



**Équipe d'Appui Interpays  
pour l'Afrique centrale  
(IST-CA)**

 Organisation  
mondiale de la Santé  
Région africaine

# Vaccination et surveillance des maladies à prévention vaccinale en **Afrique centrale** **Bulletin bimestriel**

Novembre - Décembre 2024

Date de publication  
14 Janvier 2025

## Sommaire

---

### Page 1

Points saillants

### Page 3

Mise à jour de la  
situation de la  
vaccination de routine  
et de la surveillance des  
maladies à prévention  
Vaccinale

### Page 19

Focus sur un pays  
Cameroun : premier  
passage de la campagne  
de rattrapage de la  
vaccination des enfants  
zéro-dose et sous-vaccinés

### Page 24

Focus sur un évènement:  
Mission conjointe des  
partenaires de l'Alliance  
Gavi à Sao Tomé-et-  
Principe

# Points saillants

## Situation de la vaccination de routine en Afrique centrale

**80%**

Promptitude dans la soumission des données de vaccination de routine à fin octobre 2024.

**86.5%**

Couverture vaccinale médiane au DTC1 en Afrique centrale, oscillant entre 64% au Gabon et 115% en Guinée Équatoriale.

**81.5%**

Couverture vaccinale médiane au DTC3 en Afrique centrale, oscillant entre 61% au Gabon et 105% en Guinée Équatoriale.

**48%**

La proportion médiane des districts ayant enregistré au moins 80% de couverture vaccinale en DTC3 en Afrique centrale.

**77.5%**

Couverture vaccinale médiane au VAR1 en Afrique centrale, oscillant entre 51% en Guinée Équatoriale et 101% en RCA.

**5**

Pays prioritaires pour le Grand Rattrapage (Cameroun, RDC, Burundi, RCA, Tchad).

**3**

Pays prioritaires ayant commencé à mettre en œuvre le Grand Rattrapage et rapporté les données au Groupe de Travail régional (RDC, Cameroun, Tchad).

**4**

Pays ayant introduit le vaccin contre le paludisme en Afrique centrale (RCA, Tchad, Cameroun et RDC).

**56%**

Couverture vaccinale à la première dose du vaccin contre le paludisme au Cameroun.

**15.5%**

Couverture vaccinale à la première dose du vaccin contre le paludisme en RCA.

**17%**

Couverture vaccinale à la première dose du vaccin contre le paludisme en RDC.

**20.3%**

Couverture vaccinale à la première dose du vaccin contre le paludisme au Tchad.

## Surveillance de la rougeole

**10 710**

Nombre de cas de rougeole rapportés par la surveillance au cas par cas en Afrique centrale de janvier à novembre 2024, dont 139 décès (1.3% de létalité).

**9 sur 10**

Nombre de pays ayant enregistré des districts en épidémie de rougeole depuis le début de l'année 2024 (à l'exception de : STP).

**27%**

proportion des districts en Afrique centrale ayant été en épidémie depuis le début de l'année 2024.

**6 sur 10**

Nombre de pays ayant au moins un district remplissant les critères d'épidémie active de rougeole à fin novembre 2024 (Burundi, Cameroun, RCA, Tchad, RDC et Congo).

**72 sur 1262**

Nombre de districts en épidémie active à fin novembre 2024 dans 6 pays (Burundi, Cameroun, RCA, Tchad, RDC et Congo).

# 1. Mise à jour de la situation de la vaccination de routine et de la surveillance des maladies à prévention vaccinale

## 1.1. Vaccination de routine

Tableau I : Mois des dernières données de vaccination de routine transmises à l'IST-CA

Pays	Mois du dernier rapport
Angola	août 2024
Cameroun	septembre 2024
Burundi	octobre 2024
Congo	octobre 2024
Gabon	octobre 2024
Guinée Equatoriale	octobre 2024
RCA	octobre 2024
RDC	octobre 2024
STP	octobre 2024
Tchad	octobre 2024

### 1.1.1. Promptitude des rapports

L'analyse de la situation de la vaccination de routine a été faite à partir des données soumises par les pays dont le dernier mois est indiqué dans le tableau I. Les couvertures vaccinales ont ainsi été calculées en fonction du dernier mois des données de chaque pays. Tous les pays à l'exception de l'Angola et du Cameroun ont soumis les données du mois d'octobre 2024, soit une promptitude de 80%. Les couvertures vaccinales dans ce bulletin ont été calculées au dernier mois des données disponibles pour chaque pays.

