Estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale – Révision 2025

(version publiée le 15 juillet 2026)

Les estimations de l'OMS et de l'UNICEF de la couverture vaccinale nationale visent à décrire les résultats des programmes de vaccination systématique des enfants. Ces estimations reposent sur les données et informations dont disposaient l'OMS et l'UNICEF au 21 juin 2026.

Ces données sont disponibles sur les sites Web de l'OMS (https://immunizationdata.who.int/) et de l'UNICEF (https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization/).

Les profils interactifs des pays sont disponibles ici : https://worldhealthorg.shinyapps.io/wuenic-trends.

Une explication sur la manière d'interpréter les profils des pays est également disponible : https://www.who.int/publications/m/item/guide-how-to-read-a-country.

D'autres analyses par pays et par région sont disponibles ici : https://data.unicef.org/resources/immunization/

MÉTHODOLOGIE

Chaque année, l'OMS et l'UNICEF examinent conjointement les rapports soumis par les États membres aux deux organisations (principalement au moyen du Joint Reporting Form on Immunization (eJRF) pour la collecte de données annuelle sur la couverture vaccinale nationale, des rapports d'enquête définitifs ainsi que des données issues de la littérature publiée et de la documentation parallèle). Sur la base de ces données, en tenant dûment compte des biais potentiels et des avis des experts locaux, l'OMS et l'UNICEF s'efforcent de distinguer les situations dans lesquelles les données empiriques disponibles reflètent fidèlement les performances du système de vaccination de celles où les données sont susceptibles d'être faussées et de donner une image trompeuse de la couverture vaccinale, tout en estimant conjointement les niveaux de couverture les plus probables pour chaque pays et pour chaque année depuis 1980.

Les estimations de l'OMS et de l'UNICEF sont spécifiques à chaque pays ; en d'autres termes, les données de chaque pays sont examinées individuellement, et aucune donnée n'est empruntée à d'autres pays en l'absence de données. Les estimations ne reposent pas sur des ajustements *ponctuels* apportés aux données déclarées ; dans certains cas, les données empiriques proviennent d'une seule source, généralement

les données relatives à la couverture communiquées au niveau national. Lorsqu'aucune donnée n'est disponible pour une combinaison donnée « pays/vaccin/année », il convient de prendre en compte les données des années précédentes et suivantes, avant de procéder à une interpolation (ou à une extrapolation) afin d'estimer la couverture vaccinale pour l'année ou les années manquantes. Lorsque les sources de données sont hétérogènes et présentent de fortes variations, il est important d'identifier l'estimation la plus plausible en tenant compte des biais éventuels présents dans les données disponibles.

Le taux de réponse des pays reste élevé : sur les 195 rapports attendus des États membres de l'OMS et de l'UNICEF, 188 ont été reçus ; 185 d'entre eux contiennent des données sur la couverture (représentant 95 % de la cohorte mondiale des naissances), au 21 juin 2026. Pour les pays qui n'ont pas communiqué de données au 21 juin 2026, les estimations pour 2025 résultent d'une extrapolation à partir des données de couverture de l'année précédente.

Les estimations de l'OMS et de l'UNICEF portent sur les 15 combinaisons de doses de vaccins suivantes : BCG, les première et troisième doses du vaccin contenant les antigènes de la diphtérie, de l'anatoxine tétanique et de la coqueluche (DTC1 et DTC3), les première et deuxième ou troisième doses (selon le nombre de doses recommandé dans le calendrier national) du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI1 et VPIC), les première et deuxième doses du vaccin contre la rougeole (VAR1 et VAR2), la première dose du vaccin contre la rubéole (RCV1), la troisième dose du vaccin contre l'hépatite B (HepB3), la dose de naissance du vaccin contre l'hépatite B (HepBB), la troisième dose du vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* type b (Hib3), la deuxième ou la troisième dose (selon le nombre de doses recommandé dans le calendrier national) du vaccin conjugué contre le pneumocoque (VPCC), la deuxième ou la troisième dose du vaccin contre le rotavirus, selon le nombre de doses recommandé dans le calendrier national (RotaC), le vaccin contre la fièvre jaune pour les pays à risque où la vaccination est recommandée (YFV) et le vaccin conjugué contre le méningocoque A (MengA) pour les pays situés dans la ceinture de la méningite en Afrique subsaharienne où le vaccin est recommandé.

Les estimations sont établies à partir des données empiriques disponibles pour la première année, à l'exception du VPI1, pour lequel les estimations ont débuté en 2015, et du VPIC, pour lequel elles ont débuté en 2021.
Une explication détaillée des méthodes d'estimation est fournie dans les quatre publications suivantes :

Burton A, Monasch R, Lautenbach B, Gacic-Dobo M, Neill M, Karimov R, Wolfson L, Jones G, Birmingham M. WHO and UNICEF estimates of national infant immunization coverage: methods and processes. Bull World Health Organ. 2009;87(7):535-41.

Burton A, Kowalski R, Gacic-Dobo M, Karimov R, Brown D. A Formal Representation of the WHO and UNICEF Estimates of National Immunization Coverage: A Computational Logic Approach. PLoS ONE 2012;7(10): e47806. doi:10.1371/journal.pone.0047806

Brown D, Burton A, Gacic-Dobo M, Karimov R An Introduction to the Grade of Confidence in the WHO and UNICEF Estimates of National Immunization Coverage The Open Public Health Journal, 2013, 6, 73-76

Danovaro-Holliday MC, Gacic-Dobo M, Diallo MS, Murphy P, Brown DW. Compliance of WHO and UNICEF estimates of national immunization coverage (WUENIC) with Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting (GATHER) criteria. Gates Open Res. 2021;5:77. doi: 10.12688/gatesopenres.13258.1. eCollection 2021

Estimations de la couverture à l'échelle mondiale, régionale et pour d'autres groupes de pays

Les estimations agrégées à l'échelle mondiale, régionale et pour d'autres groupes de pays sont des estimations WUENIC pondérées, fondées sur les estimations de population fournies par la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies (UNPD) :

- BCG et HepBB : Naissances vivantes
- VAR2 : Nombre estimé d'enfants âgés de 2 ans lorsque la dose est recommandée au cours de la deuxième année de vie, ou sur la base du dénominateur estimé correspondant à l'âge minimum auquel le VAR2 est recommandé (par exemple, si la vaccination est recommandée entre 4 et 6 ans, la population estimée d'enfants âgés de 4 ans est utilisée pour pondérer la contribution de ce pays à la couverture du VAR2)
- Tous les autres antigènes : Les nourrissons en vie, à l'exception de ceux ayant reçu le vaccin MengA dans les pays où la dose est administrée au cours de la deuxième année de vie.

Les séries chronologiques d'estimations démographiques sont publiées tous les deux ans par l'UNPD dans le cadre des Perspectives démographiques mondiales (WPP), leur publication ayant généralement lieu en juin ou juillet. La version actuelle des estimations WUENIC utilise la révision WPP 2024.

Tous les pays sont inclus dans les calculs mondiaux et régionaux. Les pays pour lesquels aucune estimation WUENIC n'est disponible (généralement parce que le vaccin n'a pas encore été introduit ou que la collecte de données n'a pas encore commencé) sont pris en compte dans le calcul en leur attribuant une valeur nulle pour l'estimation. Il existe trois exceptions à cette règle :

- BCG : Comprend les pays qui recommandent systématiquement le BCG au cours de la première année de vie (généralement à la naissance)

- Fièvre jaune (YFV) : Comprend les pays figurant sur la liste des pays à risque de fièvre jaune pour l'année civile en question. La liste est mise à jour chaque année et est disponible ici : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272408/9789241513661-eng.pdf?ua=
- Vaccin conjugué contre le méningocoque A (MengA) : Comprend 26 pays situés dans la ceinture de la méningite d'Afrique subsaharienne. Cette liste est disponible ici : https://www.who.int/publications/i/item/9789241516860

Calcul du nombre d'enfants non vaccinés ou sous-vaccinés

Les estimations du nombre d'enfants non vaccinés ou sous-vaccinés fournissent une approximation à l'échelle régionale et mondiale permettant d'attirer l'attention sur les pays comptant un grand nombre d'enfants non protégés, y compris ceux qui affichent une couverture vaccinale élevée et des cohortes de naissance importantes.

Le nombre de nourrissons non vaccinés ou sous-vaccinés est estimé par pays, par région et à l'échelle mondiale en appliquant la couverture WUENIC à la population cible, sur la base de la dernière version disponible des estimations démographiques de l'Organisation des Nations Unies.

L'expression « enfants zéro dose » désigne les enfants qui n'ont reçu aucune dose de vaccin contenant le DTC, conformément au Cadre de suivi et d'évaluation de l'IA2030[1]

Par exemple, le calcul de la prévalence des enfants zéro dose s'effectue comme suit :

- 100 - estimations WUENIC pour le DTC1 = prévalence des enfants zéro dose

Ce résultat est ensuite appliqué à la population cible afin de déterminer le nombre d'enfants zéro dose :

- (Prévalence des enfants zéro dose / 100) × estimations de l'ONU du nombre de nourrissons survivants = nombre d'enfants zéro dose

Le nombre d'enfants zéro dose est arrondi au millier près.

