



Éléments à prendre en considération pour intégrer la vaccination contre la COVID-19 dans les programmes de vaccination et les soins de santé primaires pour 2022 et au-delà

Version 1 (OMS et UNICEF) en date du 27 juillet 2022

Table des matières

Remerciements.....	iii
Liste des acronymes et abréviations.....	iv
Contexte.....	1
Objectifs de ce document.....	1
Public cible.....	2
Justification de l'intégration de la vaccination contre la COVID-19.....	2
Définition et principes proposés pour l'intégration de la vaccination contre la COVID-19 dans les programmes de vaccination et les SSP.....	5
Avantages et risques liés à l'intégration de la vaccination contre la COVID-19.....	7
Comment opérationnaliser l'intégration de la vaccination contre la COVID-19 aux niveaux national et infranational.....	11
Étape 1. Lancement/création du processus d'intégration.....	11
Étape 2. Phase de planification et de préparation : mettre en place un plan d'intégration de la vaccination contre la COVID-19 au niveau national.....	12
Étape 3. Mise en œuvre et surveillance.....	24
Étape 4. Actions de suivi post-intégration.....	25
Annexe 1. Exemples de pays prônant l'intégration de la vaccination contre la COVID-19 par élément fonctionnel du système de santé.....	26
Annexe 2. Liste de vérification pour l'évaluation de l'état de préparation à l'intégration du vaccin contre la COVID-19.....	31
Références.....	36

Remerciements

Groupe éditorial

Organisation mondiale de la Santé (OMS) : Diana Chang-Blanc, Dirk Horemans, Ann Lindstrand, Laura Nic Lochlainn, Denis Georges Porignon, Fina Tams, Nuria Toro, Alba Vilajeliu (Personne responsable).

Fonds des Nations unies pour l'Enfance (UNICEF) : Viorica Berdaga, Sanjay Bhardwaj, Ibrahim Dadari, Clarice Lee, Gloria Lihemo, Phoebe Meyer, Shalini Rozario, Anahitta Shirzad.

Autres contributeurs et réviseurs

OMS : Danish Ahmed, Sweetc Alipon, Giorgio Cometto, Peter Cowley, Maria Tereza Da Costa Oliveira, Carolina Danovaro, Shalini Desai, Ebru Ekeman, Margherita Ghiselli, Tracey Goodman, Santosh Gurung, Quamrul Hasan, Philipp Lambach, Lisa Menning, Matthew Neilson, Katherine O'Brien, Teri Reynolds, Samir Sodha, Stephanie Shendale, Nathalie Van de Maele, Martha Velandia, Angel Grace Zorilla.

UNICEF : Azhar Abid Raza, Antoinette Eleonore Ba, Tasmia Bashar, Gunter Boussey, Zabihullah Kamran, Ephrem Tekle Lemango, Imran Mirza, Daniel Ngemera, Deepa Risal Pokharel, Helgaard Theron Raubenheimer, Benjamin Schreiber, Svetlana Stefanet.

Gavi, l'Alliance du Vaccin : Johannes Ahrendts, Wuraola Babalola, Sachin Jagtap, Alex de Jonquieres, Ranjana Kumar, Henry Lu, Simbarashe Mabaya, Richard Mihigo, Mwenge Abrahams Mwanamwenge, Karan Sagar, Laetitia Vionnet, Shahrzad Yavari.

Health Campaign Effectiveness Coalition – the Task Force for Global Health : Eva Bazant, Alan Hinman.

MM Global Health : Thomas Cherian, Karen Hennessey, Carsten Mantel.

Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis : Aaron Wallace.

Membres du Programme de vaccination à l'horizon 2030 (IA2030) – Priorité stratégique 1 : Groupe de travail sur les soins de santé primaires (SSP)

Membres du Programme de vaccination à l'horizon 2030 – Priorité stratégique 4 : Groupe de travail sur le cycle de vie et l'intégration

Liste des acronymes et abréviations

AESI	manifestations indésirables présentant un intérêt particulier
ASC	agents de santé communautaires
AVS	activités de vaccination supplémentaires
CBO	organisations communautaires
CCIA	comité de coordination inter-agences
COU	centre d'opérations d'urgence
cPIE	Évaluation post-introduction COVID-19
CPS	chimio-prévention du paludisme saisonnier
CVR	Registre de vaccination contre la COVID-19
DN du HepB	dose de naissance du vaccin contre l'hépatite B
DTC1, DTC3	première et troisième doses du vaccin contre la diphtérie, Lanatoxine tétanique et la coqueluche
DTPCV	vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux
ECET	<i>Escherichia coli</i> entérotoxigène
ECF	équipement de la chaîne du froid
eJRF	formulaire commun de notification électronique
eSIGL	système électronique d'information sur la gestion logistique
EUL	liste d'utilisation d'urgence
EV	efficacité vaccinale
FLW	agent de santé de première ligne
Gavi	Gavi, l'Alliance du Vaccin
GTCV national	groupe technique consultatif national pour la vaccination
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> de type b
HWF	personnel de santé
IA2030	Programme pour la vaccination à l'horizon 2030
IPC	prévention et lutte contre les infections
IPVS	intensification périodique de la vaccination systématique
MAPI	manifestations post-vaccinales indésirables
MEV	maladie évitable par la vaccination
MID	moustiquaires à imprégnation durable
MNT	maladie non transmissible
NDVP	plan national de déploiement et de vaccination contre la COVID-19
NLWG	groupe de travail national sur la logistique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisations non gouvernementales
PEV	programme élargi de vaccination
PHEIC	urgence de santé publique de portée internationale
PNV	programmes nationaux de vaccination
PON	procédure opérationnelle normalisée
RCCE	communication sur les risques et engagement communautaire
REV	registres électroniques de vaccination
RH	ressources humaines
SAGE	Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination
SARS-CoV-2	syndrome respiratoire aigu sévère dû au coronavirus 2
SGA	Streptocoque du groupe A
SIGS	système d'information pour la gestion sanitaire
SME	santé de la mère et de l'enfant
SP	soins prénatals

SPA	<i>Salmonella enterica</i> sérotype Paratyphi A
SSP	soins de santé primaires
TB	tuberculose
TPIn	traitement préventif intermittent au cours de l'enfance
UCC	chaîne du froid à ultra-basse température
ULT-F	congélateur à ultra-basse température
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VPC	vaccin antipneumococcique conjugué
VPH	virus du papillome humain
VR	vaccination de routine
VVM	pastille de contrôle du vaccin
WASH	eau, assainissement et hygiène

Contexte

Au moment de l'élaboration du présent document (juillet 2022), la maladie à coronavirus (COVID-19) est toujours une urgence de santé publique de portée internationale (PHEIC), ayant été déclarée comme telle par le Directeur général de l'OMS le 30 janvier 2020 (1). En seulement 18 mois, la vaccination contre la COVID-19 a été mise en œuvre dans presque tous les pays du monde, avec plus de 12 milliards de doses administrées et 61 % de la population mondiale ayant reçu la série primaire (2). Il s'agit de la campagne mondiale de vaccination la plus rapide et la plus complexe de l'histoire. Les campagnes de vaccination de masse ont été utilisées comme approche principale pour atteindre rapidement et largement les populations ciblées. Toutefois, dans de nombreux pays, ce résultat a été obtenu à un prix élevé. Les agents de santé et les ressources ont été détournés de la fourniture de services de santé essentiels, y compris la vaccination, afin de prendre en charge les efforts de vaccination contre la COVID-19. Par conséquent, le risque d'épidémies de maladies évitables par la vaccination (MEV) augmente. En outre, la réponse à la pandémie de COVID-19 a, à juste titre, nécessité une attention et des ressources dédiées pour soutenir le déploiement et la livraison rapides des vaccins contre la COVID-19 – parfois par le biais de la coordination, du financement, de la livraison et d'autres approches en dehors ou en complément des systèmes de santé déjà surchargés. Bien que cette approche ait mis à rude épreuve les programmes essentiels de vaccination et d'autres programmes nationaux, elle est également à l'origine de nouvelles approches, idées et innovations qui peuvent profiter davantage aux systèmes de santé à long terme.

Malgré de nombreuses zones d'ombre quant à l'avenir de la pandémie et de la vaccination contre la COVID-19, il est temps de planifier une vaccination durable contre la COVID-19 en tant que partie intégrante des programmes nationaux de vaccination (PNV), des soins de santé primaires (SSP) et d'autres services de santé pertinents. De nombreux pays intègrent déjà la vaccination contre la COVID-19 dans leurs services de santé réguliers et explorent de nouveaux points d'entrée pour la vaccination des groupes à haut risque.

Ce document présente les principales considérations programmatiques essentielles pour passer des campagnes de masse pour la vaccination contre la COVID-19 à l'intégration de la vaccination contre la COVID-19 dans les programmes de vaccination, les soins de santé primaires et d'autres services de santé pertinents pour 2022 et au-delà. L'objectif ultime est d'explorer pleinement les domaines potentiels d'intégration des différentes composantes des programmes de vaccination, des soins de santé primaires et des systèmes de santé. Compte tenu de l'évolution de la nature épidémiologique de la pandémie de COVID-19, il s'agit d'un document évolutif qui sera mis à jour pour refléter l'évolution du contexte, y compris à mesure que les politiques de vaccination contre la COVID-19 à long terme sont formulées. Enfin, le document ne vise pas à définir une approche prescriptive, mais plutôt à présenter des éléments à prendre en considération et des options que les pays peuvent examiner et appliquer en fonction de leurs besoins et du contexte national.

Objectifs de ce document

1. Fournir une **définition et des principes pour intégrer la vaccination contre la COVID-19** dans les programmes de vaccination, les SSP¹ et d'autres services de santé pertinents.

¹ Les SSP reposent sur une approche globale de la santé qui vise à assurer le plus haut niveau possible de soins de santé et de bien-être et leur répartition équitable en se concentrant sur les besoins des personnes le plus tôt possible tout au long du continuum allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, tout en restant le plus près possible de l'environnement quotidien des personnes. Une vision pour les soins de santé primaires au XXI^e siècle : vers la CSU et les ODD.

2. Fournir un **aperçu des avantages et des risques de l'intégration de la vaccination contre la COVID-19** dans les programmes de vaccination, les soins de santé primaires et d'autres services de santé pertinents.
3. **Résumer les expériences des pays en matière d'intégration de la vaccination contre la COVID-19** et identifier des **approches pour la prestation de services intégrés**.
4. Proposer des **étapes clés** pour guider les pays quant à la **manière de rendre opérationnelle l'intégration de la vaccination contre la COVID-19** au niveau national et infranational : **évaluer leur état de préparation, élaborer un plan et identifier les capacités à court terme (6–12 mois) ainsi que les besoins en matière d'investissement**.
5. Présenter la nécessité et la portée d'un **programme de recherche** prioritaire pour générer d'autres preuves sur les **meilleures pratiques** d'intégration de la vaccination contre la COVID-19 dans le cadre des soins de santé primaires et d'autres services de santé, et éclairer la **préparation à une pandémie future**.

Public cible

Public principal : les planificateurs de la santé publique aux niveaux national et infranational, les gestionnaires de programmes de vaccination nationaux et infranationaux responsables de la vaccination contre la COVID-19 et/ou des programmes élargis de vaccination (PEV) et ceux qui supervisent les programmes de SSP.

Public plus large : parties prenantes aux niveaux mondial, régional et national et partenaires responsables de la conception, du financement, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de la vaccination et des programmes associés, y compris la communication sur les risques et l'engagement communautaire (RCCE), les soins de santé primaires et le renforcement des systèmes de santé.

Justification de l'intégration de la vaccination contre la COVID-19

1. **Épidémiologie** : **Au moment de cette rédaction, la trajectoire et le calendrier pour la fin de la pandémie de COVID-19 sont incertains et l'OMS a présenté des scénarios possibles quant à l'évolution probable de la pandémie en 2022 (3)**. En s'appuyant sur les éléments connus, le scénario le plus probable (scénario de base) est que le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2) continuera d'évoluer. La gravité de la maladie qu'il provoque pourrait diminuer avec le temps à mesure que l'immunité augmente en raison de l'immunité hybride contre la vaccination et des infections naturelles. De même, des pics périodiques en ce qui concerne les cas et les décès peuvent se produire sous forme de diminution de l'immunité, ce qui peut nécessiter un renforcement périodique pour les populations à haut risque, potentiellement en utilisant des vaccins spécifiques ciblant les variants en circulation.² Ces éventualités auront des conséquences sur l'avenir du programme de vaccination contre la COVID-19 en 2022 et au-delà, ainsi que sur la planification et la mise en œuvre de l'intégration de ce dernier dans les soins de santé primaires. La nécessité probable de doses de rappel périodiques de vaccins contre la COVID-19 pour les groupes à haut risque (par exemple, les travailleurs de la santé, les personnes

Dans : WHO/Newsroom/Fact sheets [site Web]. Geneva : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>, consulté le 27 juillet 2022).

² À la suite de la déclaration officielle de la COVID-19 en tant qu'urgence de santé publique de portée internationale (PHEIC) le 30 janvier 2020, l'OMS a fourni une liste d'utilisation d'urgence (EUL) pour plusieurs produits vaccinaux contre la COVID-19. La liste d'utilisation d'urgence est une procédure visant à rationaliser le processus par lequel les produits nouveaux ou non autorisés peuvent être utilisés en cas d'urgence de santé publique. Lorsque l'urgence est terminée, les produits pourraient avoir besoin d'une approbation supplémentaire.

âgées, les personnes atteintes de comorbidités, les femmes enceintes), dont la majorité sont des adultes, nécessitera des stratégies et des plates-formes d'administration différentes au-delà de la vaccination des enfants. Ces stratégies et plates-formes devront être établies ou renforcées.