## 1.2. Couvertures vaccinales

### 1.2.1. Première et Troisième dose du vaccin contre la Diphtérie, Tétanos et Coqueluche

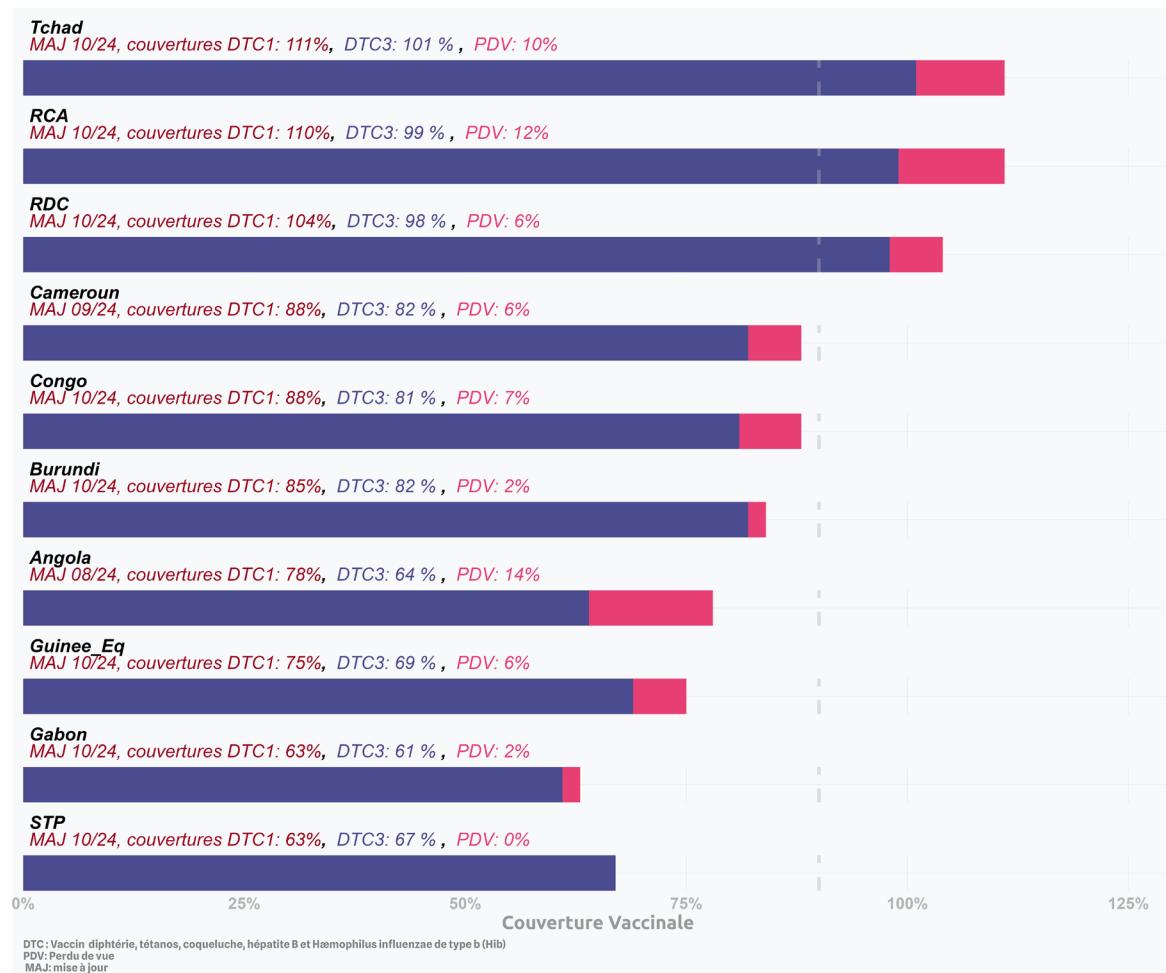


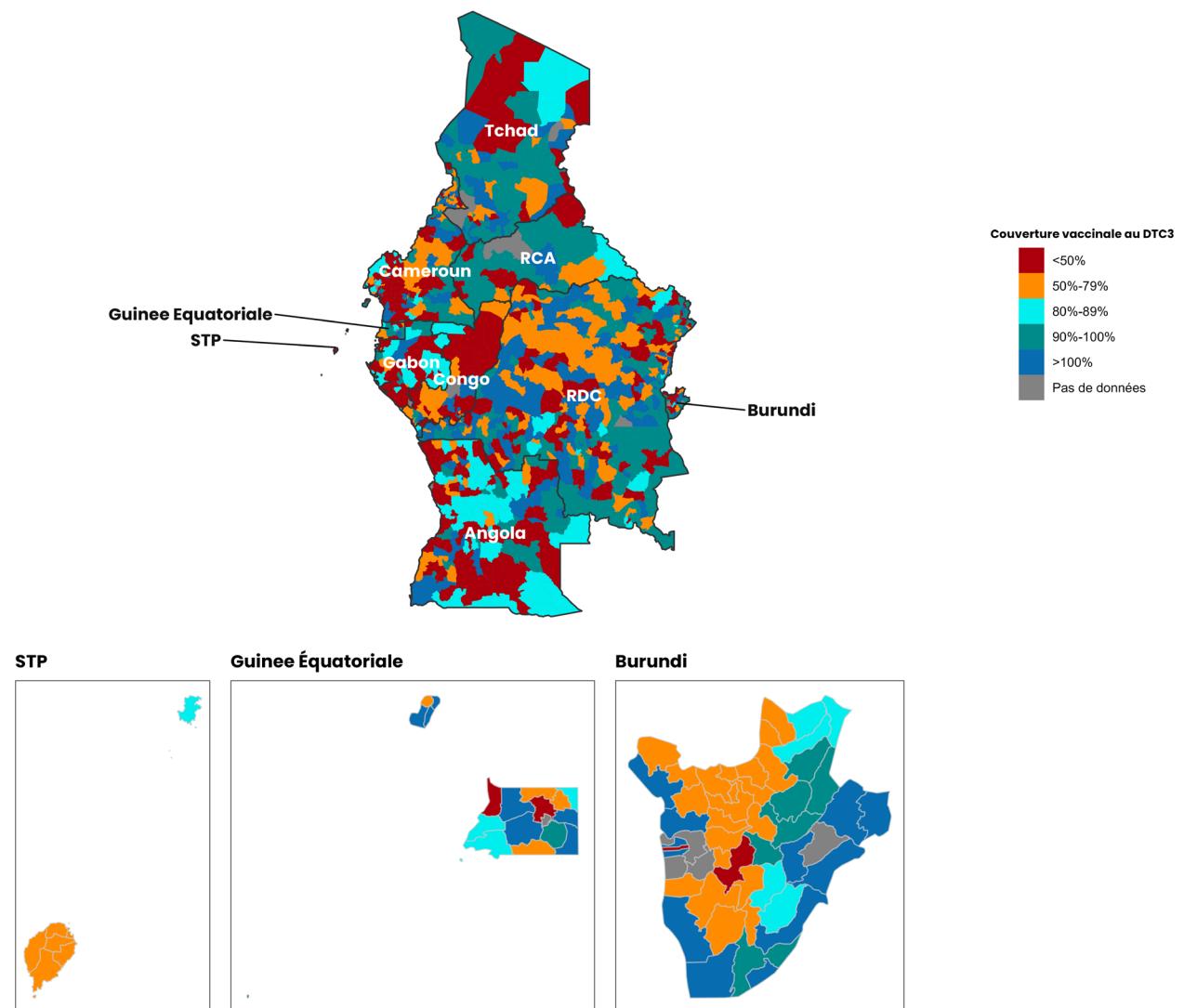
Figure 1 : Couvertures vaccinales administratives aux DTC1 et DTC3 et % des perdus de vue entre les deux doses par pays en Afrique centrale

Le sigle DTC a été utilisé, dans ce bulletin, pour désigner le vaccin pentavalent associant les antigènes de la Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Haemophilus influenza B et Hépatite virale B ; les chiffres 1,2 et 3 indiquant les première, deuxième et troisième dose, respectivement.

La couverture vaccinale médiane au DTC1 au dernier mois des rapports disponibles en Afrique centrale était de 86.5% [extrêmes : 63% au Gabon et à STP ; 111% au Tchad], contre 81.5% au DTC3 [extrêmes 61% au Gabon et 101% au Tchad] (Figure 1).

Les problèmes de qualité de données persistent et sont objectivés par des couvertures vaccinales au DTC1 supérieures à 100% (RCA, Guinée Équatoriale

et le Tchad) et le fait que des couvertures vaccinales administratives soient largement supérieures à celles de la dernière enquête de couverture vaccinale disponible dans certains pays comme la RDC. Ce qui ne facilite pas la prise des décisions opérationnelles. Ces problèmes de qualité des données expliquent, en partie, les disparités des couvertures vaccinales au DTC3 observées entre les districts. Au total, 320 districts sur 1262 (25%) ont enregistré une couverture vaccinale au DTC3 supérieure à 100% : 180 en RDC (35%), 60 au Tchad (38%), 21 au Cameroun (10%), 18 en RCA (51%), 15 Angola (9%), 11 Burundi (22%), 7 en Guinée Equatoriale (39%), 5 Congo (10%), et 3 Gabon (6%). La figure 2 présente la distribution des couvertures vaccinales au DTC3 par district sanitaire dans les pays d'Afrique centrale.