Mise en garde : Les estimations ne tiennent pas compte a posteriori des doses de rattrapage ; par conséquent, la couverture vaccinale des cohortes pourrait être sous-estimée, ce qui signifie que le nombre d'enfants non vaccinés ou sous-vaccinés pour les années antérieures à 2025 pourrait avoir diminué. À titre exceptionnel, les estimations ont été révisées pour la République populaire démocratique de Corée. Le pays a pu recenser les cohortes de naissances qui n'avaient pas été vaccinées en raison de pénuries de vaccins ; dès que les vaccins ont été livrés, il a procédé à la vaccination de ces cohortes et a mis à jour les données officielles communiquées. En 2025, outre les données relatives à 2024, le pays a fourni des données révisées pour 2023, 2022 et 2021. Les estimations reposent donc sur les données déclarées, qui incluent exceptionnellement les vaccinations tardives.

[1] https://www.immunizationagenda2030.org/images/documents/IA2030_Annex_FrameworkForActionv04.pdf

Avertissement

L'Organisation mondiale de la Santé et le Fonds d'urgence international des Nations unies pour les enfants ont pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans les estimations WUENIC. Toutefois, celles-ci sont fournies sans aucune garantie, expresse comme implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ou le Fonds d'urgence international des Nations unies pour les enfants ne sauraient être tenus responsables des dommages résultant de son utilisation.

Les valeurs estimées de couverture vaccinale doivent être interprétées à la lumière du texte descriptif qui accompagne chaque point de données.

VACCINS AJOUTÉS, MODIFIÉS OU SUPPRIMÉS DU CYCLE DE PRODUCTION DES ESTIMATIONS

Le nombre de combinaisons de doses de vaccins ajoutées, modifiées ou supprimées depuis la première publication des estimations de l'OMS et de l'UNICEF de la couverture vaccinale nationale est présenté ci-dessous ; des précisions sont fournies dans les sections suivantes.

Tableau récapitulatif de l'évolution de la combinaison de doses de vaccins pour laquelle l'OMS et l'UNICEF publient des estimations

1999	2005	2010	2014	2016	2017	2023	2025
BCG	BCG	BCG	BCG	BCG	BCG	BCG	BCG
DTC3	DTC3	DTC3	DTC3	DTC3	DTC3	DTC3	DTC3
POLIO3	POLIO3	POLIO3	POLIO3	POLIO3	POLIO3	POLIO3	~~POLIO3~~
VAR1	VAR1	VAR1	VAR1	VAR1	VAR1	VAR1	VAR1
HEPB3	HEPB3	HEPB3	HEPB3	HEPB3	HEPB3	HEPB3	HEPB3
	DTC1	DTC1	DTC1	DTC1	DTC1	DTC1	DTC1
	HIB3	HIB3	HIB3	HIB3	HIB3	HIB3	HIB3
		VPC3	VPC3	VPC3	VPC3	VPC3	VPC (DERNIÈRE DOSE)
		ROTA (DERNIÈRE DOSE)	ROTA (DERNIÈRE DOSE)	ROTA (DERNIÈRE DOSE)	ROTA (DERNIÈRE DOSE)	ROTA (DERNIÈRE DOSE)	ROTA (DERNIÈRE DOSE)
		Fièvre jaune	Fièvre jaune	Fièvre jaune	Fièvre jaune	Fièvre jaune	Fièvre jaune
			VAR2	VAR2	VAR2	VAR2	VAR2
			HEPBB	HEPBB	HEPBB	HEPBB	HEPBB
				RCV	RCV	RCV	RCV
					VPI1	VPI1	VPI1

						VPI2 MENG-A	VPI (DERNIÈRE DOSE) MENG-A
(5)	(7)	(10)	(12)	(13)	(14)	(16)	(15)

EN 2026, DANS LE CADRE DE LA RÉVISION DES ESTIMATIONS WUENIC 2025, LES INDICATEURS POL3 ET VPI2 ONT ÉTÉ SUPPRIMÉS ET REMPLACÉS PAR L'INDICATEUR VPIC (2E OU 3E DOSE DE LA SÉRIE DE VACCINATION DE BASE, SELON LE CALENDRIER DE VACCINATION) POUR TOUS LES PAYS. LE VPC3 A ÉTÉ REMPLACÉ PAR LE VPCC (2E OU 3E DOSE SELON LE CALENDRIER DE VACCINATION)

Deuxième dose de vaccin antirougeoleux

Depuis la révision de 2013 (achevée en juillet 2014), l'OMS et l'UNICEF établissent des estimations de la couverture vaccinale pour la **deuxième dose de vaccin antirougeoleux** (VAR2) à partir de l'année 2000 pour les pays où une deuxième dose est recommandée dans le calendrier national de vaccination à titre universel et où des données empiriques sont disponibles pour au moins une année depuis l'introduction de cette dose dans le calendrier. Dans la révision de 2025, des estimations du VAR2 sont établies pour 193 États membres de l'OMS et de l'UNICEF.

Les estimations de la couverture vaccinale pour le VAR2 sont établies pour la cohorte d'âge concernée, conformément au calendrier de vaccination recommandé dans le programme national de vaccination de chaque pays. Des estimations de la couverture vaccinale à l'échelle mondiale et régionale sont établies en fonction de l'âge recommandé au niveau national. Sur les 193 pays pour lesquels des estimations relatives au VAR2 sont disponibles, 136 administrent cette dose au cours de la deuxième année de vie. Dans la mesure où toutes les enquêtes auprès des ménages représentatives au niveau national n'incluent pas les enfants âgés de 24 à 35 mois (la cohorte la plus appropriée pour mesurer la couverture vaccinale du VAR2), les estimations de cette couverture s'appuient souvent sur les données de couverture communiquées au niveau national.

Dose de naissance du vaccin anti-hépatite B

Depuis la révision de 2013 (achevée en juillet 2014), l'OMS et l'UNICEF établissent des estimations de la couverture vaccinale pour **la dose de naissance du vaccin anti-hépatite B** à partir de l'année 2000, pour les pays où cette dose est recommandée dans le calendrier national de vaccination à titre universel et où des données empiriques sont disponibles pour au moins une année depuis son introduction dans le calendrier.

Les estimations relatives à la dose de naissance du vaccin anti-hépatite B (HepBB) portent sur les doses administrées dans les 24 heures suivant la naissance. L'OMS et l'UNICEF ont commencé à distinguer, à partir de l'année de référence 2016, la

couverture déclarée pour les doses administrées dans les 24 heures qui suivent la naissance et celle déclarée pour le nombre total de doses de vaccin contre l'hépatite B administrées à la naissance (doses administrées dans les 24 heures suivant la naissance et au-delà). L'hypothèse retenue est que les pays qui étaient en mesure, en 2016, de distinguer les doses administrées à la naissance des doses administrées plus tardivement l'étaient déjà avant cette année de référence. À l'heure actuelle, les résultats des enquêtes concernant le vaccin HepBB sont rares et, dans de nombreux cas, ces enquêtes ne recueillent pas ou ne reflètent pas de manière pertinente le calendrier précis d'administration du vaccin. Les estimations ne concernent que les pays capables de recenser les doses administrées au cours des 24 premières heures de vie. Les estimations de l'OMS et de l'UNICEF concernant le HepBB pourraient bien être surévaluées, en particulier pour les pays où le taux d'accouchements en milieu hospitalier est faible.

Dans la révision de 2025, des estimations concernant le HepBB sont fournies pour 111 États membres.

Vaccin antipoliomyélitique inactivé

L'OMS et l'UNICEF ont commencé à établir des estimations de la couverture vaccinale par le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) en 2015, conformément à la recommandation de l'Initiative mondiale pour l'éradication mondiale de la poliomyélite visant à introduire au moins une dose complète, ou deux doses fractionnées, de VPI dans les programmes de vaccination systématique avant le retrait mondial du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) de type 2. Le passage, à l'échelle mondiale, du VPO trivalent au VPO bivalent en 2016 a entraîné la suppression du composant de type 2 afin de réduire le risque de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc) et de poliomyélite paralytique associée au vaccin. Le Groupe consultatif stratégique d'experts de l'OMS sur la vaccination (SAGE) a ensuite recommandé au moins deux doses de vaccin VPI (complètes ou fractionnées) pour la période 2018-2019, et depuis 2022, il est recommandé à tous les pays d'inclure au moins deux doses de VPI dans leurs calendriers de vaccination systématique.[2]

À compter de la révision de 2023 (achevée en 2024), l'OMS et l'UNICEF ont introduit des estimations pour le VPI2 pour les pays utilisant à la fois le VPI et le VPO, à compter de 2021, conformément à la recommandation du SAGE de 2020 préconisant une deuxième dose de VPI afin de renforcer la protection contre tous les poliovirus, y compris le poliovirus de type 2 dérivé du vaccin.

[2] Vaccins antipoliomyélitiques : Note de synthèse de l'OMS – Juin 2022 : https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WER9725-277-300 [3] Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2024). *Projections démographiques mondiales 2024, édition en ligne.* https://www.un.org/development/desa/pd/https%3A//www.un.org/development/desa/pd/world-population-prospects-2024

À compter de la révision de 2025 (achevée en 2026), l'OMS et l'UNICEF ont remplacé l'indicateur VPI2 par le VPIC, défini comme la couverture par la deuxième ou la troisième dose d'un vaccin contenant le VPI, selon le calendrier de vaccination primaire recommandé au niveau national. L'indicateur VPIC est calculé pour tous les pays, indépendamment de l'utilisation du VPO, et fournit une mesure harmonisée du taux d'achèvement de la série primaire de vaccination par le VPI. Compte tenu de la diversité croissante des calendriers de vaccination, l'indicateur combiné « Polio3 » a également été supprimé. Pour l'analyse des tendances historiques, le DTC3 peut servir d'indicateur de substitution.

En raison des pénuries mondiales de VPI survenues au cours de la période 2016-2017, plusieurs pays ont mis en place l'administration de doses fractionnées de ce vaccin. Lorsque la couverture pour les deux doses fractionnées était communiquée, l'OMS et l'UNICEF utilisaient généralement la couverture de la deuxième dose fractionnée comme estimation de la couverture du VPI1.

