté.</p>	<p>Alignement sur le suivi mondial : Pourcentage de dépenses totales en matière de vaccins, dans le cadre du programme national de vaccination, financées grâce à des fonds publics nationaux.</p> <p>Indicateurs possibles : Réduction des coûts des vaccins dans le temps, par antigène vaccinal.</p>

Tableau 7 : Synthèse des indicateurs de suivi relatifs à la priorité stratégique 7 pour tous les niveaux

<p>PRIORITÉ STRATÉGIQUE 7 : RECHERCHE ET INNOVATION</p>		
<p>Objectif stratégique prioritaire 7.1 : Établir et renforcer les capacités à tous les niveaux en vue de définir les priorités pour l'innovation et de créer, d'encourager et de gérer l'innovation</p>		
Indicateur sélectionné pour le suivi mondial	Possibilités pour le suivi régional	Possibilités pour le suivi national

<p>Pourcentage de pays dotés d'un programme de recherche sur la vaccination</p>	<p>Alignement sur le suivi mondial : Pourcentage de pays dotés d'un programme de recherche sur la vaccination.</p> <p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existence d'un cadre, d'un processus ou d'un mécanisme commun permettant le développement des programmes nationaux de recherche sur la vaccination du pays. 2. Pourcentage de pays qui ont élaboré un programme de recherche sur la vaccination, par rapport à la valeur de référence. 3. Pourcentage de pays en mesure de financer le développement et la mise en œuvre du programme national de vaccination. 4. Pourcentage de pays prenant part à la production et à la distribution et à la recherche-développement de vaccins, à la recherche opérationnelle et/ou à la fabrication de vaccins. 	<p>Alignement sur le suivi mondial :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un programme de recherche sur la vaccination. <p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Amélioration des capacités institutionnelles et techniques pour mener à bien des essais cliniques. 2. Nombre de districts ayant défini leurs priorités en matière de nouveaux produits/innovations.
<p>Objectif stratégique prioritaire 7.2 : Développer de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies, et améliorer les produits et services existants pour les programmes de vaccination</p>		
<p>Indicateur sélectionné pour le suivi mondial</p>	<p>Possibilités pour le suivi régional</p>	<p>Possibilités pour le suivi national</p>
<p>Progrès accomplis vers la réalisation des objectifs mondiaux en matière de recherche-développement</p>	<p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de nouveaux produits/innovations en lien avec les vaccins approuvés/mis en œuvre ou faisant l'objet d'études pilotes. 2. Nombre d'essais cliniques déterminants réalisés. 3. Nombre de nouveaux vaccins préqualifiés. 4. Nombre de pays dont les priorités du programme de recherche sur la vaccination ont été approuvées par un groupe consultatif technique régional sur la vaccination. 	<p>Indicateurs possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de nouveaux produits/innovations en lien avec les vaccins approuvés par l'autorité nationale de réglementation. 2. Nombre de nouveaux vaccins recommandés pour utilisation. 3. Nombre d'essais cliniques déterminants réalisés. 4. Nombre de vaccins en cours de fabrication à des fins commerciales.

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Nombre de vaccins en cours de fabrication à des fins commerciales. 6. Établissement d'un cadre d'évaluation de l'adoption et de l'efficacité du déploiement de produits et services nouveaux et existants. 	
Objectif stratégique prioritaire 7.3 : Évaluer les innovations prometteuses et développer les innovations, le cas échéant, sur la base des meilleures données disponibles		
Indicateur sélectionné pour le suivi mondial	Possibilités pour le suivi régional	Possibilités pour le suivi national
Aucun	Indicateurs possibles : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pourcentage de pays ayant établi des processus/cadres permettant de définir les vaccins et les innovations à développer, à introduire ou à utiliser. 2. Pourcentage de pays dans lesquels au moins une recommandation d'un groupe consultatif technique national sur la vaccination ou autre organe consultatif technique indépendant compétent a été mise en œuvre. 	Indicateurs possibles : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mise en œuvre d'au moins une recommandation d'un groupe consultatif technique national sur la vaccination ou autre organe consultatif technique indépendant compétent. 2. Liste des solutions fondées sur des données probantes visant à renforcer la prestation des services de vaccination. 3. Progrès réalisés dans la mise en œuvre/l'intensification du nombre de solutions fondées sur des données probantes visant à renforcer la prestation des services de vaccination.

Métadonnées des indicateurs relatifs aux objectifs stratégiques prioritaires

Indicateurs mondiaux relatifs aux objectifs stratégiques prioritaires

La définition de chaque indicateur mondial relatif aux objectifs stratégiques prioritaires devra reprendre les caractéristiques suivantes :

Numéro et désignation de l'indicateur	Priorité stratégique 1.1 – Pourcentage de pays pouvant démontrer l'adoption d'un mécanisme de suivi, d'évaluation et d'action aux niveaux national et infranational
Définition	<p><u>Le mécanisme destiné à stimuler les cycles de suivi, d'évaluation et d'action aux niveaux national et infranational (équivalent des districts) doit être défini selon les critères ci-après.</u></p> <p><u>Ces critères incluent :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existence d'un groupe consultatif technique national sur la vaccination, ou équivalent, opérationnel. 2. Existence de cycles de suivi, d'évaluation et d'action. 3. Existence d'une boucle de rétroaction permettant de transmettre, depuis et vers le niveau infranational et le niveau national, les évaluations des progrès accomplis, et les mesures découlant de recommandations.
Calcul et considérations opérationnelles	<p>La prise de décision fondée sur des données est un indicateur de la solidité de la direction et de la gestion. Cet indicateur devra aider à rassembler les principales parties prenantes pour les encourager à prendre des mesures de manière responsable. Les informations découlant des exercices de suivi, d'évaluation et d'action devront être transmises aux niveaux supérieurs, et les recommandations être communiquées aux échelons inférieurs. Les mesures prévues/prises devront être signalées aux niveaux supérieurs et inférieurs. Ces conditions permettront l'autodéclaration de l'indicateur. Lorsqu'un critère est rempli, un point est accordé. Le résultat total ne peut pas dépasser trois points. Les données permettant de calculer cet indicateur ne sont pas encore disponibles au niveau mondial, sauf pour ce qui est de l'existence et de l'activité du groupe consultatif technique national sur la vaccination. Elles peuvent être recueillies grâce au formulaire de rapport commun.</p> <p>Questions du formulaire de rapport commun :</p> <p>Critère 1 : Existence d'un groupe consultatif technique national sur la vaccination, ou équivalent, opérationnel (information recueillie grâce au formulaire de rapport commun)</p> <p>Le terme « opérationnel » implique ce qui suit : 1. Le groupe consultatif technique dispose d'un mandat officiel écrit ; 2. L'existence du groupe consultatif a un fondement législatif ou administratif ; 3. Les domaines de spécialisation suivants sont représentés dans la composition de base du groupe : pédiatrie ; santé publique ; maladies infectieuses ; épidémiologie ; et immunologie ; 4. Les membres du groupe consultatif technique ont l'obligation de faire part de tout conflit d'intérêts ; 5. Le comité se réunit au moins une fois par an, de</p>