*Figure 2 : Distribution des couvertures vaccinales au DTC3 dans les districts de santé de l'Afrique centrale.*

La proportion médiane des districts ayant moins de 80% de couverture vaccinale en DTC3 était de 48% (812 sur 1 262 districts sanitaires) [extrêmes 13% au Tchad; 86% à STP].

Les proportions des districts avec moins de 80% de couverture vaccinale au DTC3 (au dernier mois de mise à jour des données) étaient les suivantes: 75.15% pour l'Angola, 53.06% pour le Burundi, 52.71% pour le Cameroun, 42.31% pour le Congo, 84.31% pour le Gabon, 38.89% pour la Guinée

Equatoriale, 31.43% pour la RCA, 15.03% pour la RDC, 85.71% pour STP, et 13.29% pour le Tchad. La figure 3 montre la proportion de districts ayant moins de 80% de couverture vaccinale au DTC3 dans les pays d'Afrique centrale et la comparaison par rapport au mois précédent.

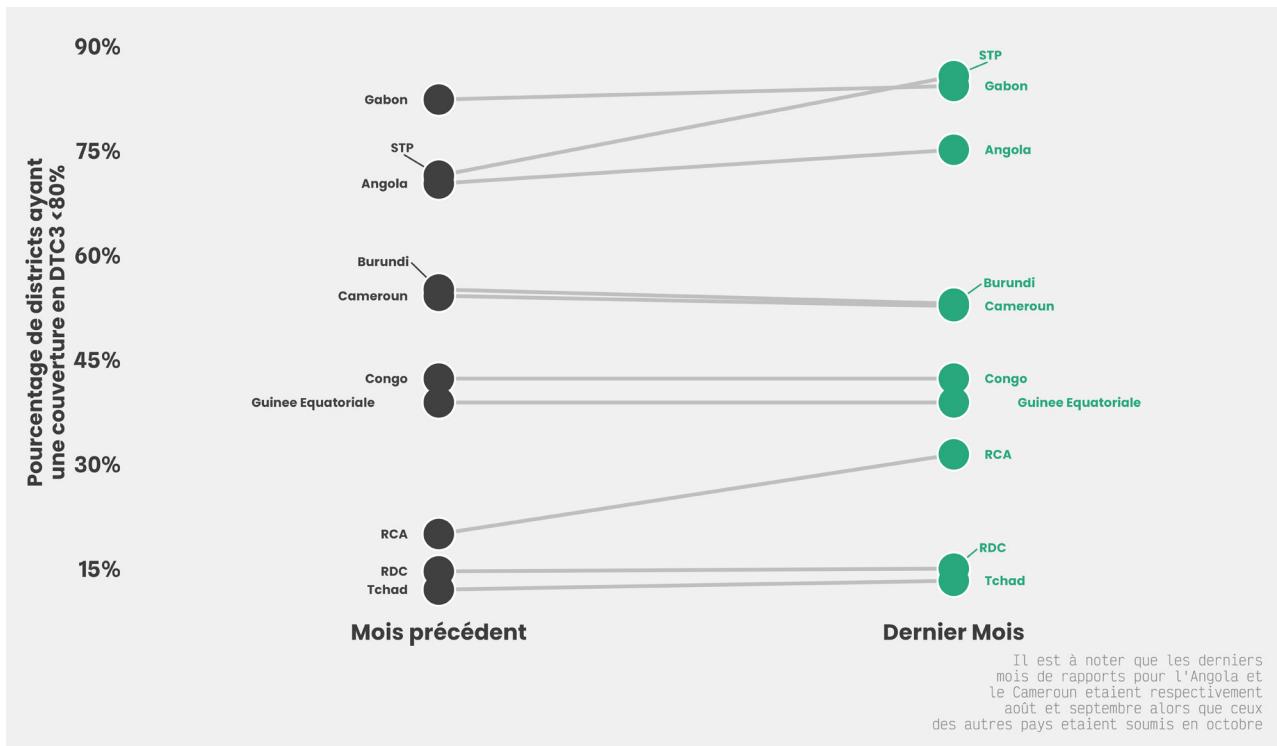


Figure 3 : Proportion de districts avec moins de 80% de couverture vaccinale au DTC3 au dernier mois des données disponibles comparé au mois précédent par pays en Afrique centrale

Cette proportion a légèrement baissé au Burundi et Cameroun, augmenté en STP, Angola et RCA, tandis qu'elle restée quasiment stationnaire en RDC, Tchad, Congo, Guinée Equatoriale et Gabon.

#### **1.2.2. Vaccins co-administrés à la naissance : BCG, VPO0 et HepB0.**

Trois pays ont atteint ou dépassé 90% de couverture vaccinale au BCG : la RCA (90%), le Cameroun (91%), et le Tchad (105%). L'Angola, Cameroun, RDC, et Tchad ont enregistré une couverture vaccinale au BCG supérieure à celle en VPO0. Dans les 6 autres pays (Burundi, Congo, Gabon, Guinée Equatoriale, RCA, et STP), les couvertures vaccinales aux BCG et

VPO0 étaient similaires, mais inférieures à 90%. Trois pays ont introduit le vaccin contre l'Hépatite B à la naissance (HepB0): Angola, Guinée Équatoriale et STP. Parmi ces pays, aucun n'a dépassé 90% de couverture vaccinale. Les couvertures vaccinales au HepB0 dans ces trois pays étaient respectivement de 56% à STP, 58% en Angola et 66% en Guinée Equatoriale, toutes inférieures à celle au BCG). La figure 4 présente la distribution des couvertures vaccinales aux vaccins administrés à la naissance dans les pays d'Afrique centrale.

Le Tchad le Cameroun, la RDC et l'Angola devraient investiguer les raisons des écarts de couverture vaccinale entre les différents vaccins administrés à la naissance.