En 2025, six pays ont adopté des calendriers de vaccination incluant le VPI à dosage fractionné : Bangladesh, Cuba, Équateur, Inde, Népal et Sri Lanka. À Cuba, en Équateur et au Népal, où l'intervalle entre les deux doses fractionnées est long, la première dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé correspond à la première dose fractionnée et le VPIC à la seconde. Au Bangladesh, en Inde et au Sri Lanka, où l'intervalle est court, la première dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé correspond à la deuxième dose fractionnée ; en Inde, le VPIC correspond à la troisième dose fractionnée.

Vaccin conjugué antiméningococcique A

Depuis la révision de 2023 (achevée en juillet 2024), l'OMS et l'UNICEF établissent des estimations de la couverture vaccinale pour au moins une dose de **vaccin conjugué antiméningococcique A** (MengA) à partir de 2016 pour les pays où au moins une dose de ce vaccin est recommandée dans le calendrier national de vaccination des nourrissons et qui ont communiqué des données à l'OMS et à l'UNICEF. **L'OMS et l'UNICEF établissent des estimations de la couverture moyenne mondiale et régionale pour les pays situés dans la ceinture de la méningite en Afrique subsaharienne.** Dans la révision de 2025, des estimations de couverture du MengA sont fournies pour 15 des 26 États membres situés dans la ceinture de la méningite.

Vaccin combiné contre la rubéole

Depuis la révision de 2015, l'OMS et l'UNICEF établissent des estimations de la couverture vaccinale pour **le vaccin combiné contre la rubéole** dans les pays où celui-ci est inclus dans le calendrier national de vaccination. Les estimations portent sur l'ensemble de la série chronologique depuis 1980. La méthode utilisée pour estimer la couverture vaccinale du vaccin combiné contre la rubéole est la suivante :

- Si le vaccin combiné contre la rubéole est recommandé au cours de l'année Y et qu'il est administré en même temps que la *première* dose du vaccin antirougeoleux (VAR1), alors l'estimation de la couverture vaccinale du vaccin combiné contre la rubéole pour l'année Y est égale à l'estimation de la couverture vaccinale du VAR1 au cours de l'année Y.
- Si le vaccin combiné contre la rubéole est recommandé au cours de l'année Y et qu'il est administré en même temps que la *deuxième* dose du vaccin antirougeoleux (VAR2), alors l'estimation de la couverture vaccinale du vaccin combiné contre la rubéole pour l'année Y est égale à l'estimation de la couverture vaccinale du VAR2 au cours de l'année Y.
- Lorsqu'un vaccin combiné contre la rubéole est introduit et que la couverture déclarée correspond à une introduction sur une partie de l'année, l'estimation est annualisée pour l'ensemble de la population cible de l'année d'introduction.

Depuis la révision de 2015, des estimations moyennes mondiales et régionales ont été établies pour le vaccin combiné contre la rubéole. Dans la révision de 2025, des estimations ont été établies le RCV1 pour 180 États membres.

Réponse du pays dans le Formulaire commun de notification sur la vaccination, 2026 (données de 2025)

Les données relatives aux performances en matière de prestation des services de vaccination ont été transmises, via le formulaire commun de notification sur la vaccination, avant le 21 juin 2026 par 188 des 195 États membres de l'OMS et de l'UNICEF ; 185 d'entre eux ont fourni des données sur la couverture vaccinale.

Liste des États membres de l'OMS et de l'UNICEF n'ayant pas communiqué de données sur la couverture au 21 juin 2026.

- Argentine
- Antigua-et-Barbuda
- Grenade
- Israël
- Luxembourg*
- Monaco*
- Maroc*
- Singapour
- États-Unis d'Amérique
- Vietnam

* L'eJRF transmis au 21 juin 2026, mais aucune donnée relative à la couverture n'a été fournie

RÉSUMÉ DES VALEURS DES ESTIMATIONS WUENIC POUR LA TROISIÈME DOSE DE DTC

Le tableau ci-dessous présente un résumé des estimations WUENIC relatives au DTC3 pour l'année 2025. Les estimations WUENIC correspondaient au taux de couverture déclaré en 2025 pour les deux tiers des pays (131 pays) et étaient équivalentes au niveau de couverture estimé de l'année précédente, en raison de l'absence de données déclarées pour 10 pays supplémentaires. Les estimations WUENIC étaient inférieures au niveau de couverture déclaré pour 44 pays et supérieures à celui-ci pour 10 pays.

Résumé des valeurs des estimations WUENIC pour la troisième dose de DTC en 2025

WUENIC = couverture déclarée	**131** pays **(67 %)** --- **25** pays pour lesquels des données, fondées sur une enquête réalisée au cours des cinq dernières années (ces données ne corroborent toutefois pas nécessairement l'objectif de couverture fixé pour 2025), ont été communiquées (Bangladesh, Cameroun, Congo, Comores, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Jamaïque, Kirghizistan, Lesotho, Malawi, Malaisie, Niger, Népal, Ouganda, Pakistan, Rwanda, Sénégal, Togo, Tunisie, Vanuatu, Zimbabwe) --- **66** pays pour lesquels aucune enquête n'a été menée depuis 2000 (année de la cohorte) et pour lesquels il n'existe donc aucune donnée autre que celles déclarées sur lesquelles fonder les estimations WUENIC. Bon nombre de ces pays, voire la plupart d'entre eux, sont des pays à revenu élevé ou à revenu intermédiaire de la tranche supérieure.
Estimations WUENIC < Couverture déclarée	44 pays (23 %) ; --- 23 pays présentant un écart de plus de 10 points de pourcentage, --- 11 présentant un écart de ≥ 5 et ≤ 10 points de pourcentage --- 10 présentant un écart de moins de 5 points de pourcentage
Estimations WUENIC > couverture déclarée	10 pays (5 %) ; --- 4 pays présentant un écart de plus de 10 points de pourcentage (Botswana, Guinée-Bissau, îles Marshall, Îles Salomon) --- 4 présentant un écart de ≥ 5 et ≤ 10 points de pourcentage (Fidji, Kenya, Mauritanie, Zambie) --- 2 présentant de légères différences < 5 %
Estimations WUENIC 2025 = estimations WUENIC 2024, car aucune donnée n'a été communiquée sur la couverture vaccinale du DTC3 en 2025	10 pays (5 %) (Argentine, Antigua-et-Barbuda, États-Unis, Grenade, Israël, Luxembourg, Maroc, Monaco, Singapour, Vietnam)

Critères d'inclusion et d'exclusion dans l'enquête

Les rapports d'enquête finaux qui avaient été rendus publics et étaient accessibles, ou ceux qui avaient été transmis par les pays au groupe de travail de l'OMS et de l'UNICEF au plus tard le 21 juin 2026, ont été intégrés dans la révision 2025 des estimations WUENIC, qui a été envoyée aux pays pour examen et commentaires.

En règle générale, les nouvelles enquêtes recensées entre les estimations préliminaires et les estimations définitives ne sont pas prises en compte dans la révision en cours. Cette restriction, qui consiste à inclure les données d'enquête entre les estimations préliminaires et les estimations définitives, a pour objectif de respecter un principe général selon lequel il convient de ne pas apporter de modifications aux données sous-jacentes ou aux décisions du groupe de travail dont les États membres n'ont pas pris connaissance. En cas de réponse d'un pays à la version préliminaire des estimations WUENIC en fournissant des informations sur les résultats d'une enquête à prendre en compte, ces résultats étaient alors intégrés au rapport final à condition

que le rapport d'enquête comprenne une description de la méthodologie en plus des estimations relatives à la couverture de l'enquête.

Comme par le passé, seules les enquêtes accompagnées d'un rapport final sont prises en compte. Les expériences passées, au cours desquelles les résultats des enquêtes de couverture ont évolué entre les rapports préliminaires et définitifs, soulignent l'importance de cette restriction. De plus, les résultats préliminaires des enquêtes présentent souvent des estimations de couverture vaccinale fondées à la fois sur les souvenirs des personnes interrogées et sur des données documentées, et non uniquement sur ces dernières, ce qui rend impossible l'ajustement des biais de mémoire pour les antigènes à doses multiples. Lorsque les résultats préliminaires d'une enquête sont disponibles, ils sont mentionnés dans le texte explicatif situé à droite dans les rapports par pays.

Pays pour lesquels de nouvelles enquêtes ont été intégrées dans la révision 2025 des estimations WUENIC :

18 nouvelles enquêtes finalisées (concernant 16 pays) ont été reçues (dont 10 ont été utilisées, pour 10 pays) [8 n'ont pas été utilisées pour diverses raisons indiquées dans le texte du profil de chaque pays], dont un rapport EDS et deux rapports EGIM.

Enquête démographique et de santé (EDS)

1 : Tadjikistan 2023

La révision de 2024 s'est exceptionnellement appuyée sur sept rapports sur les indicateurs clés de l'EDS, car les rapports complets n'étaient pas disponibles et il semblait peu probable que le rapport final soit publié. À l'occasion de la révision de 2025, les rapports complets de six de ces sept enquêtes ont été mis à disposition. Ces rapports comprenaient les résultats relatifs à deux cohortes d'âge et ont permis d'ajuster les estimations de la couverture vaccinale par doses multiples en tenant compte du biais de mémoire (Angola 2023-2024, RDC 2023-2024, Malawi 2023-2024, Mali 2023, Nigeria 2023-2024 et Zambie 2024).