	<p><i>manière régulière ; et 6. L'ordre du jour et les documents de travail sont distribués aux membres du groupe consultatif technique au plus tard une semaine avant chaque réunion.</i></p> <p>Critère 2 : Des cycles de suivi, d'évaluation et d'action étaient déjà en place en [insérer l'année précédente].</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 En [insérer l'année précédente], votre pays était-il doté de cycles de suivi, d'évaluation et d'action déjà en place pour la prise de décision fondée sur des données ? 2 Si oui, veuillez fournir un document opérationnel décrivant le processus de suivi, d'évaluation et d'action dans votre pays au cours de l'année précédente : 3 Si oui, veuillez décrire brièvement les mesures d'amélioration des résultats du programme de vaccination mises en œuvre dans le cadre des cycles de suivi, d'évaluation et d'action. 4 Si oui, veuillez sélectionner les parties prenantes qui ont donné des conseils en matière de suivi, d'évaluation et d'action en [insérer l'année précédente]. <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Groupe consultatif technique national sur la vaccination 4.2 Gouvernement 4.3 Organisations de la société civile 4.4 Autre (préciser) <p>Critère 3 : Existence d'une boucle de rétroaction permettant de transmettre, depuis et vers l'échelon infranational et l'échelon national, les évaluations des progrès accomplis, et les mesures découlant de recommandations.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 En [insérer l'année précédente], les résultats de l'évaluation de l'indicateur relatif à la vaccination ont-ils été communiqués du niveau national vers le niveau infranational ? 3.2 En [insérer l'année précédente], les résultats de l'évaluation de l'indicateur relatif à la vaccination ont-ils été communiqués du niveau infranational vers le niveau national ?
Méthode de mesure	<p>Les données utiles à cet indicateur seront collectées grâce à l'autodéclaration (Oui/Non) et à la fourniture de documents justificatifs. Les documents justificatifs pourront être :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un document opérationnel décrivant le processus de suivi, d'évaluation et d'action à tous les échelons. - La preuve de mesures mises en œuvre pour améliorer les résultats du programme de vaccination à tous les échelons.
Source des données	Il est proposé de recueillir ces données grâce au formulaire de rapport commun.

Numéro et désignation de l'indicateur	Priorité stratégique 1.2 – Densité des médecins et des personnels infirmiers et obstétriques pour 10 000 habitants
--	---

Définition	Nombre de médecins et de personnels infirmiers et obstétriques pour 10 000 habitants.
Calcul et considérations opérationnelles	Densité des médecins et des personnels infirmiers et obstétriques pour 10 000 habitants : Numérateur : nombre de médecins et de personnels infirmiers et obstétriques, défini sur la base des effectifs. Dénominateur : population totale (pour 10 000) Le terme « médecin » désigne les médecins, les médecins généralistes et les médecins spécialistes. Cette catégorie correspond aux codes de groupes de base 221, 2211 et 2212 de la Classification internationale type des professions (CITP). Le terme « personnels infirmiers et obstétriques » désigne les postes suivants : les cadres infirmiers, les sages-femmes, le personnel infirmier (niveau intermédiaire), les sages-femmes (niveau intermédiaire) et les professions apparentées. Cette catégorie correspond aux codes de groupes de base 2221, 2222, 3221 et 3222 de l'ISCO-08.
Méthode de mesure	En réponse à la résolution WHA 69.19 de l'Assemblée mondiale de la Santé, une plateforme de données en ligne des comptes nationaux des personnels de santé a été mise au point pour simplifier la communication de données. Afin de compléter la notification nationale réalisée par l'intermédiaire de cette plateforme, des sources supplémentaires telles que le recensement national ou les enquêtes sur la population active sont utilisées. De manière générale, les données sur la densité de la population active utilisées comme dénominateur (estimations de la population nationale) sont tirées de la base de données des World Population Prospects de la Division de la population des Nations Unies. Lorsque le rapport officiel contenant des données sur les personnels de santé donne des indicateurs de densité plutôt que des décomptes, les estimations de stock sont calculées à partir des estimations de population déterminées à l'aide de la base de données des World Population Prospects de la Division de la population des Nations Unies. Pour plus d'informations : https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-(per-10-000-population) https://www.who.int/activities/improving-health-workforce-data-and-evidence
Source des données	Numérateur : plateforme de données des comptes nationaux des personnels de santé de l'OMS. Dénominateur : World Population Prospects de la Division de la population des Nations Unies.

Numéro et désignation de l'indicateur	Priorité stratégique 1.3 – Pourcentage de pays dans lesquels 90 % des signalements des cas présumés de toutes les maladies à prévention vaccinale prioritaires incluses dans la surveillance au niveau national ont été réalisés dans les délais par 90 % des districts (y compris la notification de l'absence de cas)*
Définition	Pays dans lesquels le signalement par les districts des cas présumés de toutes les maladies à prévention vaccinales prioritaires incluses dans la surveillance au niveau du pays est réalisé dans les délais (y compris la notification de l'absence de cas). *Cas présumés de toutes les maladies à prévention vaccinale prioritaires faisant l'objet d'une surveillance nationale. Les maladies à prévention vaccinale prioritaires doivent inclure au minimum la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, le tétanos néonatal, la fièvre jaune (pour les pays endémiques), le méningocoque (pour les pays de la ceinture de la méningite) et les maladies ciblées par la surveillance au niveau du pays définies comme prioritaires par le pays ou la Région.