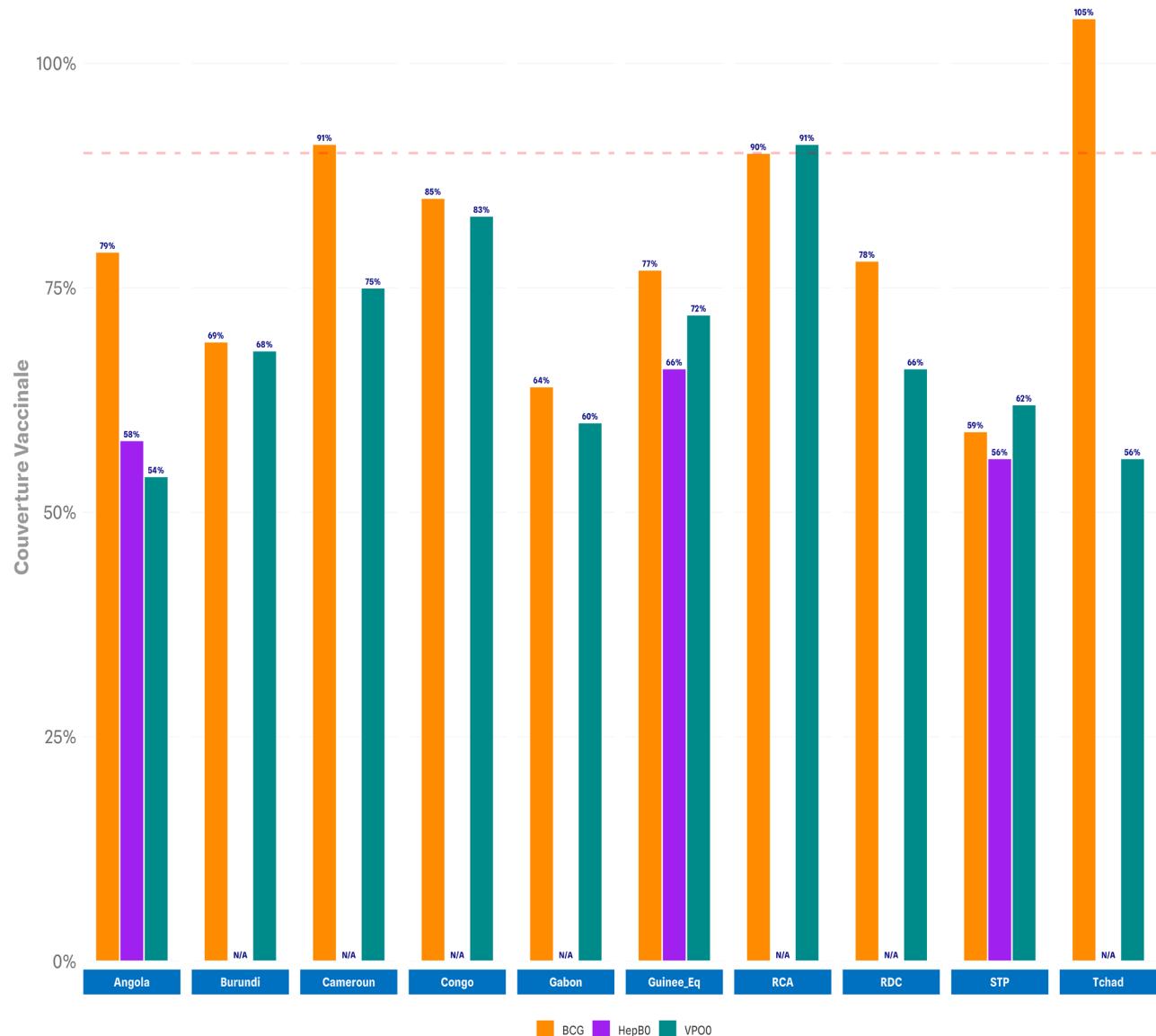


Figure 4 : Couverture vaccinale au BCG, VPOO, HepB0 au niveau national dans les pays de l'Afrique centrale

### 1.2.3. Vaccin antiamaril (VAA) et première dose du vaccin contre la rougeole (VAR1)

La Figure 5 présente la distribution des couvertures vaccinales au mois des dernières données transmises à l'IST-CA, au vaccin antiamaril et à la première dose du vaccin antirougeoleux (VAR1) dans les pays de l'Afrique centrale. Le Burundi reste le seul pays de la sous-région n'ayant pas encore introduit le VAA dans son PEV.

Les couvertures vaccinales médianes étaient de 79% [étendue : 47%; 97%] au VAA et 77.5% [étendue: 51%; 101%] au VAR1. Bien que les couvertures vaccinales soient en général sous-optimales, les pays suivants ont atteint une couverture vaccinale satisfaisante pour le VAA et le VAR1: RCA, RDC, et Tchad. La couverture vaccinale au VAR1 est nettement supérieure à celle au VAA en Angola, tandis que la situation inverse a été observée à STP.

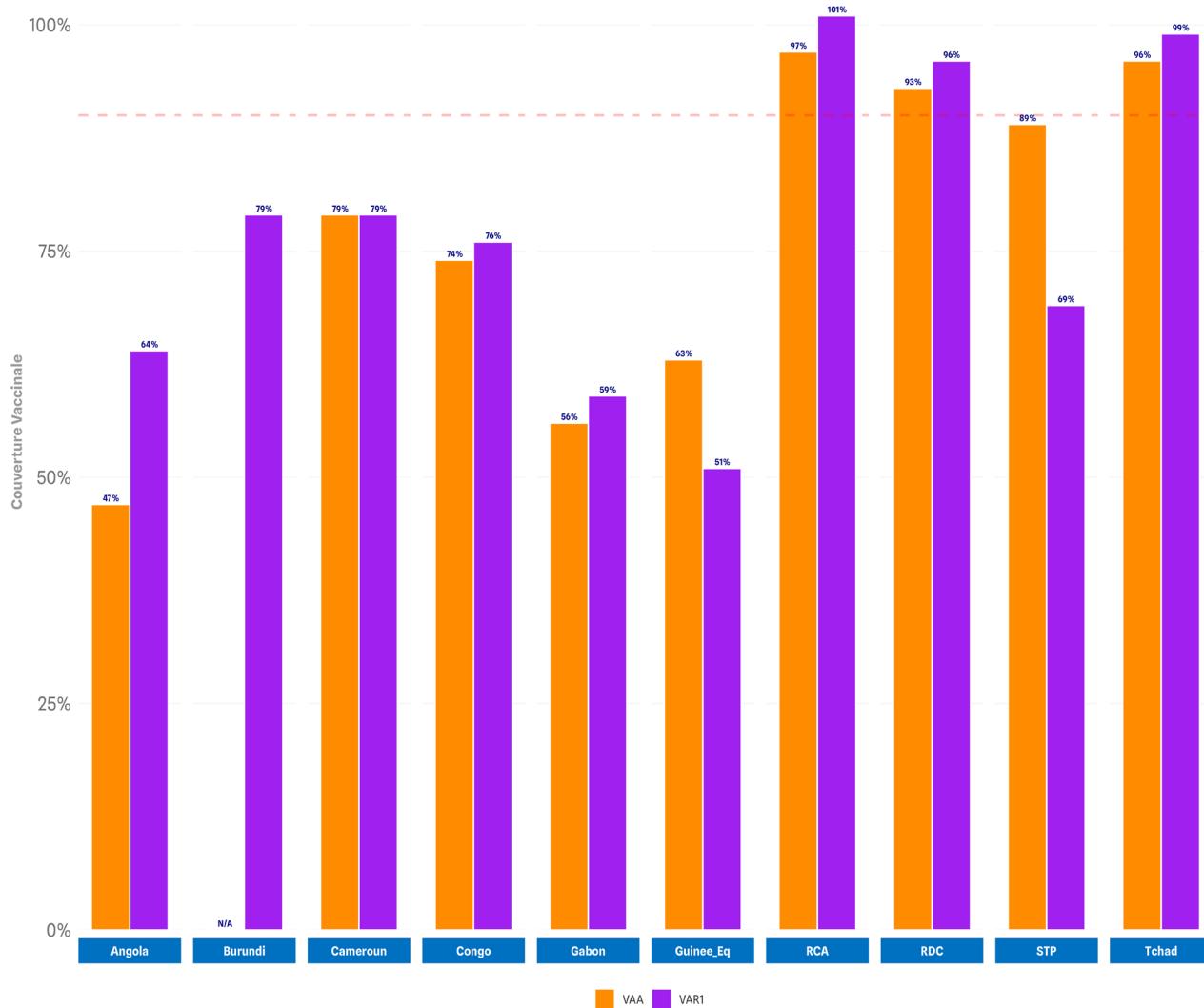


Figure 5 : Couverture vaccinale par le VAR1 et VAA au niveau national en Afrique centrale