Enquête en grappes à indicateurs multiples (EGIM)

2 : Kazakhstan 2024, Népal 2024-2025

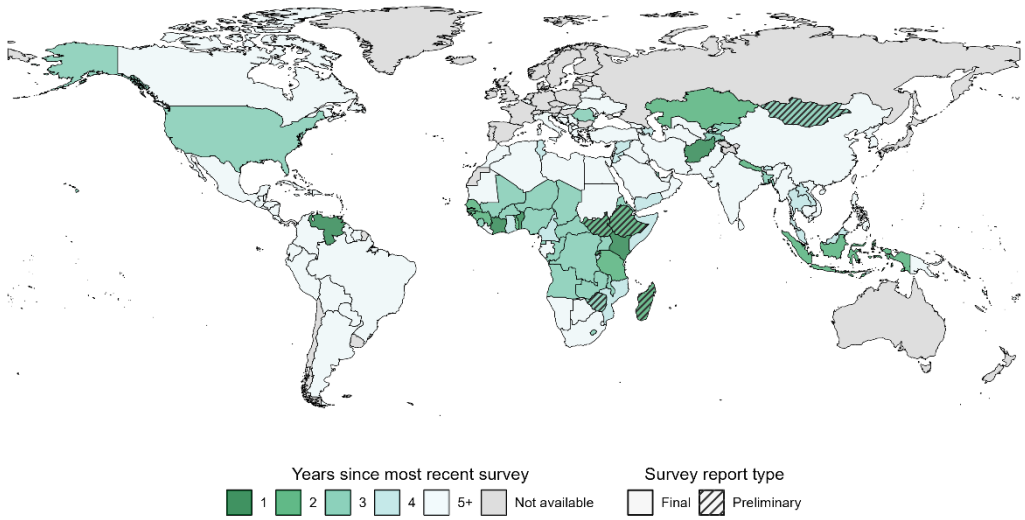
Autres enquêtes sur la couverture, y compris la couverture vaccinale (utilisées)

7 : Afghanistan 2025, Côte d'Ivoire 2025, États-Unis 2022-2024, Ghana 2025, Guinée-Bissau 2025, Kenya 2025 (sondage de couverture post-campagne) et Togo 2024

Autres enquêtes sur la couverture, y compris la couverture vaccinale (non utilisées, raisons documentées)

8 : Bénin 2024, Bénin 2025, Gambie 2025 (sondage de couverture post-campagne), Guinée-Bissau 2023, Indonésie 2025, Libéria 2025 (sondage de couverture post-campagne), Pérou 2025, Venezuela 2025

Figure 1. Nombre d'années écoulées depuis la dernière enquête comportant des estimations de couverture vaccinale



Years since most recent survey	Nombre d'années écoulées depuis la dernière enquête
1	1
2	2
3	3
4	4
5+	5+
Not available	Non disponible
Survey report type	Type de rapport d'enquête
Final	Définitif
Preliminary	Préliminaire
Source: WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage, 2025 revision	Source : Estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale, révision 2025
Notes: Calculated based on number of years between 12-23m survey cohort year and 2025. Surveys without standard age cohorts not included. Preliminary results do not directly inform the WUENIC estimates, but are noted in the comments.	Remarques : Chiffre calculé en fonction du nombre d'années écoulées entre l'année de l'enquête portant sur la cohorte des 12-23 mois et 2025. Les enquêtes ne comportant pas de cohortes d'âge standardisées ne sont pas prises en compte. Les résultats préliminaires ne sont pas directement pris en compte dans les estimations WUENIC, mais sont mentionnés dans les commentaires.
This map is stylized and based on an approximate scale. It does not reflect a position by UNICEF on the legal status of any country or territory or the delimitation of any frontiers.	Cette carte est stylisée et représentée à une échelle approximative. Ce texte ne reflète pas la position de l'UNICEF concernant le statut juridique d'un pays ou d'un territoire quelconque ni la délimitation de frontières.

Autres sources de données :

Les données démographiques estimées fournies par la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies[3] constituent l'une des sources d'information utilisées dans le cadre de l'examen des données nationales et lorsque le groupe de travail évalue le degré d'incertitude des estimations de l'OMS et de l'UNICEF. La révision 2025 des estimations WUENIC (publiée en juillet 2026) s'est appuyée sur la *révision 2024 des* ***Projections démographiques mondiales*** de la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies pour estimer le niveau de confiance (GoC) de chaque estimation WUENIC et pour calculer les taux de couverture vaccinale aux niveaux régional et mondial.

Les Projections démographiques mondiales 2024 ont été publiées le 11 juillet 2024 et ont remplacé la version révisée de 2022. Les Projections démographiques mondiales 2024 prennent en compte l'ensemble des données démographiques disponibles au moment de la révision, en s'appuyant sur les données issues de 1 910 recensements, soit 79 de plus que dans la révision de 2022, ainsi que des informations sur les naissances et les décès issues des registres d'état civil et des systèmes de statistiques démographiques de 169 pays, et des indicateurs démographiques issus de 3 189 enquêtes. Des données démographiques issues de recensements ou de registres portant sur l'année 2019 ou une année ultérieure étaient disponibles pour 114 pays et territoires, soit 48 % des 237 pays et territoires pris en compte dans cette analyse (et 54 % de la population mondiale). Pour 100 pays et territoires, le dernier recensement disponible concernait la période 2009-2018. Pour les 23 pays et territoires restants, les données de recensement les plus récentes disponibles dataient d'avant 2009, soit de plus de 15 ans. Les systèmes d'état civil et de statistiques démographiques constituent la source d'information privilégiée pour établir des statistiques sur les niveaux et les tendances de la fécondité et de la mortalité d'une population, ainsi que pour estimer l'évolution de la taille de cette population et de sa répartition par âge et par sexe entre deux recensements. Des données sur les naissances et les décès issues des systèmes d'état civil et de statistiques démographiques étaient disponibles pour 169 pays. Par ailleurs, les indicateurs démographiques tirés de 3 189 enquêtes (soit 423 de plus que lors de la révision de 2022) ont été pris en compte dans la présente évaluation. Parmi les 236 pays et territoires comptant au moins 1 000 habitants en 2023, tous sauf 40 disposaient de données sur la fécondité recueillies en 2019 ou après. Pour l'année 2023, 35 pays et territoires disposaient de données sur la fécondité totale et la fécondité par tranche d'âge, tandis que 6 autres pays disposaient de données sur le

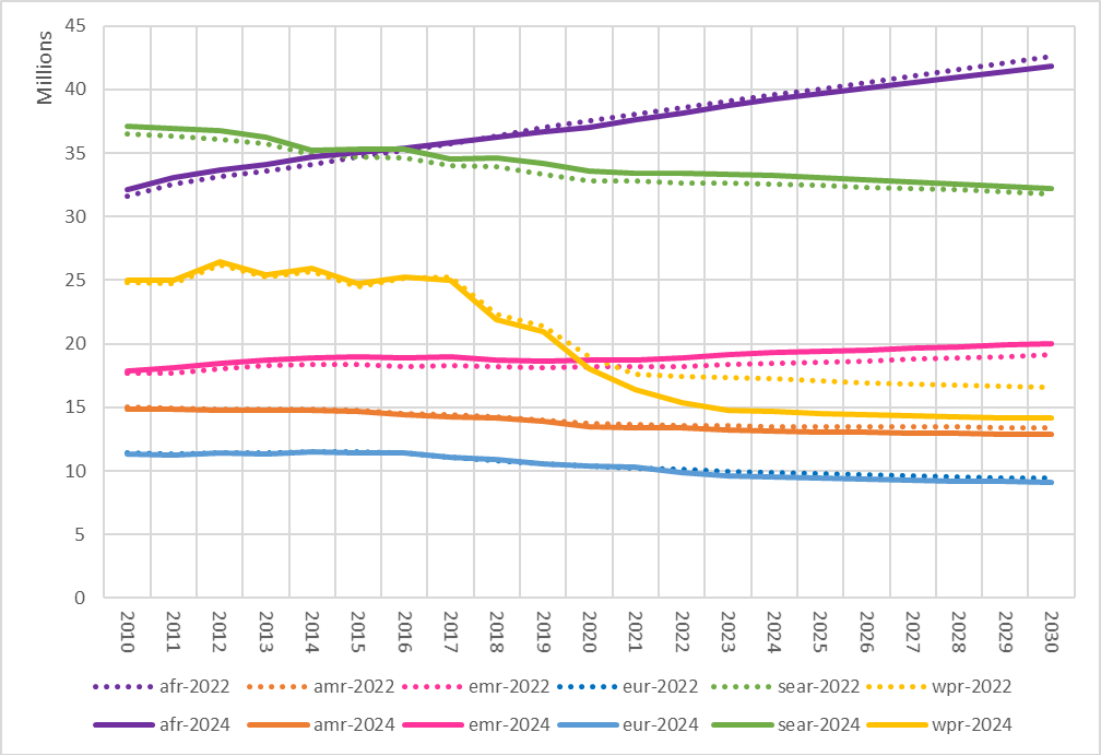
[3] Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population (2024). *Projections démographiques mondiales 2024, édition en ligne.* https://www.un.org/development/desa/pd/https%3A//www.un.org/development/desa/pd/world-population-prospects-2024

nombre de naissances. De plus amples informations sont disponibles ici : https://population.un.org/wpp/

En décembre 2025, l'UNPD a publié une mise à jour provisoire des données démographiques spécifiques au Togo uniquement. L'UNPD a confirmé que cette mise à jour n'avait aucune incidence sur les estimations concernant les autres pays. Le rapport intermédiaire ne comprenait pas d'estimations actualisées concernant les naissances vivantes ou les nourrissons survivants.