Calcul et considérations opérationnelles	<p>Dénominateur : nombre total de pays fournissant des données.</p> <p>Numérateur : nombre de pays dans lesquels au moins 90 % des signalements des cas de toutes les maladies à prévention vaccinale faisant l'objet d'une surveillance nationale ont été faits dans les délais par 90 % des districts (notifications de l'absence de cas comprises).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signaler le nombre de cas confirmés par rapport au nombre total de cas présumés de maladies à prévention vaccinale prédéfinies au niveau des provinces ou du pays. Le nombre de cas peut être de zéro. - Procéder à ces signalements dans le respect des délais définis par le pays. - Pour atteindre un signalement de 90 % par an : si un pays prévoit un signalement hebdomadaire pour une maladie donnée, alors le district doit envoyer au moins 47 notifications dans les délais définis par le pays. Si le signalement d'une maladie donnée est mensuel, le nombre de notifications par année calendaire devrait être égal ou supérieur à 11. <p>Le numérateur n'inclura pas les districts dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les cas présumés signalés ne correspondent pas tous à des maladies à prévention vaccinale prédéfinies ; - le signalement n'a pas été fait dans les délais ; - moins de 90 % des cas sont signalés. <p>Les pays de petite taille peuvent utiliser l'unité administrative ou l'établissement de santé de la plus petite taille comme unité de mesure.</p>								
Méthode de mesure	<p>Il est proposé d'inclure les questions suivantes dans le formulaire de rapport commun pour permettre le calcul de cet indicateur.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quelles sont les maladies à prévention vaccinale prioritaires dans votre pays (c'est-à-dire pour lesquelles le pays souhaite parvenir à une surveillance de haute qualité afin de guider son programme de vaccination. Il peut s'agir de maladies déjà ciblées par les efforts d'élimination ou d'éradication, de maladies pour lesquelles il est prévu d'introduire un vaccin, de maladies dont la charge de morbidité est élevée, ou de maladies à forte tendance épidémique) incluses dans la surveillance nationale (sélectionnez toutes les maladies à prévention vaccinale prioritaires dans la liste déroulante) ? 2. Nombre de districts : ____ 3. Veuillez compléter le tableau pour permettre de calculer l'indicateur. <table border="1" data-bbox="558 1008 1713 1360"> <thead> <tr> <th data-bbox="558 1008 846 1263">Maladies à prévention vaccinale prioritaires (sélectionnez toutes les maladies à prévention vaccinale prioritaires)</th> <th data-bbox="846 1008 1136 1263">Fréquence de notification (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle)</th> <th data-bbox="1136 1008 1425 1263">Nombre total de districts ayant fait un signalement à tout moment au cours de ____ (année)</th> <th data-bbox="1425 1008 1713 1263">Nombre de districts dont au moins 90 % des signalements ont été faits dans les délais en ____ (année)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="558 1263 846 1360">Indiquez la maladie à prévention vaccinale prioritaire 1</td> <td data-bbox="846 1263 1136 1360"></td> <td data-bbox="1136 1263 1425 1360"></td> <td data-bbox="1425 1263 1713 1360"></td> </tr> </tbody> </table>	Maladies à prévention vaccinale prioritaires (sélectionnez toutes les maladies à prévention vaccinale prioritaires)	Fréquence de notification (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle)	Nombre total de districts ayant fait un signalement à tout moment au cours de ____ (année)	Nombre de districts dont au moins 90 % des signalements ont été faits dans les délais en ____ (année)	Indiquez la maladie à prévention vaccinale prioritaire 1			
Maladies à prévention vaccinale prioritaires (sélectionnez toutes les maladies à prévention vaccinale prioritaires)	Fréquence de notification (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle)	Nombre total de districts ayant fait un signalement à tout moment au cours de ____ (année)	Nombre de districts dont au moins 90 % des signalements ont été faits dans les délais en ____ (année)						
Indiquez la maladie à prévention vaccinale prioritaire 1									

	Indiquez la maladie à prévention vaccinale prioritaire 2			
	Indiquez la maladie à prévention vaccinale prioritaire 3 (continuez ainsi pour toutes les maladies à prévention vaccinale)			
Source des données	Il est proposé de recueillir ces données grâce au formulaire de rapport commun.			

Numéro et désignation de l'indicateur	Priorité stratégique 1.4 – Pourcentage de temps de disponibilité totale du DTC et du MCV au niveau de la prestation de services (moyenne des pays)
Définition	Pourcentage moyen, pour tous les pays qui communiquent des données, d'établissements de santé qui n'ont signalé aucune rupture de stock de DTC et de MCV pour l'année entière.
Calcul et considérations opérationnelles	<p>Les pays qui déclarent avoir un système en place pour mesurer la disponibilité des vaccins au niveau de la prestation de services confirmeront les données obtenues à l'échelon des établissements de santé et calculeront le pourcentage moyen annuel d'établissements n'ayant subi aucune rupture de stock de DTC et de MCV.</p> <p>Il est proposé d'ajouter les questions suivantes au formulaire de rapport commun :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Votre pays est-il doté d'un système déjà existant qui mesure la disponibilité d'un vaccin au niveau de la prestation des services ? (O/N) • Quel était le niveau de disponibilité du vaccin à valence rougeole en [insérer l'année précédente], qui correspond au pourcentage d'établissements de santé ayant signalé l'absence de rupture de stock pour l'année entière ? • Quel était le niveau de disponibilité du vaccin DTC en [insérer l'année précédente], qui correspond au pourcentage d'établissements de santé ayant signalé l'absence de rupture de stock pour l'année entière ? <p>Calcul : Pourcentage moyen de vaccins DTC et MCV dans tous les pays dotés d'un système permettant de collecter cette information.</p> <p>Considérations opérationnelles : Dans le contexte de cet indicateur, cela signifie que pour chaque mois, chaque établissement de santé a été en mesure de</p>

	répondre à tous les besoins en matière de vaccin et n'a signalé aucune rupture de stock pour l'année entière pour les deux vaccins.
Méthode de mesure	Les pays surveillent et recueillent au niveau des établissements de santé les données relatives à la disponibilité complète du stock de vaccins DTC et vaccins MCV sur une année à l'aide du système d'information existant (système d'information pour la gestion de la logistique, système d'information pour la gestion de la santé, le Système d'information sanitaire dans les districts 2, Web-based vaccination supplies stock management, ou toute autre plateforme de gestion de l'information disponible). Les pays qui ne disposent pas de ces données (absence de notification de l'indicateur, ou aucun système permettant de suivre le stock au niveau de la prestation des services, par exemple) doivent répondre N à la première question.
Source des données	Il est proposé de recueillir ces données grâce au formulaire de rapport commun.