### 1.3. Préparation et mise en œuvre du Grand Rattrapage

Le Groupe Régional de Travail sur la Vaccination (GRTV) de l'Afrique de l'Ouest et du Centre a organisé, via une plateforme électronique, la collecte des données sur la préparation et la mise en œuvre du Grand Rattrapage en utilisant le formulaire de rapport trimestriel proposé par le Secrétariat de Gavi. Les 5 pays prioritaires de l'Afrique centrale (Burundi, RDC, Cameroun, RCA et Tchad) ont soumis leurs rapports trimestriels. La situation de préparation n'a pas changé par rapport à celle présentée dans le numéro précédent de ce bulletin. Le Cameroun était le seul pays pour lequel un rapport sur la mise en œuvre du Grand Rattrapage était attendu. Les résultats du Grand Rattrapage du Cameroun ont été présentés dans la section « Focus Pays » de ce bulletin. Toutefois, la RDC et le Tchad ont démarré le Grand Rattrapage dans le cadre de la vaccination de routine et ont présenté des résultats préliminaires : 5% de la cible au Tchad et 1% en RDC vaccinées au Penta1 ; 9% au Tchad et 2% en RDC au VAR1.

Le deuxième passage de la campagne de Grand Rattrapage au Cameroun a eu lieu du 06 au 12 Décembre 2024 et le troisième passage prévu pour fin janvier 2025.

Le tableau suivant fournit des informations sur la planification du lancement du Grand Rattrapage dans les pays prioritaires autres que le Cameroun.

*Tableau II : Informations sur la planification du lancement du Grand Rattrapage au Tchad, RCA, RDC et Burundi*

Pays	Informations sur le Grand Rattrapage
Burundi	<p>Le lancement du Grand Rattrapage a été retardé par le retard accusé dans la reproduction des outils de gestion incluant les enfants de 2-5 ans et la formation des agents de santé.</p> <p>Avec l'appui de l'UNICEF, les outils révisés seront disponibles au cours de la semaine débutant le 23 décembre 2024.</p> <p>Le premier passage des activités de vaccination intensifiées dans le cadre du Grand Rattrapage est prévu au cours de la semaine débutant le 30 décembre 2024 ou la semaine suivante. Le deuxième passage aura lieu 4 semaines après le premier. Il est prévu un total de 4 passages.</p>
RDC	<p>Les activités de Grand rattrapage n'ont commencé que dans 7 des 13 districts sanitaires de la province du Maniema, avec l'appui de Bill &amp; Melinda Gates Foundation.</p> <p>Le démarrage des activités de Grand rattrapage dans les 6 autres districts sous forme d'AVI est prévu pour janvier 2025, avec l'appui de l'UNICEF.</p> <p>L'OMS a également prévu d'appuyer le lancement du Grand rattrapage dans deux provinces (Mongala, Tshuapa) en janvier 2025.</p> <p>Trois autres provinces vont lancer le Grand rattrapage au cours du premier trimestre 2025 : Kinshasa, Tshopo, Haut-Lomami.</p>
RCA	<p>La reproduction des outils de gestion et le gap de financement des coûts opérationnels retardent l'organisation du grand rattrapage, quoi que les vaccins aient déjà été reçus dans le pays. Il est prévu des discussions entre le Ministère de la santé et les parties prenantes en décembre afin d'adopter une feuille de route et permettre l'organisation du premier passage des AVI dans le cadre du Grand Rattrapage au cours du premier trimestre 2025.</p>
Tchad	<p>Le premier passage des AVI dans le cadre du Grand Rattrapage couplée à la vaccination contre le Pneumocoque est prévu du 16 au décembre 2024 dans les 23 régions du pays. Il est prévu d'organiser le second passage un mois après, mais les ressources financières ne sont disponibles que pour 10 régions sur 23.</p>

## 1.4. Introduction du vaccin contre le paludisme

En Afrique centrale, quatre pays ont introduit les vaccins contre le paludisme (VAP) dans leur calendrier de vaccination de routine : le Cameroun, la République Démocratique du Congo (RDC), le Tchad et la République Centrafricaine (RCA). Le Burundi prévoit de l'introduire en février 2025. Le tableau III présente une synthèse des résultats de la vaccination contre le Paludisme dans les quatre pays de l'Afrique centrale.

*Tableau III : Données sur la vaccination contre le paludisme au Cameroun, Tchad, RCA et RDC à fin octobre 2024*

Dose	Pays	Cameroun	RCA**	RDC***	Tchad
Dose 1	Cible	246 553	49 852	15 864	137 066
	Vaccinés	138 106	7 712	2 700	27 789
	CV* (%)	56 %	15.5%	17%	20.3%
Dose 2	Cible	224 139	33 234.5		
	Vaccinés	98 269	366		
	CV* (%)	43.8%	1.1%		

Dose	Pays	Cameroun	RCA**	RDC***	Tchad
Dose 3	Cible	179,311	0		
	Vaccinés	72,643	0		
	CV* (%)	40.5			
Date d'introduction		22-01-2024	22-08-2024	29-10-2024	25-10-2024
Vaccin introduit		RTS, S/AS01	R21/Matrix-M	R21/Matrix-M	R21/Matrix-M
Schéma vaccinal (mois)		6,7,9,24	6,7,9,16	6,7,8,15	6,7,9,15

\*CV: Couverture vaccinale; \*\*RCA: République centrafricaine ; \*\*\*RDC : République Démocratique du Congo

Les couvertures vaccinales au Cameroun, premier pays ayant introduit le VAP en dehors des programmes pilotes en Afrique, restent sous-optimales. Toutefois, les taux d'abandon Dose1-Dose2 et Dose3-Dose1 se sont considérablement améliorés au cours des derniers mois. La prise en compte du VAP dans les campagnes de Grand Rattrapage pourrait contribuer à améliorer les couvertures vaccinales du VAP. Le Tchad, la RCA et la RDC sont encore au début de l'introduction ; ce qui ne permet pas encore de tirer des conclusions sur leurs performances respectives.

## 1.5. Surveillance des maladies à prévention vaccinale : cas de la rougeole

### 1.5.1. Soumission des rapports à l'IST-CA

Le tableau IV fait un récapitulatif de la soumission des rapports de surveillance de la rougeole soumis à l'IST-CA par pays.