2. **Pérennité** : La nécessité d'atteindre rapidement les objectifs de vaccination contre la COVID-19 à court terme en 2020–2021 a conduit à la fragmentation et à la verticalisation des programmes. L'organisation actuelle de l'approvisionnement et de l'administration des vaccins contre la COVID-19 est temporaire et peut ne pas être durable du point de vue des ressources financières et humaines (par exemple, les campagnes de vaccination de masse contre la COVID-19), d'où la nécessité de régulariser l'administration des vaccins contre la COVID-19 en les intégrant dans les services de vaccination ou d'autres services de santé établis pour des groupes cibles spécifiques. **L'intérêt pour l'intégration de la vaccination contre la COVID-19, à la fois dans les soins de santé primaires et dans les services de programme de vaccination existants en particulier, a augmenté.** Dans une perspective à long terme pour **créer des gains d'efficacité et de durabilité** grâce à la fourniture intégrée de services de santé, **certains pays ont déjà pris des mesures pour intégrer la vaccination contre la COVID-19 dans les programmes de vaccination, les soins de santé primaires et d'autres services de santé pertinents** (voir Annexe 1). Cependant, **l'intégration n'est pas limitée uniquement à la co-administration au niveau du service. L'intégration fait également référence à la fusion** avec d'autres fonctions de gouvernance de la santé, telles que la planification, la conception de programmes, la budgétisation et la coordination conjointe sous un seul ministère de la santé ; les responsabilités et compétences du personnel de santé ; la sensibilisation intégrée et un engagement significatif ainsi que le renforcement de la confiance avec les communautés ; la gestion de la chaîne d'approvisionnement et le suivi intégré des programmes (tels que les systèmes d'information pour la gestion sanitaire).
3. **Tirer profit des ressources contre la COVID-19** : Il y a une opportunité de tirer parti des investissements en faveur de la vaccination contre la COVID-19, des innovations et des nouveaux outils déclenchés par la riposte à la pandémie (par exemple, la santé numérique ; les systèmes de surveillance en temps réel, y compris les mécanismes d'écoute sociale, les tableaux de bord et de visualisation ; les rappels par SMS ; de nouvelles façons de fournir une formation aux agents de santé) en vue de renforcer les programmes de vaccination, les soins de santé primaires et la préparation aux pandémies. Les données probantes disponibles ont montré que la pandémie de COVID-19 a eu un impact sur la performance de la vaccination et d'autres services essentiels en 2020 et 2021 (4). Bien qu'il y ait des signes de reprise dans certains contextes, l'année 2021 est synonyme de diminution globale de l'administration des première et troisième doses de vaccin contre la diphtérie, l'anatoxine tétanique et la coqueluche (DTC1 et DTC3), ce qui s'est traduit par environ 18 millions d'enfants zéro-dose et plus de 25 millions d'enfants non vaccinés ou sous-vaccinés, soit 6 millions de plus qu'avant le début de la pandémie en 2019 (5). Il y a un **besoin urgent d'action menant à la reprise du programme en raison de l'impact négatif de la pandémie sur les programmes de vaccination et les soins de santé primaires.** En avril 2022, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) a recommandé que les pays tirent parti du déploiement de la vaccination contre la COVID-19 comme d'une opportunité transformatrice pour mettre en place des programmes de vaccination résilients et renforcer les soins de santé primaires (6). Certains des domaines d'investissement recommandés par

le SAGE comprennent la vaccination des agents de santé, la chaîne d'approvisionnement et la logistique de la vaccination, les outils numériques, la surveillance et les données et communications. De même, ce document identifie des domaines d'investissement spécifiques. Dans le même temps, les points forts des programmes de vaccination et des soins de santé primaires existants peuvent être mis à profit pour améliorer la vaccination contre la COVID-19 [par exemple, les systèmes de surveillance et de signalement des manifestations adverses post-immunisation (MAPI) ou les plates-formes de prestation de soins de santé primaires telles que les cliniques de maladies non transmissibles (MNT)].

4. **Approche prenant en compte toutes les étapes de la vie** : L'intégration de la vaccination contre la COVID-19 avec d'autres services et programmes augmente la possibilité d'une **approche davantage centrée sur les personnes**³ en fournissant des ensembles de services de santé qui répondent mieux aux besoins des utilisateurs tout au long de leur vie, en alignement avec les objectifs de l'IA2030 (7). **Traditionnellement**, les programmes de vaccination sont axés sur les enfants, les adolescents et les femmes en âge de procréer. Cependant, le développement de « **plates-formes d'administration** » pour les groupes à plus haut risque de COVID-19 (agents de santé, personnes âgées, personnes atteintes de comorbidités et femmes enceintes), dont la plupart appartiennent au groupe d'âge adulte, offre des possibilités d'intégrer plus facilement d'autres vaccins existants ciblant les adultes (par exemple, vaccins contre la grippe (8), zona) ou de nouveaux vaccins en cours de développement⁴ et des interventions supplémentaires (par exemple, dépistage des maladies non transmissibles, éducation en matière de santé reproductive, distribution de moustiquaires pour la prévention du paludisme) ciblant ces groupes d'adultes (Fig. 1). Cela offre la possibilité de transformer la « vaccination tout au long de la vie », l'une des sept priorités stratégiques de l'IA2030, en réalité dans de nombreux pays qui, à ce jour, sont associés à des programmes de vaccination des adultes faibles ou inexistantes. Le développement et l'utilisation de ces plates-formes de services de vaccination des adultes serviront de pierre angulaire à la **préparation et à l'intervention en cas de pandémie** et permettront un déploiement et une adoption plus rapides des vaccins contre la pandémie à l'avenir, car une grande partie de l'infrastructure nécessaire sera déjà présente. De plus, ces plates-formes de prestation de services de vaccination sont des occasions de rattraper les personnes qui ont déjà **manqué des vaccins et d'autres interventions** en raison de l'impact d'une pandémie.

Fig. 1. Le vaccin contre la COVID-19 dans le cadre d'une approche de vaccination tout au long de la vie et d'autres interventions sanitaires

Comme le montre l'illustration ci-dessous, l'administration de la vaccination contre la COVID-19 dans le cadre d'une approche de vaccination tout au long de la vie offre la possibilité de lier et de renforcer la vaccination et les services de santé essentiels pour les groupes d'âge tout au long de la vie – des femmes enceintes aux nouveau-nés, en passant par les personnes âgées.

³ Une approche axée sur les personnes devrait correspondre aux besoins de la population par la conception, la gestion et la prestation de services qui sont façonnés et adaptés aux besoins des individus et des communautés, y compris l'élimination des obstacles à l'accès au service en raison de l'âge, du lieu, des normes sociales et culturelles ou des facteurs liés au genre.

⁴ Les vaccins contre d'autres maladies ciblant les populations adultes sont en cours d'essais cliniques à un stade avancé – par exemple, le virus respiratoire syncytial maternel, la tuberculose (TB), le VIH – et pourraient être disponibles dans quelques années.

	Femmes enceintes	Nouveau-nés (< 24 heures)	Nourrissons (< 1 an)	Deuxième année de vie (12 à 23 mois)	Enfant (2 à 9 ans)	Adolescent (9 à 19 ans)	Adulte (20 à 64 ans)	Personne âgée (> 65 ans)
Vaccins recommandés par l'OMS pour tous les programmes de vaccination	TTCV Grippe saisonnière COVID-19	BCG Hep. B-D	DTPCV VPC La rougeole le rotavirus La rubéole Hib Hep. B La polio	Dose de rappel du DTPCV La rougeole VPCs (à 2+1 prévu) COVID-19	Dose de rappel du vaccin contre la diphtérie Dose de rappel du vaccin antipneumococcique COVID-19	Dose de rappel du vaccin contre la diphtérie Dose de rappel du vaccin antipneumococcique VPH COVID-19	Grippe saisonnière COVID-19	Grippe saisonnière COVID-19
Vaccins recommandés par l'OMS pour certaines régions/populations à risques élevés ou certains programmes de vaccination avec certaines caractéristiques			Encéphalite japonaise Méningocoque Rage Grippe saisonnière TCV Fièvre jaune	Choléra Hépatite A Méningocoque Rage Oreillons TCV Varicelle	Choléra Rage TCV	Choléra Dengue Rage TCV	Choléra Dengue Rage	Choléra Pneumocoque Rage
Développement de nouveaux vaccins tout au long de la vie*	Ebola Streptocoque du groupe A virus respiratoire syncytial Zika	Tuberculose (prochaine gén)	ECET SGA Paludisme (prochaine gén) Norovirus	Virus respiratoire syncytial Shigellose SPA	Paludisme (prochaine gén) SGA SPA virus respiratoire syncytial	Virus Chikungunya Gonococcus Tuberculose (prochaine gén)	Clostridium difficile Virus Chikungunya Tuberculose (prochaine gén)	Clostridium difficile Virus Chikungunya Norovirus virus respiratoire syncytial Tuberculose (prochaine gén)
Nutrition : Surveillance de la croissance/conseils nutritionnels/vitamine A								
Paludisme : Distribution de MID/TPIIn/CPS								
Maladies tropicales négligées : Déparasitage								
Services de santé maternelle et reproductive: Services de planification familiale		**	**	**	**			
Services de lutte contre le VIH/Circoncision masculine pour la prévention du VIH								
WaSH : Distribution de kits d'hygiène								
Promotion de la santé : Conseils en matière de santé								
Dépistage des maladies non transmissibles								

* : basé sur les données disponibles en juillet 2022 ; ** : pour le soignant.

Source : adapté de (9).

BCG : Bacille de Calmette et Guérin ; COVID-19 : maladie à coronavirus ; DTPCV : vaccin contenant DTC (Diphtérie, Tétanos and Coqueluche) ; ECET : *Escherichia coli* entérotoxigène ; SGA : Streptocoque du groupe A ; DN du HepB : dose de naissance du vaccin contre l'hépatite B ; Hib : *Haemophilus influenzae* de type b ; VPH : virus du papillome humain ; TPIIn : traitement préventif intermittent chez les nourrissons ; MID : moustiquaires à imprégnation durable ; VPC : vaccin antipneumococcique conjugué ; CPS : chimioprévention du paludisme saisonnier ; SPA : *Salmonella enterica* sérotype Paratyphi A ; WASH : eau, assainissement et hygiène ; OMS : Organisation mondiale de la Santé.

Définition et principes proposés pour l'intégration de la vaccination contre la COVID-19 dans les programmes de vaccination et les SSP

L'intégration revêt des significations différentes et peut être abordée de différentes manières pour servir les différents objectifs des systèmes de santé. L'intégration et les principes connexes sont définis dans ce document comme suit :

Définition L'adoption partielle ou totale de la vaccination contre la COVID-19 dans les services du programme national de vaccination, les SSP et tout autre service de santé pertinent, dans le but global d'améliorer l'efficacité et la durabilité du programme, d'accroître la demande et d'améliorer la satisfaction des utilisateurs, d'atteindre et de maintenir une couverture satisfaisante et de remédier aux inégalités.

Principes **Équité** Lors de la planification de l'intégration, mettre l'accent sur l'accès aux communautés les plus marginalisées, isolées et non atteintes dans les

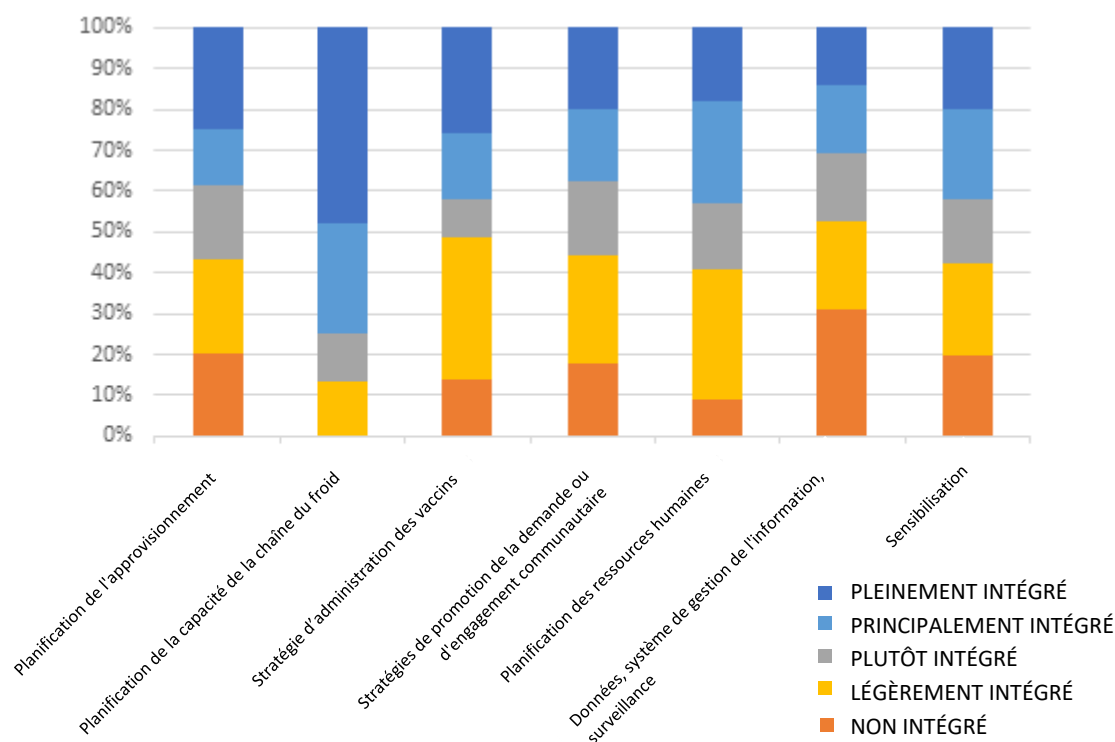
	zones rurales et/ou urbaines avec des vaccins contre la COVID-19 et d'autres vaccins et des interventions sanitaires essentielles.
Axé sur les individus	Mettre l'accent sur la prestation de programmes de services de santé essentiels axés sur l'individu et la population (en supposant qu'ils sont disponibles) et assurer la participation et l'engagement de la communauté.
Propre au contexte	Envisager la faisabilité ; la responsabilité ; la compatibilité entre les interventions ; l'acceptabilité pour les personnes, les soignants, les travailleurs de la santé et les communautés, et prendre en considération les différents niveaux de capacité et de ressources du système de santé.
Couverture de service et équité optimisées	Avec des ressources supplémentaires, la prestation de services et les performances devraient s'améliorer avec l'intégration en complément d'une baisse des inégalités, notamment en atteignant les communautés manquées et en réduisant le nombre d'enfants zéro-dose et d'autres groupes vulnérables et à risque élevé dans les zones urbaines, rurales et de conflit, et dans d'autres contextes.