Numéro et désignation de l'indicateur	Priorité stratégique 1.6 – Pourcentage de pays ayant établi au moins un rapport d'innocuité sur un cas individuel documenté de manifestations postvaccinales indésirables* graves (au moyen d'un formulaire de notification et/ou sous forme de liste) par million d'habitants
Définition	Pays ayant établi des rapports d'innocuité sur des cas individuels documentés de manifestations postvaccinales indésirables graves (au moyen d'un formulaire de notification et/ou sous forme de liste) par million d'habitants.
Calcul et considérations opérationnelles	Nombre de rapports d'innocuité sur des cas individuels documentés de manifestations postvaccinales indésirables disponibles dans la base de données mondiale de l'OMS sur le suivi de la sécurité. Seuil : tous les pays comptant au moins un rapport d'innocuité sur un cas individuel documenté de manifestations postvaccinales indésirables pour 1 000 000 habitants. Population totale : World Population Prospects de la Division de la population des Nations Unies, par exemple https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf *VigiBase, la base de données mondiale de l'OMS : https://www.who-umc.org/vigibase/vigibase/
Méthode de mesure	Taux de signalement de cas individuels de manifestations postvaccinales indésirables graves pour un million d'habitants par an = Nombre de cas individuels documentés de manifestations postvaccinales indésirables graves signalés par un pays ou une zone infranationale par an / population totale du pays ou de la zone infranationale pour l'année concernée x 1 000 000

	$\text{Taux de signalement de cas individuels de manifestations postvaccinales indésirables graves pour 1 000 000 habitants par an} = \frac{\text{Nombre de cas individuels documentés de manifestations postvaccinales indésirables graves signalés par un pays ou une zone infranationale par an}}{\text{Population totale du pays ou de la zone infranationale pour l'année concernée}} \times 1\,000\,000$
Source des données	<p>Source de données primaire : VigiBase, la base de données mondiale de l'OMS : https://www.who-umc.org/vigibase/vigibase/</p> <p>Les données de VigiBase seront utilisées pour les pays en mesure de charger des données sur VigiBase.</p> <p>Le formulaire de rapport commun sera utilisé de manière temporaire pour les pays en train d'adopter la notification de cas individuels dans VigiBase.</p>

Numéro et désignation de l'indicateur	Priorité stratégique 2.1 – Pourcentage de pays dotés d'une législation favorable à la vaccination en tant que bien public
Définition	Pourcentage de pays dotés d'une législation favorable à la vaccination en tant que bien public.
Calcul et considérations opérationnelles	<p>Actuellement, cette donnée n'est pas collectée systématiquement au niveau mondial. C'est pourquoi elle devra être ajoutée au formulaire de rapport commun en 2021. Le calcul se fera grâce à l'autodéclaration (O/N) par les pays et grâce au chargement d'une copie de la législation en question ou à l'indication d'un lien renvoyant vers celle-ci.</p> <p>Propositions de questions pour le formulaire de rapport commun :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Votre pays est-il doté d'une loi sur la vaccination ou d'un texte législatif qui apporte son soutien à la vaccination et qui prévoit le financement par le gouvernement de tous les aspects du programme de vaccination, à tous les niveaux ? - Veuillez indiquer l'année d'adoption de cette loi/de ce texte - Veuillez charger un document justificatif, ou indiquer un lien url dans la partie réservée aux commentaires :
Méthode de mesure	Existence (ou absence) d'un fondement législatif sur lequel repose l'engagement d'offrir à la population une vaccination financée par le gouvernement. Ce point sera évalué grâce à l'autodéclaration (Oui/Non) et à la fourniture d'un document justificatif.
Source des données	À inclure dans le formulaire de rapport commun. Remarque : l'OPS est chargée de cette question pour le formulaire de rapport commun de 2020. La formulation de la question pourra être modifiée pour l'adapter aux observations reçues des pays de la Région. La question sera accompagnée d'une note explicative (exemple de texte ci-dessous) :

	L'expression « une loi sur la vaccination ou un texte législatif » peut désigner des documents juridiques écrits (lois, dispositions législatives), des règlements, des ordonnances ou des décrets exécutoires établis par une autorité publique. La législation peut porter uniquement sur la vaccination ou faire partie d'une législation plus générale relative à la santé publique et doit, entre autres, prévoir le financement garanti de l'ensemble des éléments du programme de vaccination, à tous les niveaux, y compris l'achat et la disponibilité rapide des vaccins, conformément, entre autres, à la planification, à la formation, à la supervision, aux activités de sensibilisation et aux systèmes d'informations du pays.
--	--

Numéro et désignation de l'indicateur	Priorité stratégique 2.2 – Pourcentage de pays ayant mis en œuvre des stratégies comportementales ou sociales (visant à stimuler la demande) pour remédier à la sous-vaccination
Définition	Pourcentage de pays ayant mis en œuvre des stratégies comportementales ou sociales (visant à stimuler la demande) pour remédier à la sous-vaccination.
Calcul et considérations opérationnelles	<p>Actuellement, cette donnée n'est pas collectée au niveau mondial. C'est pourquoi elle devra être ajoutée au formulaire de rapport commun en 2021. Le calcul se fera grâce à l'autodéclaration par les pays, par l'intermédiaire de la question suivante :</p> <p>En [insérer l'année précédente], votre pays a-t-il mis en œuvre des stratégies comportementales ou sociales (visant à stimuler la demande) pour remédier à la sous-vaccination ? Sélectionnez toutes les réponses applicables :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interventions visant à améliorer l'accès à la vaccination • Interventions visant à améliorer la qualité des services • Interventions visant à développer les capacités des agents de santé • Mobilisation communautaire • Interventions de communication ou de sensibilisation destinées au grand public • Interventions visant à gérer la désinformation, prenant appui sur les données relatives à l'écoute sociale et à l'écoute numérique • Interventions au niveau politique (mesures d'incitation, par exemple) • Autre, veuillez préciser :
Méthode de mesure	L'indicateur doit être communiqué par les pays grâce à des questions contenues dans le formulaire de rapport commun et qui viennent remplacer les questions relatives à la demande.
Source des données	Il est proposé de recueillir ces données grâce au formulaire de rapport commun.