Comme pour la plupart des révisions, les estimations concernant les naissances vivantes et les nourrissons survivants ont évolué par rapport aux années précédentes, et les projections pour les années à venir ont également été mises à jour. Une augmentation plus importante que prévue du nombre de nourrissons survivants a été observée dans la région de la Méditerranée orientale de l'OMS (Figure 2). Les modifications apportées aux estimations des populations cibles n'ont eu aucun effet sur la couverture mondiale du DTC3 par rapport à celle qui aurait été calculée à partir des données de la révision de 2022 ; ces modifications entraînent une baisse d'un point de pourcentage de la couverture moyenne régionale du DTC3 pour la région de la Méditerranée orientale.

Figure 2. Nombre estimé de nourrissons survivants vie par région de l'OMS, révisions de 2022 et 2024, 2010-2030



Millions	Millions
Afr-2022	Afr-2022
Amr-2022	Amr-2022
Emr-202	Emr-202
Eur-2022	Eur-2022
Sear-2022	Sear-2022
Wpr-2022	Wpr-2022

Communications directes avec les équipes nationales entre la version préliminaire des estimations WUENIC et la version définitive

L'OMS et l'UNICEF encouragent les pays à examiner les rapports nationaux communiqués à l'issue de la rédaction des projets et à formuler leurs commentaires. Au cours des dernières années, des consultations régionales ou sous-régionales ont été organisées en mai/juin afin d'examiner les données et les estimations relatives à certains pays. Au cours du cycle de révision de 2025, l'OMS et l'UNICEF ont organisé une consultation par téléconférence avec les équipes de pays d'Haïti et du Kazakhstan. Par ailleurs, des réunions téléphoniques ont été organisées avec les équipes nationales et régionales de l'UNICEF et de l'OMS concernant l'Azerbaïdjan, le Laos, le Myanmar et le Nicaragua.

MISES À JOUR DU PROCESSUS DEPUIS LA RÉVISION DES ESTIMATIONS WUENIC 2024 :

Lors de la révision des estimations WUENIC 2024, le groupe de travail a apporté les modifications réglementaires majeures suivantes :

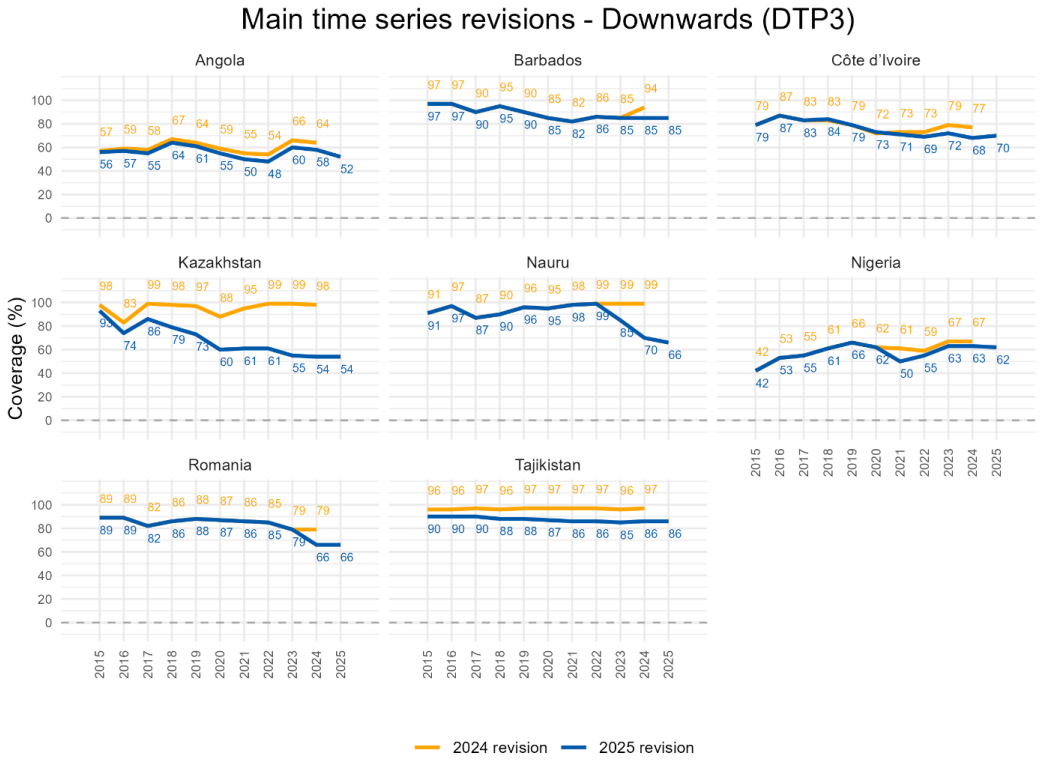
- **Couverture estimée du DTC1 en l'absence de données déclarées ou en cas de données déclarées illogiques :** Historiquement, lorsqu'un pays ne communiquait pas de données concernant la couverture du DTC1 ou que la couverture déclarée du DTC3 dépassait celle du DTC1, les règles prévoyaient d'estimer la couverture du DTC1 en s'appuyant sur une relation modélisée dérivée des données d'enquête. À compter de la révision de 2024, dans ce type de situation, les règles prévoient d'estimer la couverture du DTC1 en lui attribuant une valeur égale à celle de la couverture du DTC3, en supposant une absence d'abandon de la vaccination. Le groupe de travail conserve la possibilité de déroger à cette règle en fournissant une explication.

Les variations des estimations dues à la mise à jour des données empiriques entre deux révisions s'expliquent par :

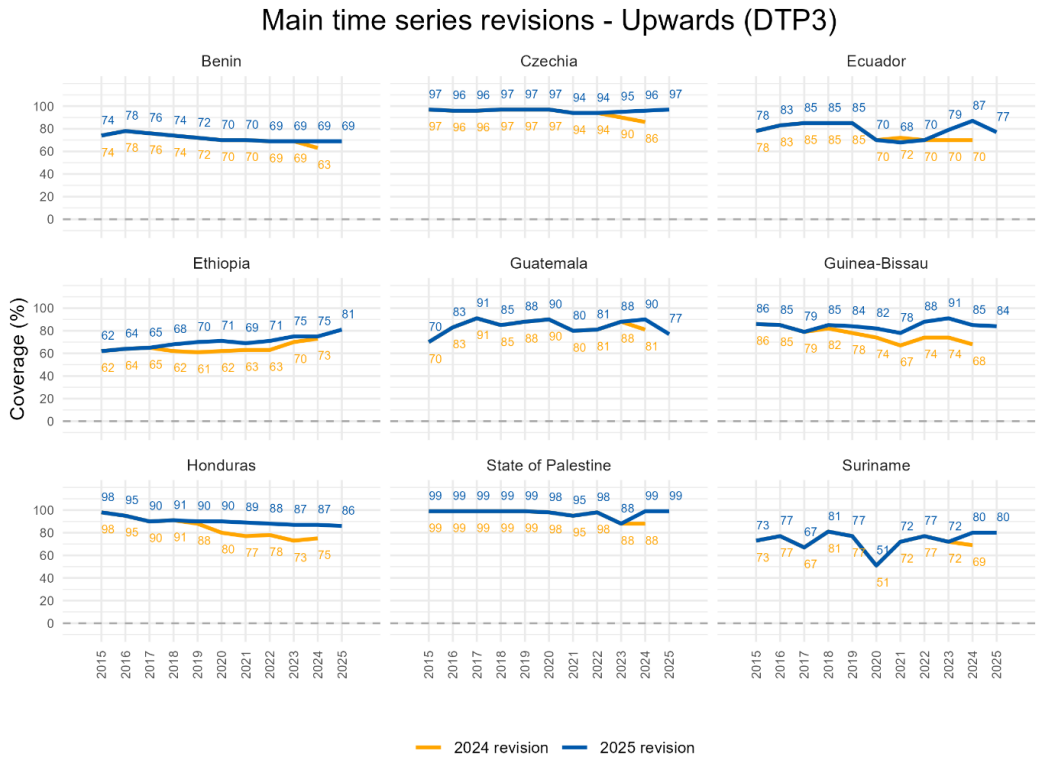
- La révision des données actualisées transmises par les États membres et des séries chronologiques précédemment communiquées.
- La disponibilité de nouvelles données d'enquête après la révision de 2024 (entre le 1er juillet 2025 et le 21 juin 2026).
- La communication tardive des données de 2024 (entre le 1er juillet 2025 et le 21 juin 2026), qui n'ont pas été prises en compte dans la révision 2024 des estimations de la couverture vaccinale, publiée en juillet 2025.

La Figure 3 présente la liste des pays pour lesquels les séries chronologiques estimées ont subi des changements importants.

Figure 3 : Pays présentant des révisions importantes des estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale (série chronologique des estimations WUENIC pour le DTC3) entre les révisions de 2024 et de 2025



Main time series revisions – Downwards (DTP3)	Principales révisions des séries chronologiques – À la baisse (DTC3)
Coverage (%)	Couverture (%)
Angola	Angola
Barbados	Barbade
Cote d'Ivoire	Côte d'Ivoire
Kazakhstan	Kazakhstan
Nauru	Nauru
Nigeria	Nigéria
Romania	Roumanie
Tajikistan	Tadjikistan
2024 revision	Révision 2024
2025 revision	Révision 2025



Main time series revisions – Upwards (DTP3)	Principales révisions des séries chronologiques – À la hausse (DTC3)
Coverage (%)	Couverture (%)
Benin	Bénin
Czechia	Tchéquie
Ecuador	Équateur
Ethiopia	Éthiopie
Guatemala	Guatemala
Guinea-Bissau	Guinée-Bissau
Honduras	Honduras
State of Palestine	État de Palestine
Suriname	Suriname
2024 revision	Révision 2024
2025 revision	Révision 2025

Introduction du vaccin et disponibilité des données

En ce qui concerne l'introduction d'un vaccin ou l'ajout de doses supplémentaires au calendrier de vaccination systématique (comme la deuxième dose de vaccin antirougeoleux ou la dose de naissance du vaccin anti-hépatite B), les estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale sont établies à partir de la première année pour laquelle les autorités nationales communiquent des données. Lorsque l'introduction d'un vaccin a été effectuée à l'échelle infranationale ou après le mois de janvier, les estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale sont fondées sur la couverture calculée pour la population cible nationale annuelle.