Les autres hypothèses qui étayent la définition, les principes et la structure du présent document sont les suivantes :

- **L'intégration peut avoir diverses dimensions et implications à différents niveaux** (par exemple, mondial, régional, national, infranational), pour différentes parties prenantes (par exemple, donateurs, agences techniques, PNV, préparation aux situations d'urgence, programmes de SSP) et pour différentes composantes de programme (par exemple, gouvernance, financement, planification, approvisionnement et logistique, prestation de services, promotion de la demande et RCCE, systèmes d'information, personnel de santé).
- **Les six fondements de l'OMS sur les systèmes de santé⁵** constituent un **cadre utile** pour les pays qui souhaitent envisager la façon de planifier l'intégration et/ou la coordination entre la vaccination contre la COVID-19, les programmes de vaccination et le système de santé en général. En même temps, et conformément au **cadre opérationnel de l'OMS et de l'UNICEF pour les SSP**, il est nécessaire de reconnaître l'importance d'engager et de créer conjointement des stratégies et des approches pour la **promotion et l'adoption de la demande au sein des communautés (10)**. Les informations contenues dans le reste du document-cadre sont présentées par fondements ; une section spécifique sur la demande et l'engagement communautaire est incluse.
- Dans de nombreux contextes, **une certaine forme d'intégration est déjà en cours, et la planification et la mise en œuvre par les pays devraient s'appuyer sur les progrès en cours et combler les lacunes existantes**. Par exemple, dans une enquête menée par l'OMS et l'UNICEF pour examiner la situation actuelle, les défis perçus et les possibilités d'intégrer la vaccination contre la COVID-19, les pays ont signalé un degré d'intégration plus élevé dans certains domaines, par exemple, l'approvisionnement et la livraison de vaccins contre la COVID-19 ainsi que différents vaccins et l'utilisation commune des installations de la chaîne du froid, par rapport à l'intégration dans la planification globale et le financement des programmes de santé et des travailleurs de la santé combinés (Fig. 2).

⁵ Les six fondements sont la gouvernance et le leadership, le financement des systèmes de santé, la prestation des services, la main-d'œuvre de la santé, les systèmes d'information sur la santé et l'accès aux médicaments essentiels (y compris les vaccins de qualité).

Fig. 2. Degré d'intégration de la vaccination contre la COVID-19 par composante du système de santé



Source : Enquête menée par l'OMS et l'UNICEF pour examiner la situation actuelle, les défis perçus et les possibilités d'intégration de la vaccination contre la COVID-19 et de la vaccination systématique. OMS : 48 réponses en février 2022 (5 bureaux régionaux et 41 bureaux nationaux). UNICEF : en décembre 2021, 54 réponses (6 bureaux régionaux et 34 bureaux nationaux).

Avantages et risques liés à l'intégration de la vaccination contre la COVID-19

Avantages

Parmi les avantages de l'intégration de la vaccination contre la COVID-19, citons, sans s'y limiter, les avantages suivants :

- **Accroître l'efficacité et l'exécution des programmes en :**
 - proposant la vaccination contre la COVID-19 en parallèle avec d'autres interventions de santé comme un ensemble de services, en particulier face à des priorités de santé concurrentes ;
 - partageant les coûts et les ressources de la vaccination contre la COVID-19 avec d'autres interventions de santé et vice versa (d'une importance particulière dans les milieux où les ressources sont limitées) ;
 - veillant à ce que les services atteignent les groupes de population les plus vulnérables et les communautés marginalisées ;
 - conformément à une stratégie visant à réduire les occasions manquées de vaccination (11), en saisissant l'occasion de dépister et de rattraper les adultes et les enfants qui les accompagnent pour des vaccinations manquées et d'autres

interventions de santé (par exemple, dépistage nutritionnel, supplémentation en vitamine A, vermifuges) (Fig. 1) ;

- réduisant la pression exercée sur le personnel de santé en fournissant des vaccins par le biais de campagnes, en particulier au-delà des efforts initiaux de vaccination de masse ;
- intégrant des composantes de la chaîne d'approvisionnement de la vaccination comme moyen de renforcer le système de santé, non seulement pour les PNV, mais aussi pour d'autres services comme les banques de sang, les services de pathologie, la santé maternelle (ocytocine) et les services de MNT (insuline) ;
- encourageant les initiatives multisectorielles telles que la collaboration avec le ministère des Affaires sociales pour cibler les groupes à haut risque (adultes âgés, travailleurs essentiels) et les ministères de l'Éducation par le biais de programmes scolaires et pour cibler les effectifs (par exemple, les enseignants en tant que groupe à haut risque) ; et
- intégrant le financement de la COVID-19 dans les processus budgétaires, de dépenses et de planification standard afin de bénéficier des structures de surveillance et de responsabilisation existantes.

- **Tirer potentiellement parti des investissements, des innovations et des enseignements tirés de la COVID-19 en matière de durabilité en :**

- fournissant des améliorations technologiques pour la planification, la micro-planification et la gestion des données pour les programmes de vaccination et les SSP ;
- renforçant la gouvernance, y compris les Comités de coordination interorganisations (CCI), les groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination (GTCV), les structures de coordination des groupes de travail nationaux sur la logistique (NLWG), les centres d'opérations d'urgence et d'autres groupes de travail ;
- collaborant avec des partenaires élargis, notamment des universités, des organisations multilatérales, des fabricants, le secteur privé (à but lucratif et à but non lucratif), des organisations non gouvernementales (ONG), des dirigeants communautaires et religieux et d'autres ministères et autorités (par exemple, la défense, l'armée, le tourisme, l'éducation) pour divers aspects ;
- renforçant l'équipement de la chaîne du froid (y compris la réaffectation), la capacité de gestion des vaccins et des dispositifs et la formation des travailleurs de la santé ;
- planifiant les chaînes d'approvisionnement de bout en bout pour les vaccins et le matériel ;
- renforçant la capacité de mener des études d'impact et d'efficacité des vaccins ;
- proposant une surveillance accrue des MAPI et des événements indésirables d'intérêt spécial (AESI) et des évaluations de la causalité ;
- renforçant la production de données sociales sur les facteurs de demande et de prise en charge et la capacité d'écoute et de communication ;
- proposant une surveillance plus opportune de l'adoption et de la couverture de la vaccination contre la COVID-19 ;
- utilisant des outils et des innovations numériques pour la pré-inscription des bénéficiaires, les rappels, le suivi des patients à défaillance vaccinale, la documentation et le suivi, et l'analyse des données en temps opportun pour l'amélioration continue des services ; et

- aidant les travailleurs de la santé à développer des compétences efficaces et efficientes en matière de formation et de gestion des performances.
- **Promouvoir une plus grande demande et un meilleur accès aux services de santé en :**
- veillant à la collecte et à l'utilisation de données sociales pour comprendre les facteurs comportementaux et sociaux de la vaccination et d'autres interventions de SSP afin d'éclairer la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des stratégies et de s'assurer qu'elles répondent aux besoins des communautés auxquelles elles sont destinées, en particulier les populations difficiles d'accès ;
 - identifiant les points de contact potentiels des SSP avec les services de santé où la vaccination peut être administrée (par exemple, intégrer l'accès aux vaccins contre la COVID-19 avec des contacts plus larges des services de santé courants pour les adultes, comme dans les pharmacies, les cliniques de soins curatifs ou de dépistage de routine, les établissements de soins de longue durée et les postes avancés) ;
 - créant une possibilité, par le biais de la vaccination contre la COVID-19, d'accéder à d'autres services pour des groupes ciblés et/ou leurs familles ou l'inverse (p. ex. les cliniques de traitement du VIH ou des maladies non transmissibles) comme une occasion d'administrer la vaccination contre la COVID-19 ;
 - renforçant les partenariats et l'engagement des représentants communautaires de confiance et des réseaux communautaires pour la création et l'adoption de la demande ;
 - renforçant la capacité de la main-d'œuvre de la santé à élaborer des stratégies de prestation adaptées aux besoins spécifiques de la collectivité, y compris pour les groupes de population défavorisés et prioritaires, et pour relier les familles et les services ;
 - institutionnalisant et équipant le personnel de santé communautaire pour mener un engagement communautaire et des conseils appropriés en matière de pratiques de protection, de prévention et de soins curatifs ; et
 - tirant parti de la vaccination contre la COVID-19 comme occasion d'impliquer et d'éduquer les communautés sur la vaccination et d'autres sujets de santé afin de créer ou de renforcer une culture où les communautés apprécient et font confiance aux interventions en santé (cette approche peut également avantager la préparation et la réponse aux futures pandémies).
- **Améliorer les résultats et l'expérience des utilisateurs grâce à une approche centrée sur les personnes en :**
- développant des points d'entrée/plates-formes et des stratégies de vaccination des travailleurs de la santé, des personnes âgées, des femmes enceintes et des personnes souffrant de comorbidités, ce qui permet d'intégrer d'autres vaccins et d'autres interventions de santé davantage adaptées à ces groupes de population d'une manière globale et pratique (Fig. 2) ; et
 - dans les contextes humanitaires, fournissant un ensemble de services de santé essentiels, y compris les vaccins contre la COVID-19, pour répondre aux besoins globaux de la population.

Risques

Intégrer la vaccination contre la COVID-19 dans les services réguliers de vaccination comporte ses propres risques, qui exigent des approches d'atténuation et une préparation préalable. Certains de ces risques incluent les suivants :

- **De multiples stratégies d'administration de vaccins pour atteindre différents groupes cibles peuvent entraîner des défis logistiques**, comme une complexité accrue pour la sensibilisation intégrée lors de l'intégration des vaccins de routine et contre la COVID-19 en l'absence de surveillance des flacons de vaccins, et avec des formulations et des exigences de stockage de la chaîne du froid différentes.
- **La réticence face à la vaccination contre la COVID-19 peut se répandre et renforcer la réticence générale face à la vaccination** (pour les enfants, les adolescents, les adultes), aux **SSP et à d'autres services de santé**, en particulier dans les milieux où la réponse à la COVID-19 a entraîné une érosion de la confiance envers les autorités et les institutions médicales.
- **Les RH peuvent devenir débordés, surchargeant et épuisant les travailleurs de la santé et le personnel de soutien. Quelques exemples :**
 - impact négatif sur la qualité de la prestation des services de vaccination et de l'intervention en cas d'épidémie de maladies évitables par la vaccination, ce qui se traduit par une expérience médiocre ou insatisfaisante pour l'utilisateur ;
 - capacité limitée des séances de vaccination à administrer des doses additionnelles de vaccin contre la COVID-19 ;
 - capacité insuffisante du gouvernement à faire face à l'abandon, à la vaccination de rattrapage et à soutenir les progrès pour les vaccins autres que ceux contre la COVID-19, ou à intégrer le vaccin contre la COVID-19 dans le programme de vaccination ;
 - expertise limitée et/ou hésitation parmi les travailleurs de la santé à exécuter de multiples interventions, en particulier pour cibler les populations qui ne sont habituellement pas desservies par le PEV ; et
 - ralentissement des temps de réponse du personnel en charge à la fois de la logistique et des finances dans l'ensemble des programmes en raison d'une charge accrue des tâches générées par les activités de lutte contre la COVID-19.
- **L'accès, la chaîne d'approvisionnement et la logistique des vaccins et des produits contre la COVID-19 peuvent être insuffisants. Quelques exemples :**
 - incapacité à assurer un accès équitable aux vaccins contre la COVID-19 grâce aux mécanismes qui existent pour d'autres vaccins ;
 - équipement inadéquat de la chaîne du froid pour le stockage des vaccins contre la COVID-19 et/ou expansion inadéquate de l'infrastructure existante de la chaîne du froid du PEV pour s'adapter aux vaccins contre la COVID-19, déjà surchargée dans de nombreux pays ; et
 - utilisation de volumes de stock de seringues autobloquantes pour les vaccins du PEV en l'absence de stock supplémentaire pour les vaccins contre la COVID-19.
- **Les systèmes d'information sanitaire peuvent être affectés négativement.** Par exemple, les systèmes de surveillance intégrés peuvent involontairement limiter la collecte des données (par exemple, pour faciliter la gestion d'une base de données) qui sont essentielles à la planification opérationnelle.
- **Des problèmes financiers peuvent survenir :**

- Le déséquilibre des sources de financement ou les flux de financement non synchrones entre les programmes peuvent compliquer la délégation de la responsabilité de l'administration du vaccin contre la COVID-19.
 - Le financement supplémentaire (investissement soutenu) peut s'atténuer après la phase pandémique.
 - La transition vers d'autres programmes de vaccination peut être ralentie, surtout lorsque le pays ne peut atteindre les niveaux de financement de la santé par habitant qui étaient ceux avant la COVID-19.
- **L'avenir de la pandémie de COVID-19 est incertain, ce qui a des conséquences sur les besoins futurs de vaccination contre la COVID-19.**

Comment opérationnaliser l'intégration de la vaccination contre la COVID-19 aux niveaux national et infranational

Il est conseillé aux pays d'envisager d'entreprendre les actions suivantes lorsqu'ils planifient, mettent en œuvre et surveillent l'intégration de la vaccination contre la COVID-19. En fonction du niveau d'intégration, les pays peuvent choisir les mesures appropriées et les actions proposées adaptées à leur contexte.