Numéro et désignation de l'indicateur	Priorité stratégique 3.2 – Couverture du DTC3, du MCV1 et du MCV2 dans 20 % des districts ayant la couverture la plus basse (moyenne des pays)
Définition	Couverture moyenne du DTC3, du MCV1 et du MCV2 dans 20 % des districts obtenant les résultats les plus bas dans chaque pays, pour tous les pays ayant communiqué des données.
Calcul et considérations opérationnelles	Couverture moyenne dans les quintiles les moins performants pour chaque pays communiquant des données relatives à la couverture au niveau des districts. Le groupe constitué des districts ayant obtenu les moins bons résultats peut changer d'une année sur l'autre (l'objectif n'étant pas de suivre les performances d'un groupe toujours formé des mêmes districts).
Méthode de mesure	Analyse de la couverture au niveau du district communiquée par les États Membres.
Source des données	Communication annuelle par les États Membres des données relatives à la couverture au niveau des districts grâce au formulaire de rapport commun.

Numéro et désignation de l'indicateur	Priorité stratégique 4.1 – Étendue de la vaccination : couverture moyenne pour tous les antigènes vaccinaux recommandés par l'OMS
Définition	L'étendue de la vaccination est définie comme la couverture moyenne pour tous les antigènes vaccinaux recommandés par l'OMS.
Calcul et considérations opérationnelles	Couverture moyenne aux niveaux mondial, régional et national pour tous les antigènes vaccinaux suivants : - diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B, Haemophilus influenza de type b (Hib), rougeole, deuxième dose du vaccin antirougeoleux, pneumocoque, poliomyélite, VPI, rubéole, rotavirus, PVH. Cette définition pourra être modifiée.
Méthode de mesure	Analyse des estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale.
Source des données	Formulaire de rapport commun, Estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale.

Numéro et désignation de l'indicateur	Priorité stratégique 5.1 – Pourcentage de flambées de poliomyélite, de rougeole, de méningocoque, de fièvre jaune, de choléra et de maladie à virus Ebola ayant fait l'objet d'une détection et d'une riposte rapides (uniquement les flambées contrées par des campagnes vaccinales de riposte spécifiques)
Définition	<p>Pourcentage de flambées de poliomyélite, de rougeole, de méningocoque, de fièvre jaune, de choléra et de maladie à virus Ebola ayant fait l'objet d'une détection* et d'une riposte rapides**</p> <p>*S'applique uniquement lorsque la flambée en question fait l'objet d'une campagne vaccinale de riposte spécifique. **Le délai acceptable séparant le début de la flambée et la mise en œuvre de la campagne de vaccination doit être défini pour chaque maladie.</p>
Calcul et considérations opérationnelles	<p>Le délai acceptable séparant le début de la flambée et la mise en œuvre de la campagne vaccinale devra être défini pour chaque flambée de poliomyélite, de rougeole, de méningocoque, de fièvre jaune, de choléra et de maladie à virus Ebola faisant l'objet d'une campagne vaccinale de riposte.</p> <p>Il convient de définir pour chaque vaccin la durée du délai maximal acceptable séparant le début de la flambée de la mise en œuvre de la campagne vaccinale pour que la riposte puisse être considérée comme rapide. Les critères permettant de définir l'apparition d'une flambée et la ponctualité de sa détection et de la riposte contre celle-ci doivent être conformes aux normes relatives à la surveillance et aux stratégies de maîtrise, d'élimination et d'éradication de l'OMS.</p> <p>L'indicateur sera obtenu en divisant le nombre total de flambées connues de poliomyélite, de rougeole, de méningocoque, de fièvre jaune, de choléra et de maladie à virus Ebola ayant fait l'objet d'une détection et d'une campagne vaccinale de riposte rapide par le nombre total de flambées connues de poliomyélite, de rougeole, de méningocoque, de fièvre jaune, de choléra et de maladie à virus Ebola ayant fait l'objet d'une campagne vaccinale de riposte.</p>
Méthode de mesure	<p>Informations obtenues auprès du Groupe international de coordination pour l'approvisionnement en vaccins, de l'Initiative contre la rougeole et la rubéole, de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, du groupe du Programme mondial de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS, complétées par les données relatives aux programmes nationaux de surveillance de la vaccination et des maladies, et obtenues grâce au formulaire de rapport commun OMS/UNICEF.</p>
Source des données	<p>Groupe international de coordination, Initiative contre la rougeole et la rubéole, Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, OMS, et programmes nationaux de surveillance de la vaccination et des maladies.</p> <p>Les informations seront collectées systématiquement auprès des programmes nationaux de surveillance de la vaccination et des maladies afin d'alimenter les données régionales et mondiales.</p>