Tableau IV : Semaines de dernière soumission des rapports à l'IST-CA et date de début des symptômes du dernier cas suspect de rougeole par pays

Pays	Semaine épidémiologique des dernières données	Date de début des symptômes du dernier cas
Angola	29 (débutant le 15 juil. 2024)	18 avr. 2024
Burundi	48 (débutant le 25 nov. 2024)	18 nov. 2024
Cameroun	48 (débutant le 25 nov. 2024)	18 nov. 2024
Congo	48 (débutant le 25 nov. 2024)	18 nov. 2024
Gabon	48 (débutant le 25 nov. 2024)	09 nov. 2024
Guinée_Eq	45 (débutant le 04 nov. 2024)	12 août 2024
RCA	48 (débutant le 25 nov. 2024)	19 oct. 2024
RDC	48 (débutant le 25 nov. 2024)	18 nov. 2024
Sao Tome & Principe	48 (débutant le 25 nov. 2024)	ND <sup>1</sup>
Tchad	48 (débutant le 25 nov. 2024)	26 oct. 2024

<sup>1</sup>ND: Non disponible

La proportion des rapports de surveillance de la rougeole reçus par IST-CA au cours des quatre dernières semaines était de 85% (34/40). L'Angola (4/4), Gabon (1/4), Guinée Equatoriale (4/4), RDC (2/4), et Sao Tome & Principe (3/4) sont les pays qui n'ont pas soumis un ou plusieurs rapports sur la période considérée. Le dernier rapport soumis par l'Angola remonte à la semaine 29 débutant le 15 juillet 2024. Le Burundi, Cameroun, Congo, RCA, et le Tchad ont soumis tous les rapports de surveillance attendus.

### 1.5.2. Cas et décès de rougeole enregistrés en 2024

Le tableau V présente la distribution des cas de rougeole (confirmés IgM+, compatibles et avec lien épidémiologique) et des décès par pays de janvier à août 2024. Au total 10 710 cas et 139 décès dus à la rougeole ont été enregistrés, en Afrique centrale depuis le début de l'année, soit une létalité de 1.3%, selon la base de données de la surveillance au cas par cas de la rougeole. On constate que 80% de cas étaient concentrés dans 3 pays soit 4 857 en RDC (45.4%), 2 588 au Burundi (24.2%), 1 127 au Tchad (10.5%). Les pays suivants ont enregistré des décès : Guinée Equatoriale (2 décès), Burundi (10 décès), RDC (127 décès).

Tableau V : Cas et décès de rougeole en Afrique centrale de janvier à novembre 2024

Pays	Total de cas (Vivants + Décédés)	Total cas vivants	Décédés	% des cas	Taux de létalité
Angola	549	549	0	5.1%	0.0%
Burundi	2 598	2 588	10	23.9%	0.4%
Cameroun	821	821	0	7.6%	0.0%
Congo	175	175	0	1.6%	0.0%
Gabon	30	30	0	0.3%	0.0%
Guinee_Eq	459	457	2	4.2%	0.4%
RCA	106	106	0	1.0%	0.0%
RDC	4 984	4 857	127	45.9%	2.5%
Tchad	1 127	1 127	0	10.4%	0.0%
Total	10 849	10 710	139	100.0%	1.3%

\* Cas correspondent aux cas confirmés, compatibles et par lien épidémiologique

Le tableau VI présente la distribution des cas par classification et par pays. Au total 16 590 suspects ont été notifiés dans les pays de l'Afrique centrale, dont 4 318 cas IgM+, 5 882 par lien épidémiologique et 649 cas compatibles.

Tableau VI: Distribution des cas de rougeole selon leur classification et taux d'incidence de la rougeole (en Cas par million)

Pays	Cas suspects	IgM+ Rougeole	Compatibles	Lien épidémiologique	Attente classification	Cas rejetés	% Districts avec ≥ 1 cas suspect prélevé	Taux d'éruption fébrile non-rougeoleuse ≥ 2	Incidence	IgM+ Rubéole
Angola	681	78	1	470	19	113	30	0,4	15,6	757
Burundi	2 794	188	40	2 370	25	171	84	1,4	194,6	8 953
Cameroun	1 755	324	112	385	12	922	93	3,5	27,9	3 350
Congo	450	112	29	34	0	275	100	4,8	27,6	1 029
Gabon	216	29	1	0	0	186	73	8,3	12,1	327
Guinée Equato-riale	550	25	239	195	53	38	56	4,9	535,1	188
RCA	338	101	5	0	3	229	91	4	16,6	893
RDC	7 985	2 479	134	2 371	31	2 970	76	2,6	39,2	14 564
Tchad	1 821	982	88	57	0	694	84	3,9	56,9	4 233
STP	0	0	0	0	0	0	ND	ND	ND	ND
Afrique centrale	16 590,0	4 318	649	5 882	143	5 598	76,3	3,9	45	34 294

Un total de 10 056 cas confirmés de rougeole (IgM+, lien épidémiologique, compatible) a été recensés depuis le début de l'année dont 594 sur les deux derniers mois, soit 5,8% des cas confirmés enregistrés depuis le début de l'année. L'incidence de la rougeole en Afrique centrale a été de 100,3/million habitants de janvier à août 2024. En 2024, si la RDC a rapporté le plus grand nombre de cas absolus, la Guinée Equatoriale avec 526 cas/million, le Burundi avec 191 cas/million sont les pays qui ont enregistré les incidences les plus élevées.

La figure 6 présente le pourcentage de cas de rougeole par statut vaccinal et par pays. Le nombre médian des cas de rougeole chez les enfants non vaccinés ou statut vaccinal inconnu au VAR1 est de 645 (67%). Par pays, les cas enregistrés chez les personnes non vaccinées ou de statut vaccinal inconnu étaient de: 5 528 ( 69% ) en RDC , 1 690 ( 60% ) au Burundi,1 436 ( 79% ) au Tchad , 932 ( 53% ) au Cameroun ,645 ( 95% ) en Angola, 485 ( 88% ) en Guinée Equatoriale, 227 ( 67% ) en RCA, 216 ( 48% ) au Congo et 126 ( 58% ) au Gabon.