Résumé des étapes requises pour opérationnaliser l'intégration :

Étape 1. Lancement/création du processus d'intégration.

Étape 2. Phase de planification et de préparation : mettre en place un plan d'intégration de la vaccination contre la COVID-19 au niveau national.

Étape 3. Mise en œuvre et surveillance.

Étape 4. Actions de suivi post-intégration.

Étape 1. Lancement/création du processus d'intégration

- Réorganiser les groupes de travail/ressources techniques existants en matière de vaccination liés au PEV ou à la COVID-19 ou créer un nouveau groupe de travail temporaire (ministères, intervenants et partenaires pertinents ; éventuellement un sous-groupe d'un organisme de coordination existant) pour planifier, coordonner, mettre en œuvre et surveiller l'intégration. Il est important que le ministère des Finances et les ministères de la Santé concernés soient représentés, à savoir le directeur de la planification, les gestionnaires nationaux et infranationaux de la vaccination responsables de la vaccination contre la COVID-19 et du PEV, et ceux qui supervisent les programmes de soins de santé primaires ou d'autres services de santé ciblés pour l'intégration.
- Mener des consultations multisectorielles sur l'intégration potentielle du vaccin contre la COVID-19 entre les entités et les programmes gouvernementaux (p. ex. PNV, maladies non transmissibles, santé maternelle et infantile), la société civile, les donateurs, les partenaires de développement, le GTCV, NLWG, le CCI et les autres organismes de niveau supérieur.
- Effectuer une analyse de la situation pour évaluer la préparation et le statut des pays aux niveaux national et sous-national avant d'intégrer la vaccination contre la COVID-19 dans le PNV,

les soins de santé primaires et d'autres services pertinents. Une liste de vérification pour l'évaluation de l'état de préparation à l'intégration du vaccin contre la COVID-19 est proposée (Annexe 2) à des fins d'orientation générale. Les pays devront l'adapter à leur contexte unique en fonction de leur niveau de couverture vaccinale contre la COVID-19, de leur capacité du système de santé et de leurs progrès globaux vers l'intégration. La liste de vérification repose sur des aspects clés à prendre en compte :

- La proportion de populations à haut risque de COVID-19 parmi la population générale.
- Performance de la vaccination contre la COVID-19 (en particulier les séries primaires et la couverture de rappel pour les groupes à haut risque) et progrès réalisés jusqu'à présent vers les objectifs nationaux de vaccination contre la COVID-19.
- Résultats de toute évaluation post-introduction de la vaccination contre la COVID-19 (cPIE) ou autre évaluation similaire de l'introduction de la vaccination contre la COVID-19.
- Enseignements tirés des efforts antérieurs visant à intégrer les services de santé (ce qui fut efficace, ce qui fut inefficace et pourquoi). Également, par exemple, le cas échéant, les enseignements tirés de l'Initiative mondiale pour l'éradication mondiale de la poliomyélite et d'autres initiatives d'élimination et de lutte contre la maladie (par exemple, la grippe) devraient être prises en considération et appliquées (12).
- Compétences de la main-d'œuvre de la santé (à savoir, la priorité de l'identification des personnes en mesure de vacciner et de celles qui ne le sont pas).
- Culture organisationnelle et moyens efficaces d'élaborer des règlements, des procédures et des structures de gouvernance multisectoriels qui favorisent une mise en œuvre efficace et opportune.
- Acceptabilité et perception des travailleurs de la santé et des communautés.
- Disponibilité du financement et des ressources humaines.
- Stratégies opérationnelles et modèles de flux de travail. Cela comprend des approches pour identifier et relier les personnes admissibles qui ont des contacts avec d'autres services (par exemple, clinique de soins chroniques/proximité, soins prénatals (ANC), pharmacie, patients externes) à la vaccination contre la COVID-19, idéalement dans le même service ou dans le même établissement. Une attention particulière doit être accordée à l'expérience des patients/utilisateurs du service, aux demandes de personnel, et aux besoins de formation du personnel en prévention et lutte contre les infections (IPC) afin de réussir à établir des liens et d'autres flux de travail dans les établissements.
- Modèles de financement.
- Processus d'assurance qualité (13).

Étape 2. Phase de planification et de préparation : mettre en place un plan d'intégration de la vaccination contre la COVID-19 au niveau national

Lorsque cela est possible et pertinent, un plan d'intégration du vaccin contre la COVID-19 pourrait être intégré ou tirer parti des plans de déploiement et de vaccination nationaux contre la COVID-19 existants, des discussions sur la stratégie nationale de vaccination, des processus de planification du portefeuille complet de Gavi (pour les pays éligibles au soutien de Gavi) et du Partenariat pour l'administration du vaccin contre la COVID-19 « un plan, une équipe de pays, un budget » entre autres.

Le groupe de travail technique/les ressources ou le nouveau groupe temporaire actuellement réaffecté devrait superviser le processus de planification et veiller à ce que le plan d'intégration de la vaccination contre la COVID-19 ne soit pas considéré comme un effort stratégique autonome.

L'effort d'intégration devrait être perçu comme la prochaine étape de la préservation et de la solidification du programme de vaccination contre la COVID-19.

Pour élaborer le plan d'intégration de la COVID-19 du pays, certaines décisions devront être prises :

1. **Définir la politique nationale pour les doses de rappel du vaccin contre la COVID-19**, y compris la périodicité, le produit vaccinal contre la COVID-19 à utiliser et les groupes de population à cibler.
 - A. **Recommandations actuelles de l'OMS (14) pour les doses initiales de rappel :**
 - Des doses de rappel devraient être proposées sur la base de données probantes attestant que cela aurait un impact substantiel sur la réduction des hospitalisations, des maladies graves et des décès, et que cela permettrait de protéger les systèmes de santé.
 - **L'ordre d'administration des doses de rappel pour différents groupes de population doit suivre l'ordre établi pour la série primaire de vaccination contre la COVID-19 dans la feuille de route de priorisation de l'OMS (15)**, à savoir que les doses de rappel doivent être priorisées pour les groupes d'utilisation à priorité plus élevée avant les groupes d'utilisation à priorité plus faible, à moins qu'il n'y ait une justification suffisante pour agir différemment.
 - **Utilisation prioritaire la plus élevée :**
 - agents de santé
 - personnes âgées
 - personnes immunodéprimées.
 - **Utilisation prioritaire :**
 - adultes atteints de comorbidités
 - les femmes enceintes
 - enseignants et autres travailleurs essentiels
 - populations socio-démographiques défavorisées à risque plus élevé de COVID-19 grave.
 - En principe, un intervalle de **4 à 6 mois depuis la fin de la série primaire** pourrait être envisagé, notamment dans le cadre d'Omicron. Si plus de 6 mois se sont écoulés depuis la fin de la série primaire, la dose de rappel doit être administrée dès que possible.
 - Des doses de rappel devraient être envisagées pour **tous les vaccins contre la COVID-19 figurant sur l'EUL** conformément aux recommandations provisoires spécifiques au produit de l'OMS.
 - B. **Déclaration provisoire de l'OMS (14) concernant les doses de rappel supplémentaires au-delà de la première dose de rappel (< 6 mois depuis la première dose de rappel) :**
 - Des doses de rappel supplémentaires au-delà de la première dose de rappel sont actuellement proposées par certains pays (à savoir, une quatrième dose pour les adultes âgés et une cinquième dose pour les personnes immunodéprimées).
 - En juin 2022, les données sur les doses de rappel additionnelles étaient disponibles uniquement pour les vaccins à ARNm, et non pour les autres plates-formes de vaccination. Les données disponibles limitées suggèrent que l'administration d'une dose de rappel supplémentaire d'un vaccin à ARNm est bénéfique pour les **groupes à risque le plus élevé :**

- agents de santé
- personnes âgées
- personnes immunodéprimées.

C. **Déclaration provisoire de l'OMS (14) pour les doses supplémentaires futures :**

- En s'appuyant sur le scénario de cas issus de la pandémie de base de l'OMS, il est possible de supposer, qu'à l'avenir, d'autres **doses de rappel de vaccin contre la COVID-19 seront probablement recommandées périodiquement pour les groupes à risque élevé**. Bien que la saisonnalité ne soit pas encore pleinement établie pour le SARS-CoV-2, **les données des 2 dernières années soutiennent une notion de transmission plus importante durant la saison hivernale**. Par conséquent, pour les pays ayant soit une saison d'hiver dans l'hémisphère nord ou sud, les plans de campagne pour le rattrapage afin d'améliorer la couverture des séries primaires et le renforcement pour les personnes les plus à risque devraient tenir compte de la saisonnalité.
- Des recherches supplémentaires sont nécessaires sur les performances des vaccins actuels et spécifiques au vaccin contre un variant de la COVID-19, y compris l'efficacité vaccinale, l'immunogénicité et l'innocuité d'une dose de rappel supplémentaire au fil du temps, ainsi que sur la durée de la protection par issue de la maladie et groupes d'utilisation prioritaire. Le SAGE ainsi que le Groupe consultatif technique sur la composition du vaccin contre la COVID-19 continuent de surveiller attentivement la situation et la position de l'OMS sera reflétée en conséquence dans les futures versions de ce document.

2. **Comprendre et cartographier les groupes à haut risque, les populations qui n'ont jamais été vaccinées et/ou celles qui n'ont pas terminé leur série primaire, où se trouvent ces groupes/populations et la manière de les atteindre par le biais de l'intégration.** Par exemple, les groupes à haut risque qui ont des contacts avec des services pour d'autres problèmes de santé peuvent être liés à la vaccination contre la COVID-19, et ceux qui ne viennent pas devraient être identifiés par l'engagement communautaire, les travailleurs de la santé communautaire ou les bénévoles.
3. **Définir d'autres interventions qui peuvent être menées avec la vaccination contre la COVID-19.**
 - Sur la base de plusieurs **études de co-administration** de vaccins contre la COVID-19 et déduites d'études de co-administration d'autres **vaccins pour adultes, le SAGE recommande que les vaccins contre la COVID-19 soient administrés simultanément ou à tout moment avant ou après, d'autres vaccins pour adultes**, y compris les vaccins vivants atténués, inactivés, avec adjuvant ou sans adjuvant. **En ce qui concerne les adolescents et les enfants, les données probantes des études de co-administration sont actuellement insuffisantes pour recommander une administration simultanée avec les vaccins contre la COVID-19. Des mises à jour seront fournies si les données probantes le permettent.**
 - Envisager les interventions par groupe d'âge décrites à la Fig. 1 et les expériences des pays dans l'Annexe 1.
4. **Définir une combinaison de stratégies de prestation de services pour proposer la vaccination contre la COVID-19 avec d'autres services de santé.**

Pour définir des stratégies de prestation de services visant à intégrer la vaccination contre la COVID-19, tenir compte des définitions suivantes :

- **Mode de routine** : Les vaccins et autres interventions sanitaires peuvent être administrés dans un établissement de santé, un site mobile/de proximité ou par le biais d'approches d'intensification périodique de la vaccination systématique (IPVS).
 - **Établissement de santé** : La vaccination et d'autres services de santé sont fournis dans un établissement de santé (dans le cadre de soins primaires ou en milieu hospitalier).
 - **Sites mobiles/de proximité** (stratégies scolaires ou autres) : Les services de vaccination et d'autres services de santé sont fournis par le personnel des établissements de santé au moyen de visites d'une journée dans un site de proximité généralement situé à 5–15 km d'un établissement fixe. Comprend les cliniques temporaires/mobiles.
 - **IPVS** : Les ensembles de services préventifs intégrés, spécifiques à chaque pays, sont déployés par le biais d'événements réguliers, p. ex. les Journées de la Santé de l'enfant. Les ressources de santé existantes et une mobilisation sociale étendue sont utilisées pour atteindre une couverture élevée, généralement dans les zones difficiles à atteindre ou mal desservies.
- **Mode de campagne** : Les campagnes de vaccination de masse fournissent rapidement des vaccins à de grands groupes de personnes afin d'augmenter la couverture vaccinale dans le cadre de programmes de contrôle, d'élimination ou d'éradication de la maladie, ou en réponse à des épidémies.