Numéro et désignation de l'indicateur	Priorité stratégique 6.1 – Niveau de santé du marché des vaccins, ventilé par antigène vaccinal et typologie des pays
Définition	Niveau de santé du marché des vaccins, ventilé par antigène vaccinal et typologie des pays (Gavi, pays à revenu intermédiaire ne bénéficiant pas de l'aide de Gavi, pays à revenu élevé).
Calcul et considérations opérationnelles	<ul style="list-style-type: none"> • L'offre mondiale est supérieure à la demande mondiale de plus de x sans dépasser y – x, la valeur de y étant donnée dans les études de marché spécifiques aux vaccins de la plateforme d'informations sur les marchés pour l'accès aux vaccins : https://www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/mi4a/platform/module2/en/, par antigène vaccinal. • Les deux plus gros fournisseurs ne représentent pas plus des 2/3 du marché, par antigène vaccinal. • Le nombre total de fabricants est supérieur à trois, en comptant ceux ayant un produit en cours de développement clinique (phase IIa au minimum), par antigène vaccinal.
Méthode de mesure	<p>Un certain nombre de critères ont été définis afin de connaître le niveau de santé d'un marché. Le nombre de critères remplis directement détermine la santé du marché pour chaque vaccin. Chaque organisation exprime son point de vue, et toute inadéquation est corrigée en procédant à des ajustements.</p> <p>Plus spécifiquement, les caractéristiques mesurées sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offre répondant à la demande • Risque lié à un fournisseur unique • Capacité tampon • Concurrence sur le long terme <p>Une évaluation semi-quantitative de la santé de chaque marché sera menée par les partenaires [OMS, UNICEF, Gavi, Fondation Bill & Melinda Gates]. En fonction des résultats de l'évaluation des caractéristiques ci-dessus et de l'aperçu holistique du contexte programmatique de chacun d'entre eux, les marchés de la santé seront classés dans les catégories suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveau insuffisant, qui exige des interventions plus poussées : risques et problèmes de sécurité de l'approvisionnement majeurs, aucune amélioration attendue sans l'intervention de Gavi. • Niveau insuffisant, avec possibilités d'amélioration : risques et problèmes de sécurité de l'approvisionnement majeurs, améliorations possibles, mais exigeant un suivi plus poussé et davantage de temps pour se concrétiser. • Niveau suffisant, qui présente des risques : problèmes de sécurité de l'approvisionnement limités, avec des risques de recul inacceptables ; interventions nécessaires pour atténuer les risques.

	<ul style="list-style-type: none"> Niveau suffisant et pérennité : problèmes de sécurité de l'approvisionnement limités et risques acceptables, suivi nécessaire pour veiller à ce que le niveau de risque n'augmente pas.
Source des données	<ol style="list-style-type: none"> UNICEF OMS, au travers de l'Initiative MI4A Secrétariat de Gavi Fondation Bill & Melinda Gates

Numéro et désignation de l'indicateur	Priorité stratégique 6.2 – Pourcentage de pays dans lesquels les dépenses des autorités publiques nationales et des donateurs qui sont consacrées aux soins de santé primaires par habitant ont augmenté ou sont restées stables
Définition	Pourcentage de pays dans lesquels le niveau des dépenses en cours du gouvernement (fonds publics et financement des fondateurs) consacrées aux soins de santé primaires, en prix constants en dollars des États-Unis par habitant, a augmenté ou est resté stable par rapport au niveau d'avant 2020.
Calcul et considérations opérationnelles	Les dépenses relatives aux soins de santé primaires par habitant en dollars des États-Unis constants sont calculées en divisant les dépenses relatives aux soins de santé primaires par le nombre total d'habitants. On obtient un montant en dollars des États-Unis constants (conversion en unité monétaire nationale 2020 puis conversion en dollars des États-Unis 2020). Le calcul de la tendance devra être défini ensuite, à l'aide des méthodes employées pour la base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales de santé (GHED) et pour le rapport sur les dépenses mondiales de santé (GHER).
Méthode de mesure	La méthodologie proposée pour le suivi de la croissance consiste à prendre les taux de croissance annuels en se fondant sur la valeur en prix constants par habitant. Voir https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/57752201/en
Source des données	Base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales de santé (GHED, données issues des comptes de la santé) https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en

Numéro et désignation de l'indicateur	Priorité stratégique 6.3 – Pourcentage de pays dans lesquels la part de dépenses financées par les ressources gouvernementales pour le calendrier national de vaccination a augmenté
Définition	Nombre de pays dans lesquels la part des dépenses en cours totales en matière de vaccins (dans le cadre du programme national de vaccination) financées grâce à des fonds publics nationaux a dépassé le niveau d'avant 2020.

Calcul et considérations opérationnelles	Pourcentage des dépenses totales relatives aux vaccins de la vaccination systématique financées grâce à des fonds publics nationaux. Le calcul de la tendance devra être défini ensuite, à l'aide des méthodes employées pour la base de données de l'OMS sur les dépenses mondiales de santé (GHED) et le rapport sur les dépenses mondiales de santé (GHER).
Méthode de mesure	La méthodologie proposée pour suivre la croissance consiste à comparer la part de l'année N à celle de l'année N-1. Valeur totale des vaccins utilisés pour la prestation de services de vaccination. Le matériel et les services seront intégralement utilisés au cours de la période d'activité. Fonds publics nationaux consacrés à tous les vaccins utilisés dans le cadre du programme national de vaccination, y compris les doses réservées à la vaccination systématique, conformément au calendrier vaccinal du pays. Prix de marché international, et dépenses liées au transport et à la manutention inclus. Les vaccins utilisés au cours des journées nationales de la santé de l'enfant sont inclus dans les dépenses liées à la vaccination systématique, au contraire des dépenses liées aux doses de vaccins administrées dans le cadre d'activités de vaccination supplémentaires.
Source des données	Formulaire de rapport commun.

Numéro et désignation de l'indicateur	Priorité stratégique 7.1 – Pourcentage de pays dotés d'un programme de recherche sur la vaccination
Définition	Nombre de pays dotés d'un programme national de recherche sur la vaccination défini et fondé sur des besoins en données probantes clairement identifiés et classés par ordre de priorité, et présenté en détail dans la stratégie nationale de vaccination ou tout autre document stratégique national.
Calcul et considérations opérationnelles	Le programme national devra définir les domaines de recherche prioritaires permettant d'augmenter la probabilité que le pays atteigne les cibles du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030. La recherche englobe les cinq activités suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • mesure de l'ampleur et de la répartition d'un problème sanitaire ; • compréhension des causes ou déterminants du problème, qu'il s'agisse de facteurs biologiques, comportementaux, sociaux ou environnementaux ; • définition et élaboration de solutions ou d'interventions qui aideront à éviter ou à atténuer le problème ; • mise en œuvre ou offre de solutions au travers de politiques et de programmes ; • évaluation des retombées de ces solutions sur l'ampleur, l'intensité et la répartition du problème.