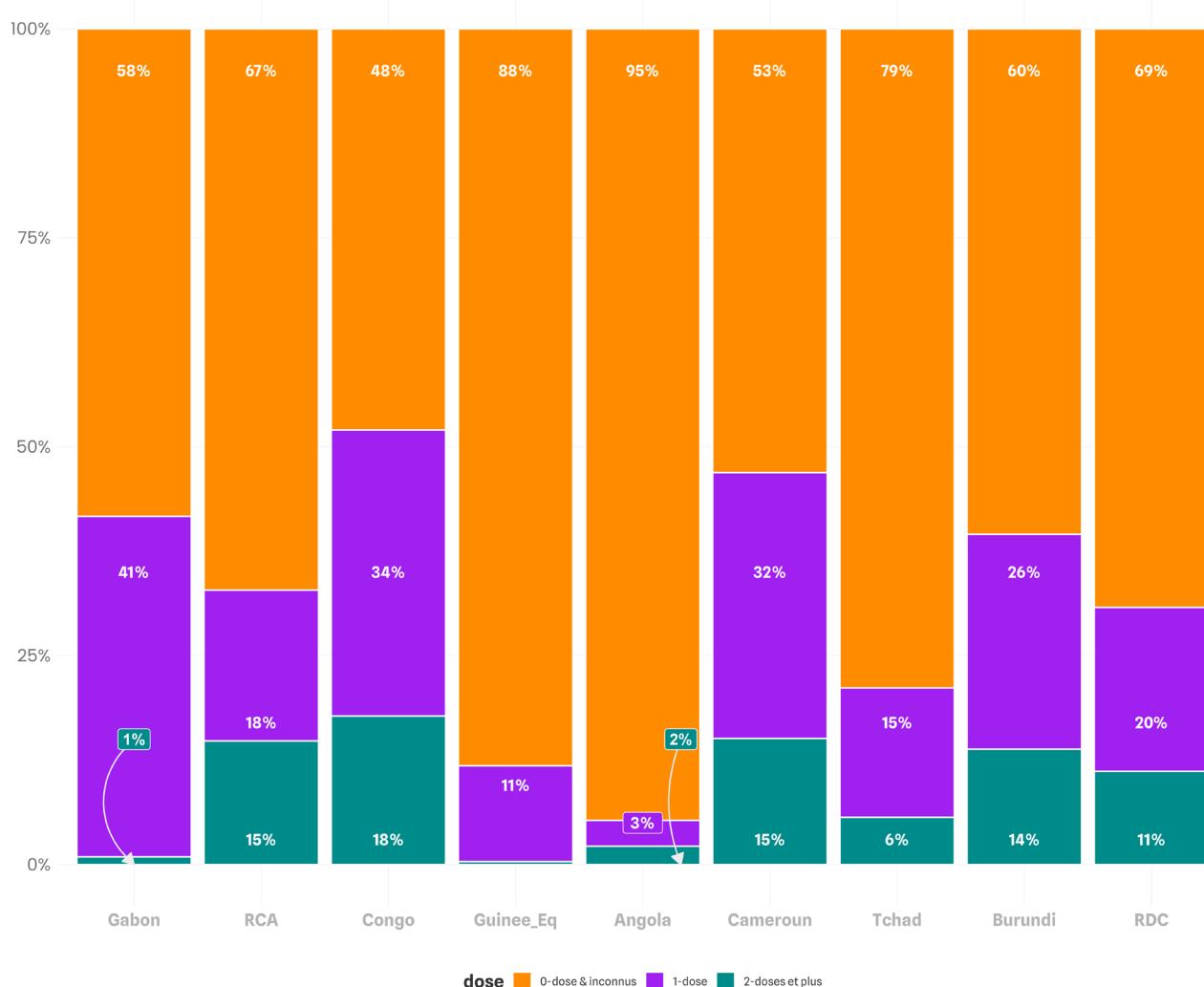


Figure 6 : Distribution des cas de rougeole selon le statut vaccinal par pays en Afrique centrale (données à fin novembre 2024)

### 1.5.3. Districts en épidémie

Sur les deux derniers mois, 126 districts sur les 1 262 ont rapporté moins un cas de rougeole : Gabon (1), RCA (3), Tchad (8), Congo (11), Burundi (12), Cameroun (39), et RDC (52).

Depuis le début de l'année 344 districts dans 9 pays (27.4%) ont été en épidémie contre aucun nouveau district sur les 08 dernières semaines (Figure 7). Sur les

huit dernières semaines, 72 districts sanitaires étaient encore en épidémie active (5,7%) (Figure 8) dans six pays : Guinée Équatoriale (1), Burundi (5), Congo (5), Cameroun (8), Tchad (9), et RDC (44).

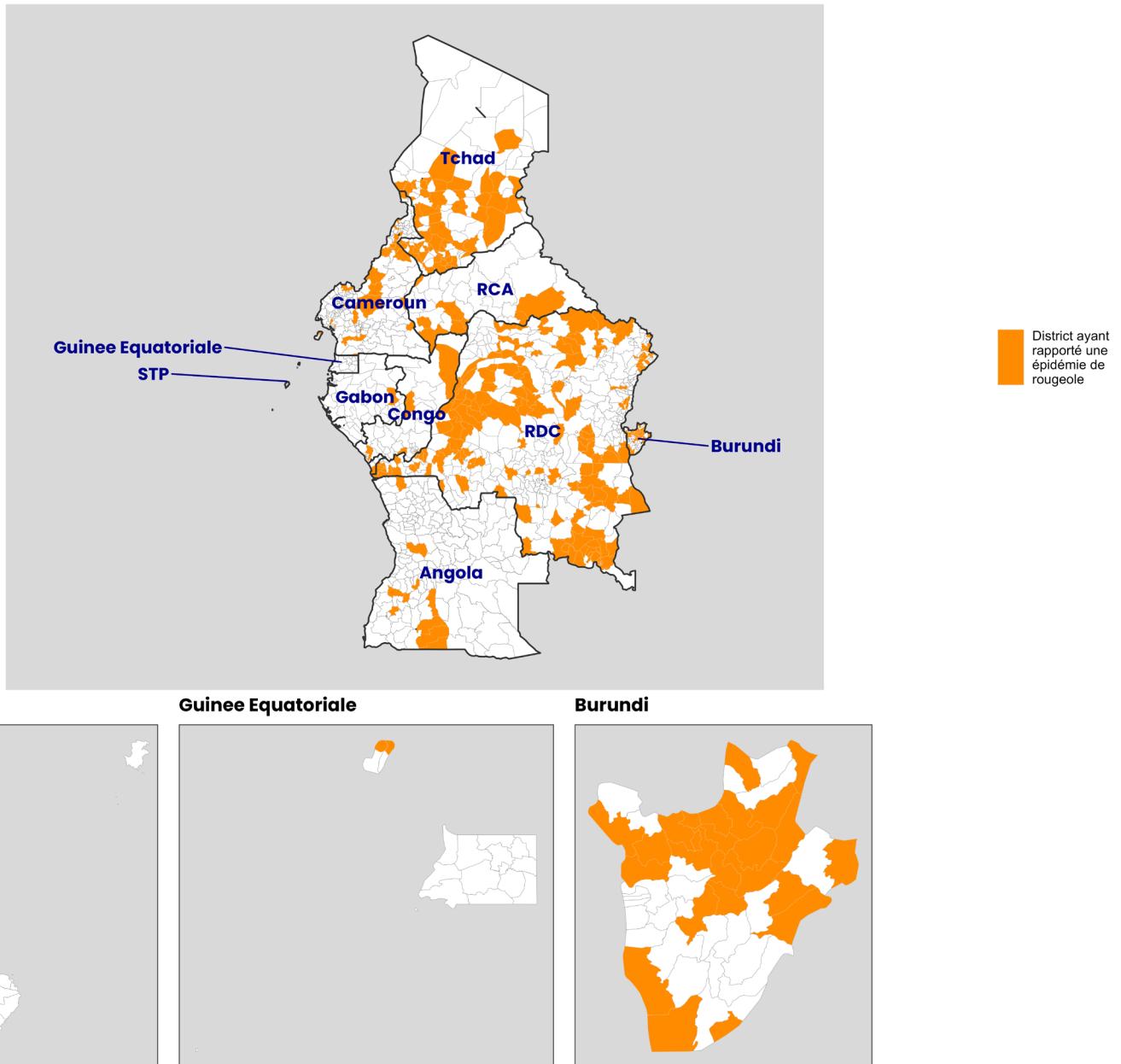


Figure 7 : Distribution géographique des districts sanitaires en épidémie de rougeole depuis le début d'année 2024