- **Hépatite B**

Pays dans lesquels la vaccination des nourrissons ne figure pas dans le calendrier national de vaccination : Danemark, Finlande, Hongrie, Islande.

Le Danemark, la Finlande, l'Islande et la Hongrie ont réservé la vaccination aux seuls groupes à risque.
La Hongrie a également mis en place la vaccination des adolescents.

- **Dose de naissance du vaccin anti-hépatite B (HepB) :**

Le formulaire de collecte de données (tableaux sur la couverture du JRF) a été modifié en 2017 (pour les données de 2016). Il a été demandé aux pays de déclarer la dose de naissance administrée dans les 24 heures, ainsi que « toutes les doses de naissance » (c'est-à-dire celles administrées dans les 24 heures et au-delà). Les estimations suivent la recommandation de l'OMS visant à administrer systématiquement une dose de naissance du vaccin anti-hépatite B à tous les nouveau-nés dans le monde. *Les estimations WUENIC ne sont pas disponibles pour les pays qui ont introduit la dose de naissance du vaccin anti-hépatite B, mais qui ne sont pas en mesure de distinguer les doses administrées dans les 24 heures de celles administrées au-delà de ce délai.*

- Angola : Introduction en 2015 ; toutefois, aucune donnée n'est communiquée sur la dose de naissance administrée dans les 24 heures.
- Canada : Déclare une introduction partielle de la dose de naissance du vaccin anti-hépatite B ; toutefois, aucune donnée n'est communiquée sur la dose de naissance administrée dans les 24 heures.
- Éthiopie : Introduction en 2025 ; toutefois, aucune donnée n'est communiquée sur la dose de naissance administrée dans les 24 heures.
- Guinée équatoriale : Introduction en 2018 ; toutefois, aucune différence n'est observée entre les données déclarées pour la dose de naissance administrée dans les 24 heures et celles communiquées pour la dose administrée plus tardivement.
- Libye : Introduction antérieure à 2000 ; toutefois, aucune donnée n'est communiquée sur la dose de naissance administrée dans les 24 heures.
- Mauritanie : Introduction en 2013 ; toutefois, aucune donnée n'est communiquée sur la dose de naissance administrée dans les 24 heures.
- Niue : Introduction antérieure à 2000 ; toutefois, aucune différence n'est observée entre les données déclarées pour la dose de naissance administrée dans les 24 heures et celles communiquées pour la dose administrée plus tardivement.
- Fédération de Russie : Introduction antérieure à 2000 ; toutefois, la couverture n'est pas évaluée au niveau national, de ce fait, le pays ne communique pas de données à ce sujet.
- Ouganda : Introduction en 2022 ; toutefois, aucune donnée n'est communiquée sur la dose de naissance administrée dans les 24 heures.

Parmi les pays qui ne recommandent pas une dose de naissance du vaccin anti-hépatite B pour tous les nouveau-nés, 28 recommandent cette dose aux nourrissons nés de mères atteintes d'une infection chronique par le virus de l'hépatite B, tandis que 47 n'ont pas du tout introduit de dose de naissance du vaccin anti-hépatite B dans leur calendrier national de vaccination.

- **Haemophilus influenzae type b (Hib)**

Seule la Chine ne l'a pas introduit dans son calendrier national de vaccination.

- **Dose complète du vaccin antipoliomyélitique inactivé de la série primaire (VPIC)**

Les estimations concernant la deuxième ou la troisième dose (selon le nombre de doses recommandé dans le calendrier national) du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPIC) ont été établies pour la première fois lors de la révision de 2025, avec des estimations à partir 2021. Le VPIC correspond soit à la deuxième dose du VPI pour les pays dont le calendrier de vaccination prévoit deux doses, soit à la troisième dose de VPI pour les pays dont le calendrier prévoit trois doses ou plus. Les pays dont le calendrier de vaccination prévoit plus d'une dose de VPI et pour lesquels aucune estimation de la couverture du VPIC n'est disponible sont les suivants :

- Maroc : Introduction en 2024. Aucune déclaration de données.
- Thaïlande : Introduction en 2023. Aucune déclaration de données.
- Turkménistan : Introduction en 2025. Aucune déclaration de données.
- Samoa : Introduction en 2025. Aucune déclaration de données.

Vingt-quatre pays qui n'ont pas encore introduit au moins deux doses dans leur calendrier national de vaccination.

- **Vaccin conjugué antiméningococcique A (MengA) :**

L'OMS et l'UNICEF établissent des estimations nationales uniquement pour les pays situés dans la ceinture de la méningite en Afrique subsaharienne.
Cette liste est disponible ici :
https://www.who.int/publications/i/item/9789241516860.

Parmi ces 26 pays, onze n'ont pas introduit le vaccin MengA dans leur calendrier national de vaccination : Burundi, Cameroun, Éthiopie, Kenya, Mauritanie, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Soudan du Sud.

- **Vaccin antipneumococcique conjugué (VPCC) :**

Les pays déclarent différents calendriers de vaccination par le VPC, notamment trois doses pour nourrissons sans dose de rappel (3+0), deux doses pour nourrissons suivies d'une dose de rappel (2+1), trois doses pour nourrissons suivies d'une dose de rappel (3+1) et, plus récemment, une dose pour nourrissons suivie d'une dose de rappel

(1+1). Les calendriers recommandés de vaccination par le VPC continuent d'évoluer, les pays passant le plus souvent d'un calendrier 3+0 à un calendrier 2+1 ou 3+1. Dans la plupart des pays, le VPCC correspond à la troisième dose de VPC, qu'elle soit administrée avant ou après l'âge de 12 mois. Dans certains cas, toutefois, les estimations WUENIC concernant le VPCC peuvent refléter la proportion de nourrissons survivants ayant reçu deux doses de VPC avant leur premier anniversaire.

- Autriche : Introduction en 2014. Aucune déclaration de données.
- Brunéi Darussalam : Introduction en 2025. Aucune déclaration de données.
- Jordanie : Introduction en 2025. Aucune déclaration de données.
- Monaco : Introduction en 2006. Aucune déclaration de données.

Vingt-quatre pays n'ont pas introduit le VPC.

Irak : À la suite de l'introduction en 2017 et des données de couverture communiquées pour la période 2017-2019. Une valeur nulle a été déclarée entre 2020 et 2022 ; la déclaration de valeurs > 0 a repris en 2023.

Venezuela : À la suite de l'introduction en 2014 et des données de couverture communiquées pour la période 2015-2016, le pays semble avoir cessé d'utiliser le vaccin. Depuis 2017, l'OMS et l'UNICEF publient des estimations égales à « zéro ».

- **Deuxième dose de vaccin antirougeoleux (VAR2) :**

Pays qui ne l'ont pas introduit : République centrafricaine et Gabon.

- **Vaccin combiné contre la rubéole :**

Sur la base des estimations relatives à la rougeole (première ou deuxième dose, selon le calendrier), mais ajustées en cas d'introduction partielle.

Quinze pays qui ne l'ont pas encore introduit : Afghanistan, Djibouti, Éthiopie, Gabon, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Madagascar, Niger, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Somalie, Soudan du Sud, Tchad.

- **Vaccin antirotavirus (dernière dose de Rota) :**

Cinquante-sept pays n'ont pas encore introduit le vaccin antirotavirus.

Venezuela : À la suite de l'introduction en 2006 et des données de couverture communiquées pour la période 2006-2017, le pays semble avoir cessé d'utiliser le vaccin. Depuis 2018, l'OMS et l'UNICEF publient des estimations égales à « zéro ».

Philippines : L'introduction de la vaccination contre le rotavirus s'inscrivait dans le cadre d'un projet pilote mené entre 2012 et 2015, puis a été interrompue.

- **Fièvre jaune :**

L'OMS et l'UNICEF établissent des estimations nationales uniquement pour les pays exposés au risque de fièvre jaune. La liste des pays à risque est disponible en ligne à l'adresse suivante : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272408/9789241513661-eng.pdf?ua=.

- France : Introduction en 1967 au niveau infranational (Guyane française). Aucune déclaration de données.

Deux pays, l'Éthiopie et le Soudan du Sud, font partie des pays à risque de fièvre jaune (voir la liste ci-dessus), mais n'ont pas intégré ce vaccin dans leur calendrier national de vaccination.

- Cap-Vert : A introduit le vaccin dans son calendrier de vaccination de routine, mais aucune estimation n'est fournie, car le pays n'est pas exposé à ce risque.
- Chili : A introduit le vaccin dans son calendrier de vaccination de routine au niveau infranational, mais aucune estimation n'est fournie, car le pays n'est pas exposé à ce risque.
- São Tomé-et-Príncipe : Le pays n'est plus exposé à ce risque, mais continue d'utiliser le vaccin dans son calendrier de vaccination de routine, et des estimations continuent d'être établies.
- Seychelles : A introduit le vaccin dans son calendrier de vaccination de routine, mais aucune estimation n'est fournie, car le pays n'est pas exposé à ce risque.