	Le programme de recherche ne sera pas le même selon le contexte et les priorités des pays. Certains pays pourront donner la priorité à la charge de morbidité et à la recherche opérationnelle et sur la mise en œuvre pour éclairer l'introduction d'un nouveau produit, quand d'autres préféreront adopter un programme plus vaste.
Méthode de mesure	<p>Proposition de question pour le formulaire de rapport commun :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Votre pays est-il doté d'un programme national de recherche sur la vaccination ? <p>SI OUI,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Veuillez fournir un document justificatif (stratégie nationale de vaccination ou plan national de santé, par exemple) qui prouve l'existence d'un programme national de recherche sur la vaccination. <p>Ce document autodéclaré sera soumis à un examen pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définir la situation de départ concernant le nombre de programmes nationaux de recherche sur la vaccination existants, leur format (harmonisé ou varié), leur avancement, leur suivi (examen sur pièce, enquêtes par l'intermédiaire des bureaux régionaux ?). • Évaluer si un cadre ou des orientations pour le développement de stratégies nationales de vaccination sont souhaitables et utiles, et procéder à leur élaboration le cas échéant. • Évaluer les progrès accomplis au regard de la stratégie nationale de vaccination dans le cadre des données communiquées au système national d'information.
Source des données	<p>Données primaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il est proposé de les collecter grâce au formulaire de rapport commun <p>Les pays devront examiner ces sources pour étayer leur programme de recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination ; • Stratégies nationales de vaccination ; • Organismes nationaux de réglementation ; • Groupes consultatifs techniques régionaux sur la vaccination ; • Registres des essais cliniques.

Numéro et désignation de l'indicateur	Priorité stratégique 7.2 – Progrès accomplis vers la réalisation des cibles mondiales en matière de recherche-développement
Définition	Les progrès accomplis vers la réalisation des cibles mondiales en matière de recherche-développement seront suivis en s'appuyant sur une liste restreinte de cibles mondiales qui sera définie par l'OMS et approuvée par le SAGE.

Calcul et considérations opérationnelles	Les bureaux régionaux et le siège de l'OMS et les principaux partenaires et parties prenantes définiront ensemble les cibles, et assureront le suivi et l'évaluation des progrès accomplis aux niveaux mondial et régional. Ce processus exigera un cadre de définition des priorités pour permettre l'alignement des priorités et des cibles, ainsi qu'un mécanisme de suivi et d'évaluation. La proposition de liste restreinte devrait être présentée au plus tard à la réunion d'octobre 2022 du SAGE.
Méthode de mesure	<p>Monde : La méthode de mesure se composera des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen périodique de la littérature afin de suivre les tendances et les avancées ; - Définition des valeurs de référence grâce à ce même processus d'examen périodique de la littérature.
Source des données	<p>Données primaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen périodique de la littérature, y compris de la littérature grise. <p>L'examen de la littérature devrait inclure les sources suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comité consultatif sur le développement de produits pour les vaccins de l'OMS et ses groupes de travail connexes (https://www.who.int/immunization/research/committees/pdvac/en/) ; • Stratégie d'établissement des priorités en matière d'innovation vaccinale (https://www.gavi.org/our-alliance/marketshaping/vaccine-innovation-prioritization-strategy) ; • Infuse (https://www.gavi.org/investing-gavi/infuse) ; • Registres des essais cliniques, sites Internet des fabricants, filières de produits, examen de la recherche éthique.

Développement plus poussé des indicateurs relatifs aux objectifs d'impact et des indicateurs relatifs aux objectifs stratégiques prioritaires

Le cadre de suivi et d'évaluation du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 comprend plusieurs indicateurs relatifs aux objectifs d'impact et aux objectifs stratégiques prioritaires pour lesquels des données n'ont pas encore été collectées, et qui nécessitent un développement plus poussé. Le programme d'apprentissage du Programme révèle que ce cadre de suivi et d'évaluation devra être revu et mis à jour au moins tous les trois ans afin de l'adapter à l'évolution des besoins programmatiques et des méthodes de suivi et d'évaluation, pour faire en sorte qu'il fournisse les données nécessaires à l'amélioration des résultats du programme vaccinal. Cet examen périodique visera à déterminer si les données sont adaptées au but poursuivi et à mettre à jour les indicateurs pour suivre le rythme du renforcement continu des capacités du programme de vaccination.

Le développement des indicateurs relatifs aux objectifs d'impact ci-après doit être poursuivi, notamment en collectant de nouvelles données et/ou en analysant de manière approfondie les tendances historiques et les prévisions (répercussions sur le long terme de la pandémie de COVID-19, par exemple) de manière à calculer des valeurs de référence et à définir des cibles réalistes.

Objectif d'impact 1.1 – Nombre de décès futurs dus aux maladies à prévention vaccinale évités

- Dans les années à venir, d'autres antigènes vaccinaux seront ajoutés à la liste établie dans le cadre de l'objectif d'impact 1.1 (p. 31). Ils seront classés en fonction des priorités stratégiques, des données disponibles et de la faisabilité.
- Les estimations relatives à l'objectif d'impact 1.1 seront mises à jour et communiquées une fois par an, à l'occasion de la publication des Estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale.
- Les modèles et la méthodologie seront affinés, et les estimations seront validées à l'aide de données supplémentaires.
- Les prévisions relatives aux conséquences de la pandémie de COVID-19 sur le taux de couverture seront incluses lorsque davantage de données seront disponibles.

Objectif d'impact 1.2 – Nombre et pourcentage de pays qui ont atteint les cibles régionales ou mondiales relatives à la maîtrise, à l'élimination et à l'éradication des maladies à prévention vaccinale.

- D'autres maladies à prévention vaccinale peuvent être incluses dans l'analyse au fur et à mesure que les organismes régionaux ou mondiaux les intègrent dans leurs efforts de maîtrise, d'élimination et d'éradication.
- Les cibles et les indicateurs relatifs aux maladies à prévention vaccinale seront mis à jour pour suivre l'évolution des stratégies de suivi programmatique. Les mises à jour pourront concerner l'inclusion dans la stratégie mondiale d'une maladie qui jusque-là était ciblée au niveau régional, ou le changement de valeur, de nature ou de calendrier d'une cible.