Les **stratégies de prestation de services proposées (approche/emplacement/services) énumérées dans le Tableau 1 ne sont pas exclusives et peuvent être associées** en fonction du contexte et des besoins du pays. Le tableau n'a pas non plus été réalisé dans le but de décrire un continuum ou une approche pas à pas de l'intégration, mais s'apparente plutôt à un menu à utiliser par les pays en fonction du contexte. Ainsi, par exemple, les pays dont la couverture vaccinale contre la COVID-19 est faible pourraient commencer par combiner la vaccination contre la COVID-19 avec d'autres services dans le cadre d'une campagne de masse et évoluer vers l'intégration de la vaccination contre la COVID-19 dans le cadre des services de santé existants et/ou de nouveaux points d'entrée (p. ex. les cliniques de soins prénatals et les cliniques de lutte contre le VIH et la tuberculose pour les patients externes et les patients hospitalisés) présents dans des sites fixes au sein des établissements de santé. La population cible est également identifiée avec le calendrier de mise en œuvre selon la phase pandémique de la COVID-19. Le niveau d'intégration avec les autres services de santé ; les implications pour le coût, la main-d'œuvre de santé, la logistique et l'engagement communautaire ; et la maturité requise du système de santé sont présentés sur une échelle (0 : aucune implication ; + : plus faible ; ++++ : plus élevé).

Les pays peuvent envisager de **piloter des stratégies de prestation de services** au niveau local pour l'apprentissage et l'ajustement des plans avant tout déploiement à l'échelle nationale.

Tableau 1. Stratégies de prestation de services proposées pour la vaccination contre la COVID-19 avec différents niveaux d'intégration

Mode	Approche/emplacement/services		Population cible	Délai de mise en œuvre	Niveau d'intégration	Implications				Maturité du système de santé	
						Coût	Agents de santé	Logistique	Mobilisation de la communauté		
Mode de routine	Site fixe	Médecin de famille (public et/ou privé)	Combinaison de la vaccination contre la COVID-19 et d'autres interventions de santé	Population générale et groupes à risque élevé	Moyen/long terme	++++	+	+	+	++++	++++
		Centre de santé (établissements de soins primaires, hôpitaux)	Combinaison de la vaccination contre la COVID-19 et d'autres interventions de santé : - pour le même groupe d'âge (co-administration avec le vaccin antigrippal) - pour différents groupes d'âge (par exemple, « approche » pour toute la famille proposant la vaccination des enfants et des adultes)	Population générale et groupes à risque élevé	Moyen/long terme	++++	+	+	+	++++	++++
		Pharmacie	La vaccination contre la COVID-19 peut être combinée à la vaccination contre la grippe et à la collecte de médicaments	Population générale et groupes à risque élevé	Moyen/long terme	++	++	+	++	+++	++
		Cliniques de maladies non transmissibles (par ex. cliniques spécialisées en oncologie, cardiologie, soins	Combinaison de la vaccination contre la COVID-19 et d'autres interventions de santé	Personnes atteintes de comorbidités (par ex. MNT, patients immunodéprimés)	Moyen/long terme	++	++	++	++	+++	+++

Mode	Approche/emplacement/services		Population cible	Délai de mise en œuvre	Niveau d'intégration	Implications				Maturité du système de santé
						Coût	Agents de santé	Logistique	Mobilisation de la communauté	
	pour maladies rénales au niveau des soins primaires et/ou des hôpitaux)									
	Cliniques de lutte contre le VIH et la tuberculose		Patients atteints du VIH/sida et de la tuberculose	Moyen/long terme	++	++	++	++	+++	+++
	Cliniques ANC		Les femmes enceintes	Moyen/long terme	++	++	++	++	+++	+++
	École	Combinaison de la vaccination contre la COVID-19 et d'autres interventions de santé en milieu scolaire (p. ex., éducation sanitaire)	Enfants, adolescents	Moyen/long terme	++	++	++	+++	++	++
	Sensibilisation à la santé maternelle et infantile intégrée (équipes mobiles)	Combinaison de la vaccination contre la COVID-19 avec la vaccination de routine, la nutrition, la santé reproductive et d'autres services	Mères et enfants	Moyen/long terme	++	++	++	+++	++	++
	Établissements de soins de longue durée, maisons de soins infirmiers	Combinaison de la vaccination contre la COVID-19 et d'autres interventions de santé	Personnes âgées et personnes souffrant de comorbidités	Moyen/long terme	++	++	++	+++	+	++

Mode	Approche/emplacement/services		Population cible	Délai de mise en œuvre	Niveau d'intégration	Implications				Maturité du système de santé	
						Coût	Agents de santé	Logistique	Mobilisation de la communauté		
		Visites à domicile	Personnes âgées et personnes souffrant de comorbidités	Moyen/long terme	++	+++	++	+++	+	++	
Mode de campagne	Site fixe temporaire	Centre/poste dédié de vaccination contre la COVID-19	Spécialement mis en place pour la campagne de vaccination de masse contre la COVID-19/combo avec d'autres interventions de santé (p. ex. dépistage des MNT)	Population générale	Phase d'urgence d'une pandémie	0/+	++	+++	++++	++	+
	Équipes mobiles	Vaccination dans les parcs, les marchés, les centres commerciaux, les lieux de culte, les lieux de travail...	Administration de la vaccination contre la COVID-19 uniquement/combo avec d'autres interventions (p. ex. dépistage des MNT)	Population générale	Phase d'urgence d'une pandémie	0/+	+++	++++	++++	++	+
		Établissements de soins de longue durée, maisons de soins infirmiers		Groupes prioritaires : personnes âgées, personnes atteintes de comorbidités	Phase d'urgence d'une pandémie	0/+	+++	+++	+++	+	+
		Camps de réfugiés, points de transit, contrôles aux frontières, dortoirs, établissements		Populations générales ou spécifiques/groupes mobiles	Phase d'urgence d'une pandémie	0/+	+++	+++	+++	+	+

Mode	Approche/emplacement/services		Population cible	Délai de mise en œuvre	Niveau d'intégration	Implications				Maturité du système de santé
						Coût	Agents de santé	Logistique	Mobilisation de la communauté	
		d'ONG, centres de détention/prisons Visites à domicile								
			Groupes prioritaires : personnes âgées, personnes atteintes de comorbidités	Phase d'urgence d'une pandémie	0/+	++++	+++	++	+	+
Vaccination de masse	Vaccination de masse	Spécialement mis en place pour la campagne de vaccination de masse contre la COVID-19 d'autres antigènes et interventions sanitaires (par exemple, vitamine A, chimioprévention du paludisme)	Population générale	Phase d'urgence d'une pandémie	0/+	++	++++	++++	+	+

0 : pas d'implication ; + : inférieur ; ++++ : supérieur.

ANC : soins prénatals ; COVID-19 : maladie à coronavirus ; HWF : travailleurs de la santé ; SMI : santé maternelle et infantile ; MNT : maladies non transmissibles ; ONG : organisations non gouvernementales ; TB : tuberculose.

5. **Identifier les actions/investissements clés nécessaires. Le Tableau 2 propose des investissements prioritaires et des capacités/fonctionnalités nécessaires à court terme (6–12 mois).** Ces domaines ne sont pas exhaustifs et ont été identifiés en fonction des éléments suivants :

- **immédiateté** (p. ex., ils peuvent répondre aux besoins actuels et critiques du programme de vaccination et au vaccin contre la COVID-19 et des soins de santé primaires) ;
- **opportunité** (p. ex. possibilité de trouver des synergies entre les priorités du programme) ; et
- **faisabilité** (p. ex., des étapes concrètes de mise en œuvre peuvent être identifiées).

Tableau 2. Capacités/fonctionnalités à court terme proposées (6 à 12 mois) requises et investissements prioritaires

Élément de base du système de santé	Capacité/fonctionnalité requises	Actions/investissements nécessaires
Leadership et gouvernance	Réajuster ou aligner les groupes de travail techniques sur la vaccination/les groupes de travail sur la vaccination contre la COVID-19 ou créer un nouveau groupe de travail temporaire pour planifier l'intégration.	Renforcer les approches multisectorielles et l'engagement avec les partenaires de vaccination non traditionnels.
Financement des systèmes de santé	Estimer les coûts futurs de l'achat de produits vaccinaux contre la COVID-19 et de leurs fournitures.	Estimer les coûts de l'achat de produits vaccinaux contre la COVID-19, en particulier pour les pays qui ne sont pas admissibles à la garantie de marché du mécanisme COVAX et/ou à Gavi, en fonction des prévisions de la demande.
	Estimer les coûts des agents de santé.	Estimer les coûts liés aux agents de santé pour une prestation de services élargie au sein des points de service/plates-formes existants et/ou nouveaux.
	Budget pour les coûts d'administration de la vaccination contre la COVID-19, y compris les ressources humaines, le renforcement des capacités, la mise à jour des directives et des outils nationaux, des dispositifs, de l'équipement de la chaîne du froid et de l'équipement auxiliaire, ainsi que l'entretien de la chaîne du froid, la promotion de la demande, etc.).⁶	Cartographier les coûts de l'administration des vaccins contre la COVID-19, de l'intégration et de la nécessité d'un financement catalytique pour rationaliser les processus. Ajuster les mécanismes de financement si nécessaire. Estimer les besoins d'assistance technique pour le processus d'intégration.
Demande et engagement communautaire	Comprendre les croyances, les perceptions et les expériences des bénéficiaires des vaccins afin d'éclairer la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de stratégies ciblées liées à la demande et, en fin de compte, d'assurer un accès plus équitable à des services de qualité.	Construire et renforcer la recherche et les données probantes sur les facteurs comportementaux et sociaux de la vaccination – pour n'importe quel vaccin ; peut également être fait dans ou au-delà du programme de vaccination.

⁶ Les pays qui sont éligibles au soutien de Gavi ou à la garantie de marché du mécanisme COVAX peuvent bénéficier d'un soutien pour l'intégration de la vaccination contre la COVID-19.

Élément de base du système de santé	Capacité/fonctionnalité requises	Actions/investissements nécessaires
		<p>Veiller à ce que des mécanismes d'écoute soient en place pour comprendre les préoccupations des communautés en matière de santé et de soins de santé primaires et y répondre.</p> <p>Faire participer les communautés à la microplanification et créer conjointement des solutions locales pour surmonter les obstacles à l'adoption des services de santé.</p>
	<p>Promouvoir la demande en tirant parti de points d'accès plus larges à la santé, de l'engagement communautaire (p. ex. agents de santé de première ligne, agents de santé communautaires) et investir dans des canaux de communication bi-directionnelle nouveaux et existants ciblant les différents groupes de population.</p>	<p>Explorer le recours aux agents de santé de première ligne pour promouvoir la demande/l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 et d'autres interventions de santé.</p> <p>Envisager des activités supplémentaires ou adaptées de création de la demande et de communication aux groupes cibles par le biais de plates-formes d'administration existantes/nouvelles et continuer à renforcer la vaccination comme norme sociale.</p> <p>Faire participer les CBO locaux, les acteurs confessionnels, les dirigeants communautaires, les associations de santé publique et les experts locaux afin de promouvoir une approche de communication intégrée au niveau de la famille et de la communauté.</p> <p>Préconiser des ressources humaines et financières adéquates pour la promotion intégrée de la demande.</p>
	<p>Adapter les stratégies de prestation de services – passer des campagnes verticales de vaccination de masse contre la COVID-19 à la prestation de services intégrée, au sein d'un site fixe ou d'un établissement de santé par rapport à la sensibilisation, en tirant parti de l'intensification périodique pour atteindre davantage de communautés avec des vaccins et des services de SSP.</p> <p>Définir les points d'entrée et les plates-formes de prestation de services existants ou nouveaux pour les groupes à haut risque (p. ex. ANC pour les femmes enceintes, les cliniques VIH pour les personnes vivant avec le VIH/sida, les cliniques de MNT au niveau des</p>	<p>Cartographier les services/programmes existants pour les populations prioritaires à haut risque.</p> <p>Identifier et analyser les interventions en santé ayant un fort potentiel de prestation intégrée, en tenant compte du contexte, de la compatibilité des interventions potentielles à intégrer, de la faisabilité et de l'impact sur l'équité.</p> <p>Définir l'ordre de priorité, concevoir et tester de nouvelles stratégies de prestation en conformité avec certaines approches d'intégration.</p>

Élément de base du système de santé	Capacité/fonctionnalité requises	Actions/investissements nécessaires
	<p>soins primaires et/ou des hôpitaux pour les personnes souffrant de comorbidités).</p> <p>Examiner les mécanismes existants pour la planification, l'assurance et l'amélioration de la qualité des soins afin de déterminer les domaines dans lesquels les enjeux de la vaccination contre la COVID-19 pourraient être inclus (16).</p>	<p>Définir/mettre à jour le flux/les mesures dédiés aux patients pour la prestation des services communs.</p> <p>Mettre à jour/élaborer une approche d'équipe multidisciplinaire, y compris des rôles et des responsabilités clairs.</p> <p>Les mesures à prendre comprennent l'intégration de la vaccination contre la COVID-19 dans les mécanismes de déclaration des performances et de passation de marchés, les listes de vérification et les processus de supervision coopérative, les systèmes de gestion des risques et de déclaration des événements indésirables, ainsi que les plates-formes existantes d'engagement communautaire.</p>
<p>Personnel de santé</p>	<p>Établir un profil optimal (p. ex. déterminer les compétences requises/le type de personnel) et la quantité de travailleurs de la santé (p. ex. médecins, agents cliniques, infirmières, pharmaciens, autres membres du personnel, le cas échéant) pour gérer la vaccination contre la COVID-19 en plus de la charge de travail existante.</p> <p>Renforcer les capacités du personnel existant pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vaccination contre la COVID-19 • identifier, atteindre/orienter et surveiller le statut vaccinal des groupes à haut risque de COVID-19 • communication interpersonnelle • gestion des déchets • systèmes d'enregistrement de la vaccination • gestion et déclaration des MAPI. <p>Définir le rôle des mécanismes de rémunération/incitations.</p> <p>Mobiliser les ASC pour générer une demande de vaccination contre la COVID-19 et d'autres interventions pertinentes.</p>	<p>Estimer les besoins en ressources humaines pour une prestation de services étendue au sein des points de service/plates-formes existants et/ou nouveaux.</p> <p>Recruter des ressources humaines supplémentaires, si nécessaire.</p> <p>Dans la mesure du possible, envisager de redéployer le personnel de la COVID-19 au PEV.</p> <p>Renforcer la capacité à identifier, entre autres, les populations à risque élevé cibles.</p> <p>Concevoir et mettre en œuvre des activités de renforcement des capacités pour les prestataires conformément à la stratégie de prestation des services (par exemple, s'engager auprès des demandeurs de soins prénatals pour la vaccination contre la COVID-19).</p> <p>Améliorer les capacités de communication interpersonnelle de la main-d'œuvre de la santé.</p> <p>Fournir une supervision et un mentorat de soutien.</p> <p>Le cas échéant, concevoir/réviser la politique d'incitation.</p> <p>Estimer les besoins en ASC en fonction de l'approche d'administration retenue.</p>