Liste des pays où les estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale diffèrent (de plus de 5 points de pourcentage) des données déclarées, sur la base de la couverture du DTC3 en 2025.

Données déclarées : Les estimations officielles des pays sont considérées comme des données déclarées, à moins que le groupe de travail ne décide d'accepter à la place les données déclarées relatives à la couverture administrative. Les données relatives à la couverture administrative sont acceptées en l'absence de données officielles du gouvernement, lorsque la justification de l'estimation officielle du gouvernement est insuffisante ou lorsque cette estimation correspond à une couverture cible plutôt qu'à une couverture effective. Les cas dans lesquels les estimations WUENIC diffèrent des données de couverture déclarées sont présentés ci-dessous.

Le champ « Commentaire » du tableau ci-dessous fournit des explications sur les estimations de couverture pour 2025 ; pour une explication plus détaillée, il est important de consulter les explications relatives aux séries chronologiques complètes pour les différents antigènes dans les profils spécifiques par pays : https://immunizationdata.who.int/listing.html, https://data.unicef.org/resources/immunization-country-profiles/ ou https://worldhealthorg.shinyapps.io/wuenic-trends

Pays	WUENIC	Admin	Officiel	Commenter	Diff
Afghanistan*	61	83	83	Données déclarées, ajustées aux niveaux de 2024. Estimation contestée par : D-R-	-22
Angola	52	67	67	Données déclarées, ajustées aux niveaux de 2022. Le programme fait état d'un taux d'exhaustivité des données de 90 %. Estimation contestée par : R-	-15
Azerbaïdjan	51	81	81	Données déclarées, ajustées aux niveaux de 2021. Données déclarées exclues. Un écart de 20 % entre le nombre de naissances et celui des nourrissons survivants, dû à un déficit dans l'enregistrement des enfants au niveau local plutôt qu'à des divergences entre cohortes, ce qui a entraîné en 2025 un nombre d'enfants enregistrés nettement inférieur à celui des naissances. L'OMS et l'UNICEF ont connaissance de l'enquête en grappes en cours sur la vaccination et attendent les résultats définitifs. Estimation contestée par : R-	-30
Bénin*	69	114	84	Données déclarées, ajustées aux niveaux de 2022. L'OMS et l'UNICEF recommandent une révision des séries chronologiques compte tenu de l'incohérence du dénominateur utilisé au cours des trois dernières années. Estimation contestée par : D-R-	-15

(État plurinational de) Bolivie	59	82	82	Estimation fondée sur une extrapolation à partir des données déclarées. Les données déclarées ont été exclues en raison d'un changement soudain de la couverture, qui est passée de 59 % à 82 %. Une baisse de la population cible de plus de 26 % aurait été observée entre 2024 et 2025. L'OMS et l'UNICEF suggèrent une révision rétrospective des dénominateurs sur la base de la population cible révisée issue du recensement de 2024. La révision de la population cible laisse penser que les estimations pourraient sous-évaluer la couverture réelle. GoC=R+ D+	-23
Botswana	95	71	S.O.	Données déclarées, ajustées aux niveaux de 2012. Données déclarées exclues. Les fluctuations observées dans les données déclarées laissent supposer une qualité insuffisante de l'enregistrement et de la communication des données administratives. Il n'existe aucune enquête auprès des ménages représentative à l'échelle nationale concernant les cinq dernières cohortes de naissance annuelles. L'OMS et l'UNICEF recommandent de mener une enquête de grande qualité afin de vérifier les taux de couverture déclarés. Il est possible que les estimations WUENIC surestiment la couverture réelle ces dernières années. GoC = Attribué par le groupe de travail. La couverture déclarée et le dénominateur ne concordent pas, et l'estimation n'est confirmée que par l'enquête portant sur les cohortes de naissances de 2006 et 2012.	24
Cambodge*	81	93	S.O.	Données déclarées, ajustées aux niveaux de 2020. Il n'existe aucune enquête auprès des ménages représentative à l'échelle nationale concernant les cinq dernières cohortes de naissance annuelles. L'OMS et l'UNICEF recommandent de mener une enquête de grande qualité afin de vérifier les taux de couverture déclarés. Estimation contestée par : R-	-12
République centrafricaine*	46	110	110	Cette estimation repose sur le rapport entre le nombre de doses déclarées en 2024 et en 2025, appliqué au taux de couverture estimé pour 2024. Les données déclarées ont été exclues, car elles dépassaient de 110 % la valeur de 100 %. L'OMS et l'UNICEF encouragent une amélioration continue de la qualité des données ainsi qu'une révision des séries chronologiques de couverture sur la base des résultats des enquêtes. Estimation contestée par : D-R-	-64
Tchad*	71	105	105	La couverture estimée reflète la tendance observée dans les données déclarées. Les données déclarées ont été exclues, car elles dépassaient de 105 % la valeur de 100 %. Estimation contestée par : D-R-S-	-34
Côte d'Ivoire*	70	97	97	Données déclarées, ajustées aux niveaux de 2024. Estimation contestée par : D-R-	-27

République démocratique du Congo*	65	95	95	Estimation fondée sur une extrapolation à partir des données déclarées. Données déclarées exclues. Une augmentation inexpliquée de 9 % du dénominateur, et aucun ajustement de la couverture administrative pour établir les estimations officielles. Les données déclarées ont été exclues en raison d'un changement soudain de la couverture, qui est passée de 65 % à 95 %. L'OMS et l'UNICEF ont connaissance de l'enquête sur la couverture vaccinale 2025 actuellement en cours et attendent ses résultats définitifs. Estimation contestée par : D-	-30
République dominicaine	87	93	93	Estimation fondée sur une extrapolation à partir des données déclarées. Données déclarées exclues. Baisse inexpliquée de la population cible et du nombre de doses. Une baisse de 26 % de la population cible pour les vaccins administrés au cours de la première année de vie, et de 19 % pour ceux administrés au cours de la deuxième année de vie, a été signalée entre 2024 et 2025. Estimation contestée par : D-	-6
Fidji	94	86	S.O.	Estimation fondée sur une extrapolation à partir des données déclarées. Données déclarées exclues. Aucune couverture officielle n'a été déclarée. L'OMS et l'UNICEF recommandent un examen approfondi du système de déclaration et des données de couverture qui en découlent. L'OMS et l'UNICEF ont pris connaissance de l'enquête sur la couverture vaccinale nationale de 2024 et attendent le rapport final. GoC=R+ D+	8
Gambie*	82	97	97	Cette estimation repose sur le rapport entre le nombre de doses déclarées en 2024 et en 2025, appliqué au taux de couverture estimé pour 2024. Les données déclarées ont été exclues en raison d'un changement soudain de la couverture, qui est passée de 80 % à 97 %. Baisse inexpliquée de 18 % du nombre de naissances déclarées et de 15 % du nombre de nourrissons survivants entre 2024 et 2025. Il n'existe aucune enquête auprès des ménages représentative à l'échelle nationale concernant les cinq dernières cohortes de naissance annuelles. L'OMS et l'UNICEF recommandent de mener une enquête de grande qualité afin de vérifier les taux de couverture déclarés. Estimation contestée par : R-	-15
Guinée-Bissau*	84	67	68	Données déclarées, ajustées aux niveaux de 2023. Manque de cohérence dans l'ajustement des estimations officielles. Estimation contestée par : R-	17
Haïti*	58	77	77	Cette estimation repose sur le rapport entre le nombre de doses déclarées en 2024 et en 2025, appliqué au taux de couverture estimé pour 2024. Données déclarées exclues. La baisse du taux de couverture s'explique en partie par une augmentation de 7 % de la population cible. Il n'existe aucune enquête auprès des ménages représentative à l'échelle nationale concernant	-19

				les cinq dernières cohortes de naissance annuelles. L'OMS et l'UNICEF recommandent de mener une enquête de grande qualité afin de vérifier les taux de couverture déclarés, dès que la situation le permettra. Estimation contestée par : D-R-	
Kazakhstan	54	98	S.O.	Données déclarées, ajustées aux niveaux de 2023. Baisse de 9 % de la population cible déclarée entre 2024 et 2025. La population cible déclarée des naissances vivantes est supérieure de 11 % à celle des nourrissons survivants. Le ministère de la Santé juge que les résultats de l'enquête EGIM de 2024 sous-estiment la couverture vaccinale réelle par rapport aux données du programme, et s'oppose à ce qu'ils soient utilisés pour établir les estimations de l'OMS et de l'UNICEF. Estimation contestée par : D-R-	-44
Kenya*	88	80	80	Données déclarées, ajustées aux niveaux de 2020. L'OMS et l'UNICEF ont connaissance de l'enquête EDS intermédiaire de 2025 actuellement en cours et attendent les résultats définitifs. Estimation contestée par : R-	8
République démocratique populaire lao*	67	89	89	Données déclarées, ajustées aux niveaux de 2021. Estimation contestée par : D-R-	-22
Liban	52	62	62	Données déclarées, ajustées aux niveaux de 2019. La baisse de 11 % de la population cible déclarée entre 2024 et 2025 s'explique en partie par le départ des réfugiés syriens à la suite des récents événements politiques en Syrie. Il convient de faire preuve de prudence lors de l'interprétation de ces données, car la tendance observée entre le DTC1 et les doses suivantes semble indiquer une forte augmentation du nombre d'abandons ces dernières années. L'OMS et l'UNICEF ont connaissance de l'enquête en grappes à indicateurs multiples (EGIM) est en cours depuis 2023 et attendent les résultats définitifs. Estimation contestée par : R-	-10
Libéria*	83	96	96	Données déclarées, ajustées aux niveaux de 2018. Données déclarées exclues. Le numérateur est inexact en raison de doubles comptages et de la prise en compte de groupes non ciblés. L'OMS et l'UNICEF recommandent de réviser les séries chronologiques déclarées en utilisant un dénominateur cohérent. Il n'existe aucune enquête auprès des ménages représentative à l'échelle nationale concernant les cinq dernières cohortes de naissance annuelles. L'OMS et l'UNICEF recommandent de mener une enquête de grande qualité afin de vérifier les taux de couverture déclarés. Estimation contestée par : D-R-	-13