Objectif d'impact 1.3 - Nombre de flambées dévastatrices ou de grande ampleur de maladies à prévention vaccinale

- Les critères permettant de définir une flambée dévastatrice ou de grande ampleur de rougeole, de poliomyélite, de méningocoque, de fièvre jaune, de choléra et de maladie à virus Ebola seront définis conformément aux stratégies mondiales relatives aux maladies à prévention vaccinale. Ces critères seront mis à jour selon les besoins au cours de la décennie afin de refléter l'évolution des stratégies.
- Les données historiques et de référence de la surveillance des maladies seront évaluées au regard des critères qui auront été définis. La mesure du nombre de flambées dévastatrices ou de grande ampleur sera revue chaque année pour chacune des maladies ciblées par l'objectif d'impact 1.3.
- D'autres antigènes vaccinaux pourront être ajoutés à la liste de l'objectif d'impact 1.3 pour refléter l'évolution des objectifs mondiaux de maîtrise, d'élimination et d'éradication des maladies à prévention vaccinale, en particulier lorsque de nouvelles maladies à tendance épidémique deviendront évitables grâce à la vaccination.

Objectif d'impact 3.2 – Indice de couverture des services pour la CSU

- Les valeurs utilisées pour la mesure de la couverture sanitaire universelle et des soins de santé primaires devraient évoluer au cours de la décennie grâce aux progrès en matière de données et aux nouvelles connaissances. La cible de l'indicateur 3.2 pourra elle aussi évoluer de manière à mesurer avec plus de précision la contribution du programme de vaccination à la couverture sanitaire universelle et aux soins de santé primaires.

En outre, l'ensemble des indicateurs relatifs aux objectifs d'impact doivent être évalués au fur et à mesure de leur mise en œuvre de manière à dûment collecter, mesurer, analyser, interpréter, diffuser et utiliser les résultats pour accomplir des progrès vers la réalisation des objectifs d'impact du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030.

Le développement des indicateurs relatifs aux objectifs stratégiques prioritaires ci-après doit être approfondi :

Objectif stratégique prioritaire 1.1 – Renforcer et pérenniser une direction, une gestion et une coordination solides des programmes de vaccination à tous les niveaux.

- Des cycles de suivi, d'évaluation et d'action performants, qui permettent une amélioration continue de la qualité des programmes de vaccination sont une mesure indirecte essentielle de la direction, de la gestion et de la coordination. Le suivi de cet indicateur peut exiger l'établissement de nouveaux mécanismes de communication des données et de retour d'information ainsi que le renforcement des capacités de mise en œuvre des cycles de suivi, d'évaluation et d'action à tous les niveaux.

Objectif stratégique prioritaire 2.2 : Veiller à ce que toutes les populations et communautés accordent de l'importance aux services de vaccination, les soutiennent activement et y aient recours.

- Cet indicateur a pour but d'inciter les programmes nationaux de vaccination à consacrer des ressources spécifiques à l'évaluation et au contournement des obstacles à la vaccination. Cependant, il n'a pas été possible d'élaborer un indicateur unique de la demande au niveau mondial qui pourrait être applicable dans chaque pays. Par ailleurs, la disponibilité des données nécessaires pour mesurer cet indicateur pourrait représenter un défi pour certains pays.

Objectif stratégique prioritaire 5.1 : Garantir la préparation aux flambées de maladies à prévention vaccinale, leur détection et une riposte rapides et de qualité.

- Les critères relatifs à la détection et à la riposte rapides d'une flambée seront déterminés pour chacune des maladies incluses dans l'objectif stratégique prioritaire 5.1 et alignés sur les objectifs mondiaux de maîtrise, d'élimination et d'éradication des maladies à prévention vaccinale.
- Les données historiques et de référence de la surveillance des maladies seront évaluées au regard des critères qui auront été déterminés. Les estimations du pourcentage de flambées dont les campagnes de vaccination de riposte ont permis une détection et une riposte rapides seront mises à jour annuellement pour chacune des maladies ciblées par l'objectif stratégique prioritaire 5.1. Les critères relatifs à la détection et à la riposte rapides d'une flambée pourront être revus régulièrement pour tenir compte des nouvelles technologies de dépistage et méthodologies de surveillance des maladies et de riposte aux flambées.
- Dans les années à venir, d'autres antigènes vaccinaux pourront être ajoutés à la liste de l'objectif stratégique prioritaire 5.1 pour refléter les objectifs mondiaux de maîtrise, d'élimination et d'éradication des maladies à prévention vaccinale, en particulier lorsque de nouvelles maladies à tendance épidémique deviendront évitables grâce à la vaccination.

Objectif stratégique prioritaire 7.2 – Développer des technologies et des vaccins nouveaux, et améliorer les produits et services existants pour les programmes de vaccination

- Cet indicateur repris du Plan d'action mondial pour les vaccins (liste restreinte de cibles mondiales prioritaires de recherche-développement) sert d'indicateur intermédiaire en attendant que soit définie, au travers des mécanismes mondiaux et régionaux, une stratégie d'élaboration des programmes de recherche-développement pour la mise au point de technologies et de vaccins et l'amélioration des produits et services destinés au programme de vaccination.
- L'approche stratégique adoptée pour la définition des programmes de recherche-développement devra tenir compte des programmes nationaux de recherche sur la vaccination (objectif stratégique prioritaire 7.1), et refléter la stratégie de recherche et d'innovation du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030. Cette stratégie, qui donne la priorité à l'innovation fondée sur les besoins, est axée sur le renforcement des mécanismes mis à contribution pour la définition des priorités pour faire en sorte que les besoins des communautés (en particulier les populations mal desservies) soient entendus et que les priorités, une fois définies, guident la mise au point d'innovations relatives aux produits, services et pratiques de vaccination. Les programmes régionaux de recherche-développement devront avoir pour finalité d'obtenir le plus grand impact possible dans les pays de la Région ; ils devraient être intégrés dans le programme mondial de recherche-développement, pour veiller à ce que ce dernier réponde réellement aux besoins des communautés.

Traduction par Octopus Translations. L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. En cas d'incohérence entre la version anglaise et la version française, la version anglaise est considérée comme la version authentique faisant foi.