Élément de base du système de santé	Capacité/fonctionnalité requises	Actions/investissements nécessaires
Systèmes d'information sanitaire	<p>Intégrer les systèmes d'information de surveillance de la santé (dossiers, registres, systèmes électroniques couvrant l'ensemble des données, tableaux de bord de surveillance des performances pour éclairer les actions). L'étendue de l'intégration peut varier selon les contextes.</p>	<p>Revoir les systèmes de surveillance pour identifier et enregistrer la vaccination des groupes adultes à risque élevé.</p> <p>Exploiter les plates-formes de données sur la COVID-19 pour le PEV et d'autres services.</p> <p>Développer ou augmenter les SIGS prometteurs pour améliorer la surveillance de routine.</p>
	<p>Intégrer les systèmes de déclaration pour la vaccination contre la COVID-19 (par exemple, électronique) et le PEV (par exemple, sur papier).</p>	<p>Dans les situations où les systèmes de déclaration du PEV (par exemple, sur papier) et des vaccins contre la COVID-19 (par exemple, électroniques) sont différents, la mise en œuvre conjointe des deux interventions pourrait nécessiter la planification du passage à des plates-formes électroniques.</p>
	<p>Renforcer la surveillance des MEV.</p>	<p>Tirer parti de la surveillance de la COVID-19 pour renforcer la surveillance des MEV et vice versa.</p>
	<p>Renforcer les systèmes relatifs aux MAPI et événements indésirables d'intérêt particulier/EIIP</p>	<p>Tirer parti des améliorations de la pharmacovigilance pour la COVID-19 afin de la renforcer pour d'autres vaccins.</p>
Accès aux médicaments essentiels (y compris les vaccins de qualité)	<p>Renforcer le stockage des vaccins et la chaîne du froid, la planification de la distribution (p. ex. exigences de l'équipement de la chaîne du froid et de la chaîne du froid à ultra-basse température, surveillance de la température, VVM/expiration courte) et gestion des déchets.</p>	<p>Estimer les besoins en matière de stockage, de chaîne du froid et de capacité de distribution pour la livraison de vaccins supplémentaires et le gaspillage accru.</p> <p>Explorer la possibilité de tirer parti des investissements réalisés dans les eLMIS pour les étendre aux vaccins essentiels.</p> <p>Envisager l'engagement du secteur privé (par exemple, la logistique tierce) pour la formation sur différents aspects de gestion des vaccins liés au déploiement du vaccin contre la COVID-19, ainsi que le renforcement des activités régulières de gestion des vaccins pour le PEV (par exemple, une gestion rigoureuse de la température, y compris des températures contrôlées dans les salles de stockage).</p> <p>Planification de la chaîne d'approvisionnement de bout en bout (p. ex. gestion renforcée des stocks de vaccins, gestion de l'inventaire de l'équipement de la chaîne du froid par le biais de Thrive360 et de plates-formes de déclaration numérique, et gestion des déchets).</p>

Élément de base du système de santé	Capacité/fonctionnalité requises	Actions/investissements nécessaires
	Intégration des composantes de la chaîne d'approvisionnement de la vaccination.	Assurer l'entretien préventif et correctif de l'équipement de la chaîne du froid. Améliorer la livraison au dernier kilomètre des fournitures essentielles de soins de santé primaires, y compris les vaccins.
	Partager les coûts et les ressources de la vaccination contre la COVID-19 avec d'autres interventions de santé (p. ex. ressources humaines, renforcement des capacités, mise à jour des directives et des outils nationaux, maintenance des équipements de la chaîne du froid).⁷	Cartographier les coûts de l'intégration et de l'administration des vaccins contre la COVID-19 ainsi que la nécessité d'un financement catalytique pour rationaliser les processus. Ajuster les mécanismes de financement si nécessaire. Estimer les besoins d'assistance technique pour le processus d'intégration.

MAPI : manifestations post-vaccinales indésirables ; EIIP : événement indésirable d'intérêt particulier ; ANC : soins prénatals ; CBO : organisations communautaires ; ECF : équipements de la chaîne du froid ; ASC : agents de santé communautaires ; COVAX AMC : garantie de marché du mécanisme COVAX pour la COVID-19 ; COVID-19 : maladie à coronavirus ; eLMIS : système d'information sur la gestion logistique ; PEV : programme élargi de vaccination ; FLW : agents de santé de première ligne ; Gavi : Gavi, l'Alliance du Vaccin ; SIGS : systèmes d'information pour la gestion sanitaire ; RH : ressources humaines ; MNT : maladies non transmissibles ; SSP : soins de santé primaires ; UCC : chaîne du froid à ultra-basse température ; VM : gestion des vaccins ; VVM : pastille de contrôle du vaccin ; MEV : maladies évitables par la vaccination.

Étape 3. Mise en œuvre et surveillance

Le groupe de travail ou le nouveau groupe temporaire actuellement réaffecté devrait superviser les progrès réalisés dans la mise en œuvre et le suivi de l'intégration de la vaccination contre la COVID-19.

- Définir **des indicateurs de suivi des progrès** :
 - Couverture vaccinale contre la COVID-19 des séries primaires et des doses de rappel par les groupes à haut risque (travailleurs de la santé, personnes âgées, personnes souffrant de comorbidités, femmes enceintes).
 - Tendance du nombre d'enfants zéro-dose (couverture de DTC1 et DTC3) comme indicateur de la performance du PEV et des SSP.
 - Effets positifs et négatifs de l'intégration de la vaccination contre la COVID-19 dans les programmes de SSP et de vaccination. Des indicateurs spécifiques (existants ou nouveaux) peuvent être définis (p. ex., pourcentage d'établissements de santé ayant intégré la vaccination contre la COVID-19 dans les programmes de PNV/SSP ; pourcentage de séances fixes/de proximité/IPVS menées avec la vaccination contre la COVID-19 incluse).

Les indicateurs existants sur les programmes de vaccination et la vaccination contre la COVID-19 qui sont signalés par des systèmes de déclaration régionaux et mondiaux peuvent être utilisés à cette fin (par exemple, le formulaire électronique de déclaration conjointe (eJRF)).

⁷ Les pays qui sont éligibles au soutien de Gavi ou à la garantie de marché du mécanisme COVAX peuvent bénéficier d'un soutien pour l'intégration de la vaccination contre la COVID-19.

Étape 4. Actions de suivi post-intégration

Programme de recherche sur l'intégration dans l'apprentissage et la mise en œuvre

L'intégration est un processus, qui n'a pas nécessairement de début ou de fin définis. Toutefois, le parcours global devra être guidé par des enquêtes, l'apprentissage et l'amélioration en continu. La mise en œuvre de l'intégration devra être affinée et optimisée jusqu'à ce qu'elle assure une couverture plus élevée et durable, y compris pour les populations moins desservies. La capacité du système de santé nécessaire pour maintenir la livraison intégrée des vaccins contre la COVID-19 nécessitera des investissements continus et doit être progressivement mise en place.

Compte tenu de l'importance des données probantes, de l'apprentissage et de l'adaptation pour améliorer le succès du programme, il sera important de définir **les questions clés de la recherche sur la mise en œuvre de l'intégration de la vaccination contre la COVID-19. Il peut s'agir des éléments suivants :**

- Quels **sont les facteurs (facilitateurs, barrières) à différents niveaux du système de santé et dans l'environnement** qui influent sur la prise en compte, la planification, le lancement et la pérennité (ou l'arrêt) de l'intégration de la vaccination contre la COVID-19 ?
- Quels **sont les résultats** des différentes approches intégrées ?
 - Quels sont **les niveaux d'acceptabilité** parmi la population générale, les groupes à haut risque de COVID-19 et les travailleurs de la santé à différents niveaux ? Et l'impact des interventions intégrées a-t-il été documenté ?
 - Les **niveaux de couverture** de la vaccination contre la COVID-19 et d'autres interventions sanitaires sont-ils maintenus ou en augmentation ? La couverture est-elle **équitable** pour tous les groupes, et si non, pourquoi ?
 - Quel **est l'effet sur l'efficacité et le rapport coût-efficacité** de la vaccination contre la COVID-19 ?
 - Quel est le potentiel de **durabilité** de l'intégration de la vaccination contre la COVID-19 ?

La réponse à ces questions peut également aider à identifier les **données supplémentaires** nécessaires pour faciliter l'intégration plus large de la vaccination contre la COVID-19, et documenter les leçons apprises ainsi que les meilleures pratiques pour les investissements futurs dans **la préparation et la réponse à une pandémie.**

Évaluation post-intégration

Une évaluation post-intégration pourrait être menée au cours des 6 premiers mois qui suivent le début du processus d'intégration de la vaccination contre la COVID-19 dans les programmes de vaccination et les SSP. La cPIE (17) ou l'évaluation post-introduction du nouveau vaccin (18) pourrait être adoptée pour ce processus. Le processus devrait comprendre un examen des documents pertinents des pays, tels que les plans d'administration des vaccins contre la COVID-19, les plans nationaux de promotion et de communication de la demande, le travail sur le terrain et l'observation dans différents établissements, la collecte et l'analyse de données à l'aide de questionnaires normalisés, sans oublier la présentation et la documentation des résultats. Les conclusions de cette évaluation peuvent fournir des leçons et des exemples de modèles de différentes combinaisons d'approches de prestation pour d'autres pays qui n'ont pas encore entrepris l'intégration et pour les futurs processus d'intégration.

Annexe 1. Exemples de pays prônant l'intégration de la vaccination contre la COVID-19 par élément fonctionnel du système de santé

Prestation des services		
Approche	Stratégie d'administration	Exemples de pays
Co-administrer la vaccination contre la COVID-19 avec d'autres vaccins pour les mêmes populations cibles en utilisant les plates-formes d'administration existantes	Campagne de masse/IPVS/sensibilisation/établissement de santé	- Panama : Au cours de la Semaine de la vaccination dans les Amériques, co-administration du vaccin contre la COVID-19 et vaccination contre la grippe à domicile et dans les établissements de santé.
Collaboration entre la vaccination contre la COVID-19 et d'autres plates-formes existantes d'administration des vaccins ciblant différents groupes d'âge	Campagne de masse	- Angola : Planification de l'intégration de la campagne de vaccination contre la COVID-19 à la campagne de vaccination contre la rougeole en 2022. - Nigéria : Planification de l'intégration d'AVS pour la rougeole avec d'autres interventions. Ciblant environ 5 millions d'enfants, la campagne fournira des vaccins contre la rougeole et la supplémentation en vitamine A aux enfants de moins de 5 ans, des vaccins essentiels aux enfants de moins de 23 mois et des doses de vaccin contre la COVID-19 aux adultes de 18 ans et plus. Au total, 1 800 équipes de vaccination serviront chaque domaine, fournissant des services à partir de postes fixes et temporaires qui comprennent des hôpitaux publics et privés sélectionnés, des écoles, des maisons religieuses et des foyers de leaders communautaires influents (19).
	Sensibilisation/établissement de santé	- Bangladesh et Inde : Même centre de santé (fixe/de proximité) fournissant des vaccinations essentielles et contre la COVID-19 à différents jours . - Maldives : Même centre de santé (fixe/de proximité) fournissant des vaccinations essentielles et contre la COVID-19 les mêmes jours, à des moments différents . - Sri Lanka : 50 % des centres de santé (fixe/de proximité) fournissant des vaccinations essentielles et contre la COVID-19 les mêmes jours, aux mêmes moments . Les séances de vaccination essentielles ont permis de dépister les doses de rappel contre la COVID-19 chez les parents et de fournir/motiver la vaccination. Des questions ciblées ont facilité l'identification des individus non vaccinés à haut risque pour les amener dans des cliniques communautaires ou mobiles. - Philippines : 60 % des établissements de santé visités au cours de la cPIE ont signalé l'intégration d'autres services. Pour la sensibilisation, les agents de santé fournissent le vaccin contre la COVID-19 aux adultes (y compris les femmes enceintes) et les vaccinations essentielles ainsi que le dépistage nutritionnel et la supplémentation en vitamine A aux enfants dans différents milieux, le même jour dans le même village .