Madagascar*	64	85	85	Données déclarées, ajustées aux niveaux de 2023. L'OMS et l'UNICEF ont connaissance de l'enquête en grappes à indicateurs multiples en cours pour la période 2024-2025 et attendent les résultats définitifs. Les résultats préliminaires de l'enquête sur la couverture du PEV indiquent un taux de couverture de 63 % pour la cohorte vaccinée en 2024. Estimation contestée par : D-R-	-21
Mali*	84	104	82	Estimation fondée sur la variation de la couverture administrative appliquée à l'estimation de l'année précédente. Les données déclarées ont été exclues, car elles dépassaient de 104 % la valeur de 100 %. Méthode d'élaboration des estimations officielles non précisée. Estimation contestée par : D-R-	-20
Îles Marshall	85	5	S.O.	Estimation fondée sur une extrapolation à partir des données déclarées. Données déclarées exclues. Aucune couverture officielle n'a été déclarée. Il n'existe aucune évaluation indépendante représentative à l'échelle nationale concernant les cinq dernières cohortes annuelles de naissances. L'OMS et l'UNICEF recommandent de mener une évaluation indépendante de haute qualité afin de vérifier les taux de couverture déclarés. Les fluctuations observées dans les données administratives communiquées s'expliquent par la petite taille de la cohorte de naissance. Estimation contestée par : D-	80
Mauritanie*	86	76	76	Estimation fondée sur une extrapolation à partir des données déclarées. Données déclarées exclues. Une augmentation de la population cible comprise entre 10 et 14 % serait prévue entre 2024 et 2025. L'OMS et l'UNICEF ont connaissance de l'enquête en grappes à indicateurs multiples en cours pour l'année 2026 et attendent les résultats définitifs. GoC=R+ D+	10
Mozambique*	70	116	116	Estimation fondée sur celle de l'année précédente. Les données déclarées ont été exclues, car elles dépassaient de 116 % la valeur de 100 %. Les données déclarées ont été exclues en raison d'un changement soudain de la couverture, qui est passée de 128 % à 116 %. Estimation contestée par : D-R-	-46
Myanmar*	71	79	79	Estimation fondée sur une extrapolation à partir des données déclarées. Données déclarées exclues. Baisse de 10 à 13 % de la population cible déclarée, résultant d'une triangulation des données relatives au taux de croissance, au recensement de 2024, au dénombrement et à la microplanification. Taux d'exhaustivité des déclarations de 83 %. Il n'existe aucune enquête auprès des ménages représentative à l'échelle nationale concernant les cinq dernières cohortes de naissance annuelles. L'OMS et l'UNICEF recommandent de mener une enquête de grande qualité afin de vérifier les taux de couverture déclarés. Le programme a signalé des ruptures de	-8

				stock de vaccins au niveau infranational. GoC=R+ D+	
Nigeria*	62	92	53	Données déclarées, ajustées aux niveaux de 2022. Le programme a signalé une rupture de stock de vaccins d'un mois aux niveaux national et infranational. L'OMS et l'UNICEF encouragent la poursuite des efforts visant à évaluer de manière indépendante la qualité du système d'enregistrement et de déclaration administratifs à tous les niveaux, parallèlement à la poursuite de la mise en œuvre des activités prévues dans le cadre du plan national d'amélioration de la qualité des données. L'OMS et l'UNICEF ont connaissance des enquêtes EDS 2025 et EGIM 2025-2026 en cours et attendent leurs résultats définitifs. Estimation officielle fondée sur les résultats de l'enquête la plus récente au moment de la rédaction du rapport. Estimation contestée par : D-R-	-30
Paraguay	80	86	86	Estimation fondée sur une extrapolation à partir des données déclarées. Données déclarées exclues. Baisse de plus de 12 % des naissances vivantes et du nombre de nourrissons survivants déclarés entre 2024 et 2025. Le dénominateur est calculé à partir des données administratives relatives aux naissances vivantes enregistrées par le système de santé au cours de l'année fiscale. Le programme a signalé une rupture de stock de vaccins d'une durée d'un mois au niveau national. Il n'existe aucune enquête auprès des ménages représentative à l'échelle nationale concernant les cinq dernières cohortes de naissance annuelles. L'OMS et l'UNICEF recommandent de mener une enquête de grande qualité afin de vérifier les taux de couverture déclarés. Estimation contestée par : D-	-6
Pérou	84	90	90	Estimation fondée sur une extrapolation à partir des données déclarées. Données déclarées exclues. Baisse inexpliquée de 14 à 21 % de la population cible entre 2023 et 2024. L'OMS et l'UNICEF ont connaissance de l'enquête Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2025 actuellement menée au Pérou et attendent les résultats définitifs. Estimation contestée par : D-	-6
Sierra Leone*	91	104	104	Estimation fondée sur une extrapolation à partir des données déclarées. Données déclarées exclues. Le niveau élevé et inexpliqué de couverture observé depuis 2023 se maintient. Les données déclarées ont été exclues, car elles dépassaient de 104 % la valeur de 100 %. L'OMS et l'UNICEF ont connaissance de l'enquête en	-13

				grappes à indicateurs multiples en cours pour la période 2025-2026 et attendent les résultats définitifs. Estimation contestée par : D-	
Îles Salomon*	87	72	72	Estimation fondée sur une extrapolation à partir des données déclarées. Données déclarées exclues. Le nombre de nourrissons survivants déclarés a augmenté de 15 % entre 2024 et 2025 et est supérieur à celui des naissances vivantes. L'OMS et l'UNICEF recommandent une révision historique de la population cible sur la base des estimations démographiques actualisées pour 2025. Les données déclarées ont été exclues en raison d'un changement soudain de la couverture, qui est passée de 87 % à 72 %. Il n'existe aucune enquête auprès des ménages représentative à l'échelle nationale concernant les cinq dernières cohortes de naissance annuelles. L'OMS et l'UNICEF recommandent de mener une enquête de grande qualité afin de vérifier les taux de couverture déclarés. Estimation contestée par : D-	15
Soudan du Sud*	73	93	80	Estimation fondée sur celle de l'année précédente. L'OMS et l'UNICEF ont connaissance de l'enquête en grappes à indicateurs multiples (EGIM) en cours pour l'année 2025 et attendent les résultats définitifs. Les données issues du rapport sur les principales conclusions de l'EGIM 2025 indiquent un taux de couverture de 39 % pour la cohorte vaccinée en 2023. Estimation contestée par : D-R-	-7
République arabe syrienne*	60	66	66	Données déclarées, ajustées aux niveaux de 2012. Le rapport national indique que le Nord-Ouest est pris en compte dans les numérateurs et les dénominateurs. Par ailleurs, le pays a mené plusieurs vagues d'intensification des activités de vaccination. Depuis 2012, les estimations reposent sur un facteur d'étalonnage obtenu à partir de la couverture recalculée à l'aide du nombre de doses déclarées et d'une estimation indépendante de la population cible dans le contexte de troubles civils. Des enquêtes récentes, bien qu'elles excluent une partie de la population, indiquent des taux de couverture plus proches des estimations officielles qu'avant 2012. Le programme a mis en avant les mouvements de population et les problèmes liés à la sécurité comme raisons expliquant la baisse observée de la couverture dans une partie du pays. Estimation contestée par : D-R-	-6
Sao Tomé-et-Principe*	87	96	96	Estimation fondée sur une extrapolation à partir des données déclarées. Données déclarées exclues. Baisse inexpliquée de la population cible et du nombre de doses administrées depuis 2023. Estimation contestée par : D-	-9

Tadjikistan*	86	97	97	Données déclarées, ajustées aux niveaux de 2022. Estimation contestée par : D-R-	-11
République-Unie de Tanzanie*	83	95	94	Données déclarées, ajustées aux niveaux de 2023. Données déclarées exclues. Augmentation de 8 % de la population cible déclarée entre 2024 et 2025. Estimation contestée par : D-R-	-11
Yémen*	39	70	70	Données déclarées, ajustées aux niveaux de 2021. Le pays a signalé une diminution du nombre de visites de contrôle dans les zones touchées par le conflit. Estimation contestée par : D-R-	-31
Zambie*	91	85	85	Données déclarées, ajustées aux niveaux de 2022. Estimation contestée par : D-R-	6

*Pays éligible au soutien de Gavi
WUENIC : Révision 2025 des estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale (achevée en juillet 2026)
Admin : données déclarées relatives à la couverture administrative
Gov : estimation officielle de la couverture vaccinale communiquée par le gouvernement
D– : indique que la couverture estimée est remise en cause par une couverture recalculée à partir des données déclarées pour le numérateur de la couverture et d'un dénominateur indépendant
R– : indique que l'estimation de la couverture est remise en cause par les données de couverture déclarées
Diff. : différence entre les données déclarées et les estimations de couverture de l'OMS/UNICEF ; les données déclarées correspondent à l'estimation officielle du gouvernement lorsqu'elle est fournie ; dans le cas contraire, elles correspondent aux données administratives de couverture déclarées, sauf si l'estimation officielle du gouvernement a été exclue.