		<p>Les travailleurs de la santé fournissent une éducation/IPC aux personnes qui hésitent à se faire vacciner.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Éthiopie : dans des régions spécifiques, pendant les séances de vaccination des enfants, les soignants sont également dépistés et se voient offrir la vaccination contre la COVID-19. De plus, les personnes qui fréquentent les cliniques pour les jeunes sont également dépistées et se voient offrir la vaccination contre la COVID-19. - Honduras et Yémen : Tous les établissements de santé proposent des vaccins contre la COVID-19 et d'autres vaccins essentiels. - Irak : Intensification de la vaccination intégrative (programme 3IS), où l'intégration fait référence à la COVID-19 et aux vaccinations essentielles. Des mobilisateurs communautaires sont envoyés pour promouvoir les vaccins contre la COVID-19 et aussi pour vérifier les dossiers des enfants et identifier ceux qui ont manqué des doses de vaccins. Les données de février 2022 montrent que la couverture vaccinale essentielle dans ces districts a augmenté.
<p><i>Co-administrer la vaccination de masse contre la COVID-19 avec d'autres interventions de santé (par exemple, dépistage des MNT, malnutrition) pour la même population cible</i></p>	<p><i>Campagne de masse</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cambodge (20) : Campagne intégrant le vaccin et le dépistage des MNT). Au début de l'année 2021, le Cambodge a mis en œuvre un programme pilote dans 10 grands sites de vaccination pour dépister le diabète et l'hypertension chez les adultes de plus de 40 ans, pendant la séance d'administration de leur vaccin contre la COVID-19. Une enquête a mis en lumière un niveau élevé d'acceptabilité du projet pilote par les travailleurs de la santé. Seulement 28 % des travailleurs de la santé avaient déjà fait l'expérience du dépistage des MNT chez les patients, mais 100 % estimaient qu'il était judicieux d'effectuer un dépistage des MNT lors de la vaccination contre la COVID-19. La durée moyenne de dépistage a été rapide, à savoir moins de 2 minutes pour la glycémie et moins de 3 minutes pour la tension artérielle. À l'avenir, le plan vise à renforcer le dépistage des MNT par l'intégration de l'administration des doses de rappel de vaccin contre la COVID-19 au niveau des centres de santé. La dose de rappel de vaccin contre la COVID-19 pourrait devenir la pierre angulaire d'un « bilan de santé annuel ».
	<p><i>IPVS</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nigéria : Des États spécifiques ont adopté l'approche dédiée à « toute la famille », qui combine la vaccination contre la COVID-19 avec des services de santé tels que la vaccination des enfants, la malnutrition et le dépistage des MNT. - Panama : Au cours de la Semaine de la vaccination dans les Amériques, en plus de la vaccination contre la COVID-19, le dépistage de l'hypertension, du diabète et du cancer du col utérin a été effectué.
	<p><i>Axé sur les établissements de santé</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tanzanie : Partenariat avec le programme de lutte contre le VIH pour vacciner les personnes vivant avec le VIH/SIDA avec le vaccin contre la COVID-19. Des

	collaborations ont également été menées avec des médecins traitant des maladies chroniques (p. ex. diabète, hypertension) afin de fournir la vaccination contre la COVID-19 lors des journées cliniques spécialisées.
Demande et engagement communautaire	
Approche	Exemples de pays
<i>Tirer parti des partenariats existants ou nouveaux, au sein et au-delà du secteur de la santé, pour promouvoir et défendre la vaccination contre la COVID-19.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Tanzanie : A engagé la Fédération tanzanienne de football à promouvoir la vaccination. - Niger : A impliqué les dirigeants locaux et les autorités religieuses dans la résolution de la mésinformation. - Indonésie : Les autorités religieuses et d'autres partenaires ont été engagés pour lutter contre la mésinformation à l'échelle nationale.
<i>S'appuyer sur les interventions communautaires pour d'autres services de santé, par exemple dans le but d'inclure la vaccination contre la COVID-19 avec des efforts pour accroître l'accès aux dispositifs de lavage des mains et les mesures IPC dans les établissements de santé, les écoles et les lieux publics, en particulier ceux qui mettent l'accent sur le lien entre les groupes défavorisés ou vulnérables et les services de santé.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Afghanistan : Activités intersectorielles d'engagement communautaire pour partager des informations sur l'eau potable, l'hygiène et la vaccination. - Yémen : Les sages-femmes communautaires (influenceurs de confiance) formées pour administrer le vaccin contre la COVID-19 et des vaccinations essentielles et d'autres pratiques de santé familiale, ainsi que pour traiter la malnutrition.
<i>S'appuyer sur des communications ciblées et des activités éducatives, y compris la vaccination contre la COVID-19 ou les vaccinations essentielles, dans des messages sur d'autres interventions de santé qui sont transmis par les médias de masse, des solutions numériques et une gamme d'approches fondées sur le dialogue.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Népal : Promouvoir les mesures de sécurité de la COVID-19 ainsi que les vaccinations essentielles, en particulier pour les enfants. - Cameroun : Vaccination couplée aux activités de communication sanitaire existantes.
Personnel de santé	
<i>Former le personnel pour identifier les populations manquées</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Inde : Efforts intégrés de dénombrement et de mobilisation des travailleurs de la santé tout en entreprenant une enquête communautaire sur les vaccinations essentielles. Ces enquêtes ont été utilisées pour identifier et inscrire les bénéficiaires admissibles à la fois pour les vaccins essentiels et les vaccins contre la COVID-19. Dans le cadre d'un exercice conjoint mené dans l'Uttar Pradesh, 70 000 équipes ont visité plus de 35 millions de foyers en janvier 2022. Les équipes ont pu identifier 700 000 personnes âgées de 60 ans ou plus ayant manqué la vaccination contre la COVID-19 et 400 000 enfants âgés de moins de 2 ans n'ayant pas reçu la dose ou les doses de vaccins essentiels. - Somalie : Formation des formateurs à la vaccination contre la COVID-19, recrutement d'agents de vaccination, développement de microplans.
<i>Tirer parti de la main-d'œuvre de la poliomyélite pour soutenir la vaccination contre la COVID-19</i>	
Systèmes d'information sanitaire	
<i>Exploitation des registres électroniques de vaccination contre la COVID-19 pour le PEV – registres électroniques de vaccination (EIR)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Laos : Le registre de vaccination contre la COVID-19 (CVR) est basé sur le module logiciel DHIS2. Il saisit les épisodes de vaccination d'un individu, a la capacité d'envoyer des rappels automatisés et soutient la planification et l'action au niveau des établissements de santé par le biais de

	<p>rapports/tableaux de bord détaillés. Le système comprend également des certificats de pré-enregistrement et de vaccination sur le Web. Avant la pandémie, le plan était de piloter un registre électronique de vaccination. Maintenant, le pays va tirer parti du CVR pour la mise en œuvre de la vaccination essentielle.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inde (21) : Un système d'enregistrement électronique (CoWIN) pour la vaccination contre la COVID-19 a été mis au point pour enregistrer efficacement les groupes prioritaires, programmer les rendez-vous, générer des certificats de vaccination et surveiller les MAPI. Le plan consiste à adapter le CoWIN pour qu'il soit utilisé comme REV pour enregistrer les données des séances de vaccination dans tous les sites d'administration des vaccins. - Indonésie : Dossier numérique conservé à domicile via l'application PeduliLindungi, qui est actuellement utilisée comme registre individuel de vaccination contre la COVID-19.
<p><i>Renforcer la surveillance des MEV</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Timor oriental : Planification de l'intégration du programme de vaccination contre la COVID-19 et de la surveillance des MEV.
<p><i>Renforcement de la surveillance des MAPI et AESI</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Philippines : Amélioration de la surveillance des MAPI, de la structure et de la fonction de l'expertise du comité régional des MAPI et du comité national des MAPI pour effectuer des évaluations de causalité. - Bolivie : Mise en place de sites de campagne de vaccination de masse contre la COVID-19 conformes aux normes techniques de prévention et de soins des MAPI qui peuvent être reproduites pour d'autres campagnes de vaccination de masse.
<p>Accès aux médicaments essentiels (y compris les vaccins de qualité)</p>	
<p><i>Renforcement de la capacité et des processus réglementaires des pays</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Philippines et Indonésie : Suivi rapide du processus d'inscription sur l'EUL, qui pourrait être capitalisé pour les futurs produits liés aux urgences.
<p><i>Investir dans l'équipement de la chaîne du froid de la COVID-19 pour l'expansion de l'ECF de la vaccination essentielle ou réorienter l'UCC pour les activités de vaccination essentielle et d'autres épidémies (p. ex. Ebola) ainsi que pour les soins de santé primaires intégrés (par exemple, les banques de sang)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cambodge : L'évaluation de la chaîne du froid et de la distribution a été intégrée aux vaccinations essentielles dans la mesure où, lors de la planification de la capacité de la chaîne du froid, un examen a été mené sur les vaccins contre la COVID-19 et d'autres vaccins existants afin de déceler toute lacune de capacité à différents niveaux du système de santé. - Népal : Élément d'opportunité pour renforcer la capacité de la chaîne du froid pour le PEV après la pandémie de COVID-19. Création et mise en service de nouveaux magasins de vaccins provinciaux dans certaines provinces. Élargissement de l'espace existant de la chaîne du froid dans les magasins de vaccins au niveau central, provincial et du district. Capacité de gestion des expéditions en vrac pour l'introduction de vaccins réguliers et nouveaux. Des dispositifs de surveillance à distance de la température sont mis en place pour améliorer la surveillance en temps réel des vaccins.

Gestion novatrice de l'approvisionnement et de la logistique (eLMIS)

- **Sénégal** : Utilisation de Logistimo (eLMIS), un outil de surveillance des stocks en temps réel dans chaque établissement de santé, réorientant rationnellement les flux de stocks vers les points de soins en fonction des taux de consommation.
- **Inde** : Adaptation des eLMIS existants (eVIN) pour répondre aux besoins de déploiement du vaccin contre la COVID-19 tout en poursuivant les vaccinations essentielles pendant la pandémie. L'eVIN a été migré vers une plate-forme open source développée localement en 2020. Depuis lors, le système a été déployé à l'échelle nationale dans tous les établissements de santé publique et est maintenant entièrement géré et financé par le gouvernement. En tant qu'application mobile, il permet la gestion numérisée des stocks de vaccins par les gestionnaires de la chaîne du froid directement à partir des smartphones, fournissant des informations en temps réel sur les stocks et les flux de vaccins. L'eVIN surveille également la température de stockage aux points de la chaîne du froid où le dispositif est mis en œuvre. Il garantit une disponibilité > 99 % des vaccins essentiels.
- **Indonésie** : Expansion de Logistimo (SMILE), un outil d'approvisionnement en vaccins et de contrôle logistique en temps réel dans les établissements de santé, pour le PEV.

Financement des systèmes de santé

Mobiliser les ressources des pays à partir des budgets gouvernementaux et du financement des partenaires pour la vaccination contre la COVID-19 et le PEV

- **Rwanda** : Achat de vaccins contre la COVID-19 et d'équipement de la chaîne du froid et d'autres vaccins du PEV, en tirant parti des fonds nationaux et des fonds des partenaires.

Leadership et gouvernance

Élargir les partenariats et les mécanismes de coordination entre les différents programmes (par exemple, au-delà des partenaires traditionnels de la vaccination, y compris la collaboration Sud-Sud, la préparation aux pandémies, la sécurité sanitaire mondiale)

- **Yémen** : Les services intégrés mobiles et de proximité du PEV ou pour la santé maternelle, néonatale et infantile fournis quatre fois par an (dans le contexte des établissements de santé non fonctionnels) ont augmenté la couverture du DTC1 et du DTC3 en 2020.

Mettre en place des organismes directeurs communs pour intégrer les mécanismes de responsabilisation du gouvernement

- **Inde** : Des groupes de travail mis en place dans les États/districts/zones urbaines pour la surveillance des données sur la polio ont été intégrés pour le PEV et commencent maintenant à discuter de la vaccination contre la COVID-19.

MAPI : manifestations indésirables post-immunisation ; AESI : événements indésirables d'intérêt particulier ; ECF : équipement de la chaîne du froid ; COVID-19 : maladies à coronavirus ; DTC1, DTC3 : première et troisième doses de vaccin contre la diphtérie, l'anatoxine tétanique et la coqueluche ; REV : registres électroniques de vaccination ; eLMIS : système électronique d'information de gestion logistique ; PEV : programme élargi de vaccination ; EUL : liste des utilisations d'urgence ; IPC : prévention et lutte contre les infections ; MNT : maladies non transmissibles ; IPVS : intensification périodique de la vaccination de routine ; AVS : activité de vaccination supplémentaire ; MEV : maladies évitables par la vaccination.

Annexe 2. Liste de vérification pour l'évaluation de l'état de préparation à l'intégration du vaccin contre la COVID-19

La liste de vérification suivante est fournie sous forme de liste de questions suggérées pour guider les pays lorsqu'ils évaluent leur état de préparation à la planification et à la mise en œuvre de l'intégration de la vaccination contre la COVID-19. Les pays peuvent trouver des éléments plus ou moins pertinents dans la liste de vérification en fonction de leur contexte et des mesures qu'ils ont déjà prises en vue de l'intégration. Le Tableau 1 peut aider à déterminer les approches de prestation intégrée des services et le Tableau 2 à déterminer les mesures/investissements.

Élément de base du système de santé	Action	Oui/Non	Si non, préciser l'action/l'investissement requis
Leadership et gouvernance	L'intégration proposée de la vaccination contre la COVID-19 bénéficie-t-elle d'un soutien de haut niveau parmi les membres concernés du gouvernement (p. ex. ICC, groupe de travail dédié à la COVID-19, gestionnaires nationaux du PNV et des SSP) ?		
	La planification de l'intégration est-elle liée aux documents pertinents de politique et de stratégie par pays (par exemple, les plans stratégiques nationaux de santé, le NDVP, la SNV, la stratégie nationale de promotion de la santé) ?		
	Un groupe de travail ou un organe équivalent chargé de superviser la planification et la mise en œuvre de l'intégration, y compris la participation des programmes pertinents, a-t-il été défini ? Si oui, veuillez donner plus de précision.		
	Avez-vous convenu d'un calendrier pour l'intégration ?		
Financement des systèmes de santé	Les coûts de l'achat de produits, de fournitures, d'équipement de la chaîne du froid, de fournitures et d'accessoires du vaccin contre la COVID-19 ont-ils été estimés et financés ?		
	Les coûts des ressources humaines, de la formation, de la sensibilisation et de la communication ont-ils été estimés et financés, y compris la cartographie des sources actuelles et futures ?		
	Disposez-vous d'une estimation du financement nécessaire pour rationaliser les processus d'intégration de la vaccination contre la COVID-19 dans le PNV et les SSP ?		
	Les possibilités de partage des coûts entre les interventions et la mobilisation des ressources ont-elles été identifiées ?		

Élément de base du système de santé	Action	Oui/Non	Si non, préciser l'action/l'investissement requis
	Les budgets de la santé et les changements de dépenses ont-ils été analysés pour tenir compte des lieux où l'utilisation inefficace des ressources peut se produire en raison de l'absence d'intégration du vaccin contre la COVID-19 ?		
Demande et engagement communautaire	Existe-t-il des données sur les facteurs comportementaux et sociaux de la vaccination contre la COVID-19 et sur sa relation avec les services du PEV et des SSP ? / Est-il nécessaire de recueillir des données supplémentaires ?		
	Les enseignements tirés de ces données sur les facteurs comportementaux et sociaux de la vaccination ont-ils été pris en compte dans la conception du plan d'intégration ?		
	Des stratégies de génération de la demande intégrée dans les groupes cibles par le biais des plates-formes existantes ont-elles été identifiées ?		
	Y a-t-il un plan pour faire participer les représentants de la communauté et les réseaux/groupes communautaires ?		
Prestation des services	Les groupes à cibler pour les doses de rappel du vaccin contre la COVID-19 ont-ils été définis selon les recommandations de l'OMS ?		
	Les services et programmes de santé existants, y compris dans d'autres secteurs et services qui sont liés aux groupes à risque élevé (p. ex. les soins aux personnes âgées) et la vaccination contre la COVID-19, ont-ils été cartographiés ?		
	À partir des programmes identifiés lors de la cartographie, les approches les plus appropriées et les plus réalisables pour l'intégration ont-elles été identifiées ?		
	Existe-t-il un plan pour tester/piloter l'administration intégrée du vaccin contre la COVID-19 avec ces services ?		
	Les flux de patients ont-ils été définis et mis à jour, et cela a-t-il été correctement communiqué aux travailleurs sur les sites d'administration ? (Prendre en compte les temps d'attente des patients et la possibilité de rejoindre plusieurs files d'attente.)		
	Les rôles et les responsabilités de tous les travailleurs sur les sites de service ont-ils été précisés et compris par ces travailleurs ?		

Élément de base du système de santé	Action	Oui/Non	Si non, préciser l'action/l'investissement requis
	La disponibilité de l'infrastructure sur les sites de service a-t-elle été évaluée et un plan a-t-il été créé pour les mises à niveau nécessaires ?		
Personnel de santé	Une cartographie de la capacité des ressources humaines a-t-elle été réalisée pour tenir compte de l'adoption de la vaccination contre la COVID-19 dans le PNV et les SSP ? Si ce n'est pas le cas, est-il prévu d'embaucher des ressources humaines supplémentaires ou de redéployer du personnel des activités dédiées à la COVID-19 vers le service ciblé pour l'intégration ? (Tenir compte du financement disponible et de la nécessité de la sensibilisation.)		
	Un plan de renforcement des capacités et de formation a-t-il été élaboré pour les travailleurs nouvellement impliqués dans la vaccination contre la COVID-19 ou dont le rôle sera affecté par l'intégration ?		
	Existe-t-il des plans pour organiser des séances de microplanification intégrées pour les vaccins contre la COVID-19 dans le cadre du PNV, des soins de santé primaires et de tout autre service de santé pertinent ?		
	Si les ASC joueront un rôle essentiel dans la vaccination contre la COVID-19, des considérations (y compris les besoins de formation) pour intégrer les fonctions liées à la COVID-19 dans l'ensemble de services des ASC ont-elles été définies ?		
	Existe-t-il des structures existantes pour la supervision de soutien qui pourraient être étendues à la COVID-19 ? Si ce n'est pas le cas, existe-t-il un plan pour mettre en œuvre une supervision coopérative ?		
Systèmes d'information sanitaire	Les SIGS préexistants peuvent-ils être mis à jour pour identifier et enregistrer la vaccination des groupes à risque élevé ? OU les plates-formes de données déployées pour la COVID-19 peuvent-elles être étendues pour couvrir la création de rapports pour le service intégré ?		
	La surveillance de la maladie menée pour la COVID-19 sera-t-elle alignée et mise à profit pour renforcer la surveillance des MEV ?		
	La manière dont la COVID-19 sera incluse dans le système de surveillance des MAPI ou la manière dont la COVID-19 pourrait être utilisée comme une occasion de renforcer ce système ont-elles été définies ?		

Élément de base du système de santé	Action	Oui/Non	Si non, préciser l'action/l'investissement requis
	Existe-t-il des plans de formation aux niveaux national et infranational pour s'assurer que les travailleurs peuvent assumer des responsabilités modifiées en matière de déclaration via le SIGS et/ou de surveillance des maladies et des MAPI ?		
Accès aux médicaments essentiels (y compris les vaccins de qualité)	Un exercice conjoint de planification des approvisionnements et de prévision complète de la vaccination systématique et contre la COVID-19 a-t-il été réalisé en fonction des données sur la gestion des stocks et des données d'inventaire ?		
	Les ressources et les capacités supplémentaires nécessaires au stockage, à la chaîne du froid et à la distribution des vaccins contre la COVID-19 ont-elles été estimées ?		
	Les PON logistiques ont-elles été adaptées pour inclure les vaccins contre la COVID-19 ?		
	La possibilité de regrouper l'approvisionnement en vaccins contre la COVID-19 avec d'autres fournitures essentielles des SSP a-t-elle été explorée ? (À envisager tout particulièrement dans le contexte de l'accès jusqu'au dernier kilomètre.)		
	Pour tous les congélateurs à ultra-basse température à température double (ULT-Fs) déployés au niveau infranational ⁸ dans les pays de petite et moyenne taille, est-il prévu de les entretenir et de les utiliser comme congélateurs standard (p. ex. -20°C à -40°C) dans le programme PEV ? Pour tout ULT-Fs supplémentaire, un équipement à double température (par exemple, fonctionnant à -86°C et entre -20°C et -40°C) a-t-il été envisagé pour une intégration future dans le programme PEV ?		
	Les possibilités d'intégrer des plates-formes numériques (par exemple, eSIGL, tableaux de bord analytiques, systèmes de gestion d'entrepôt) couvrant la COVID-19 et des produits de base sur les sites de services intégrés ont-elles été identifiées ?		
Des plans de maintenance préventive et correctrice, y compris la formation du personnel, ont-ils été établis pour l'équipement de la chaîne du froid ?			

⁸ Avec la nouvelle formule de stockage Tris, le stockage à des températures ultra-basses doit principalement être concentré au niveau central, compte tenu de l'amélioration du profil de thermostabilité.

Élément de base du système de santé	Action	Oui/Non	Si non, préciser l'action/l'investissement requis
	Un solide plan de gestion intégrée des déchets, un mécanisme de gouvernance, un suivi des pertes et une logistique inverse (pour la redistribution) sont-ils en place pour minimiser les pertes ?		
Suivi et évaluation	Existe-t-il une stratégie pour saisir et adopter les enseignements tirés de l'intégration de la vaccination contre la COVID-19, y compris les impacts sur la couverture et l'équité des vaccins contre la COVID-19, des vaccinations essentielles et des services de SSP ?		
	Un plan de suivi et d'évaluation de l'intégration et la responsabilité de la mise en œuvre de ce plan ont-ils été définis ?		
	Les PON relatives aux visites de surveillance et de supervision ont-elles été révisées pour inclure la vaccination contre la COVID-19 ?		

MAPI : manifestations post-vaccinales indésirables ; ASC : agents de santé communautaires ; COVID-19 : maladies à coronavirus 2019 ; SIGL : système électronique d'information sur la gestion logistique ; PEV : programme élargi de vaccination ; SIGS : systèmes d'information pour la gestion sanitaire ; RH : ressources humaines ; NDVP : plan national de déploiement et de vaccination contre la COVID-19 ; PNV : programme national de vaccination ; SNV : stratégie nationale de vaccination ; SSP : soins de santé primaires ; PON : procédures opérationnelles normalisées ; OMS : Organisation mondiale de la Santé.

Références

1. Forum mondial sur la recherche et l'innovation en matière d'urgence de santé publique de portée internationale (PHEIC) causée par la COVID-19. Geneva : Organisation mondiale de la Santé ; 12 février 2020 ([https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum), consulté le 26 juillet 2022).
2. Tableau de bord de l'OMS sur le coronavirus (COVID-19). Dans : OMS [site Web]. Geneva : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://covid19.who.int/>, consulté le 26 juillet 2022).
3. Préparation stratégique, état de préparation et plan d'intervention pour mettre fin à l'urgence mondiale de COVID-19 en 2022. Geneva : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-SPP-2022.1>, consulté le 26 juillet 2022).
4. Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: Novembre-décembre 2021 : rapport intermédiaire, 7 février 2022. Geneva : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/351527>, consulté le 26 juillet 2022).
5. Progrès accomplis et difficultés rencontrées dans la réalisation de la couverture vaccinale universelle : Estimations 2021 de la couverture vaccinale nationale de l'OMS/UNICEF (WUENIC). Geneva : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://www.who.int/publications/m/item/progress-and-challenges>, consulté le 26 juillet 2022).
6. Faits saillants de la réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination, 4-7 avril 2022. Dans : OMS [site Web]. Geneva : Organisation mondiale de la Santé (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/sage/sage-pages/sage_april2022meetinghighlights_11apr2022_final.pdf?sfvrsn=c2bd9f68_1, consulté le 26 juillet 2022).
7. Immunization Agenda 2030: a global strategy to leave no one behind. Geneva : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.immunizationagenda2030.org/>, consulté le 26 juillet 2022).
8. Vaccins contre la grippe : Note de synthèse de l'OMS – Mai 2022. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2022;97 [version complète] (<https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9719-185-208>, consulté le 26 juillet 2022).
9. Travailler ensemble : un guide de ressources pour l'intégration des services de vaccination tout au long de la vie. Geneva : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/276546>, consulté le 5 mars 2022).
10. Cadre opérationnel des soins de santé primaires : transformer la vision en action. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations unies pour l'Enfance ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337641/9789240017832-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 26 juillet 2022).
11. Guide de planification pour réduire les opportunités manquées de vaccination. Geneva : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241512947>, consulté le 26 juillet 2022).
12. Rôle du réseau de lutte contre la polio dans l'administration des vaccins contre la COVID-19 et la vaccination essentielle : leçons apprises pour réussir la transition. Geneva : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/355292/9789240050204-eng.pdf?sequence=1>, consulté le 26 juillet 2022).
13. Des services de vaccination de qualité : guide de planification. Geneva : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/354403/9789240048775-eng.pdf?sequence=1>, consulté le 26 juillet 2022).
14. Déclaration provisoire sur l'utilisation de doses de rappel supplémentaires de vaccins à ARNm figurant sur la liste d'urgence contre la COVID-19. Dans : OMS/Nouvelles [site Web]. Geneva : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://www.who.int/news/item/17-05-2022-interim-statement-on-the-use-of-additional-booster-doses-of-emergency-use-listed-mrna-vaccines-against-covid-19>, consulté le 26 juillet 2022).
15. Feuille de route du SAGE de l'OMS pour la hiérarchisation des utilisations des vaccins contre la COVID-19. Geneva : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Vaccines-SAGE-Prioritization-2022.1>, consulté le 26 juillet 2022).
16. Fournir des services de santé de qualité : un impératif mondial pour une couverture de santé universelle. Geneva : Organisation mondiale de la Santé, OCDE et Banque internationale pour la reconstruction et le

- développement/Banque mondiale ; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465>, consulté le 26 juillet 2022).
17. Guide d'évaluation post-introduction du vaccin contre la COVID-19 (cPIE) : guide provisoire, 25 août 2021. Geneva : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/344721>, consulté le 26 juillet 2022).
18. Nouvel outil d'évaluation post-introduction du vaccin (PIE). Geneva : Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70436>, consulté le 26 juillet 2022).
19. Juin 2022 : tour d'horizon des nouvelles des partenaires. Dans : Coalition pour l'efficacité des campagnes de santé/nouvelles et mises à jour [site Web]. Decatur (GA) : Groupe de travail pour la santé mondiale ; 2022 (<https://campaigneffectiveness.org/june-2022-partner-news-round-up/>, consulté le 26 juillet 2022).
20. Intégrer le dépistage précoce des MNT et la vaccination conseillée contre la COVID-19 au Cambodge. Dans : CHAI/Blog [site Web]. Boston (MA) : Clinton Health Access Initiative ; 2021 (<https://www.clintonhealthaccess.org/integrating-early-non-communicable-disease-screening-and-counseling-with-covid-19-vaccinations-in-cambodia/>, consulté le 26 juillet 2022).
21. Étude de cas exploratoire du REV et des eMILS en Inde sur l'utilisation de solutions numériques dans le cadre de la pandémie de COVID-19. Tech Monitor. 2021;38(4):29–32 (https://apctt.org/sites/default/files/2022-02/Tech_Monitor_Oct-Dec_2021.pdf, consulté le 26 juillet 2022).