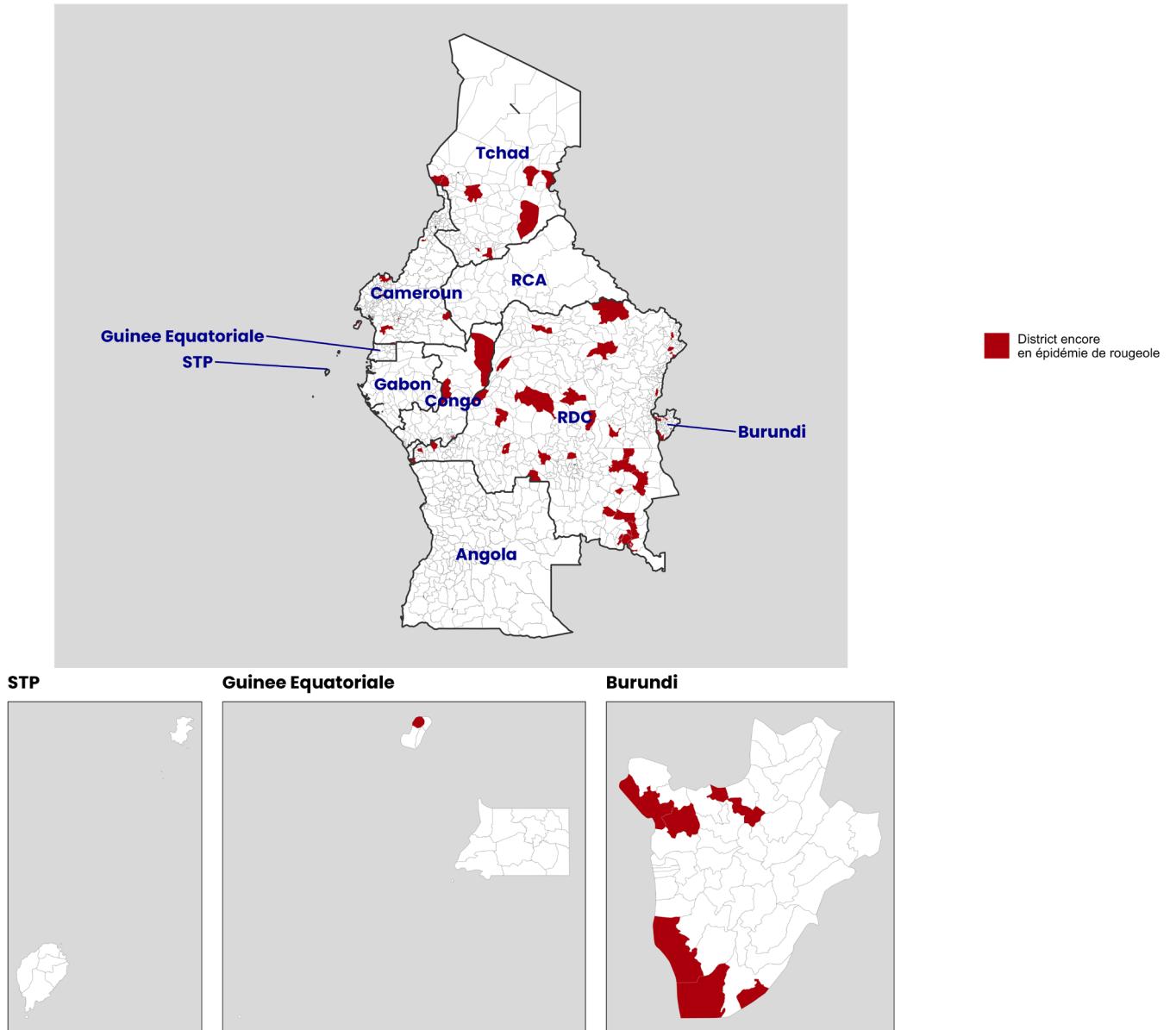


Figure 8 : Distribution géographique des districts sanitaires en épidémie de rougeole active au cours des deux derniers mois (octobre-novembre 2024) les

Le tableau VII présente le résumé de la distribution des districts sanitaires en épidémie en Afrique centrale par pays.

*Tableau VII : Récapitulatif de la distribution du nombre et pourcentage des districts de santé en épidémie par pays en Afrique centrale*

Pays	Total Districts	#districts en épidémie en 2024	% district en épidémie en 2024	#districts encore en épidémie	% district encore en épidémie	#districts entrés en épidémie durant les 08 dernières semaines	% district entrés en épidémie durant les 08 dernières semaines
Angola	170	11	6.5	0	0.0	0	0.0
Burundi	49	23	46.9	5	10.2	0	0.0
Cameroun	203	33	16.3	8	3.9	0	0.0
Congo	52	8	15.4	5	9.6	0	0.0
Gabon	51	1	2.0	0	0.0	0	0.0
Guinée Equato-riale	18	2	11.1	1	5.6	0	0.0
RCA	35	12	34.3	0	0.0	0	0.0
RDC	519	181	34.9	44	8.5	0	0.0
STP	7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Tchad	158	73	46.2	9	5.7	0	0.0
Afrique Centrale	1 262	344	27.3	72	5.7	0	0.0

#### 1.5.4. Indicateurs majeurs de performance de la surveillance de la rougeole

La figure 9 présente la distribution du taux d'éruptions cutanées fébriles non rougeoleuses par pays en 2024 et 2023 au cours de la même période (Janvier-novembre). Le Burundi (1.4/100 000), et l'Angola (0.4/100 000) ont été les seuls à avoir enregistré un taux inférieur à 2/100 000 en 2024.

La figure 10 présente la distribution du **pourcentage de districts avec au moins un cas suspect de rougeole investigué et prélevé par pays** en 2024 et 2023 au cours de la même période (janvier-novembre). Le Congo, Le Burundi, le Cameroun, la RCA et le Tchad ont enregistré des cas investigués et prélevés dans au moins 80% de districts de santé en 2024. Par contre, seul l'Angola a enregistré moins de 50% de districts avec au moins cas investigué en 2024.

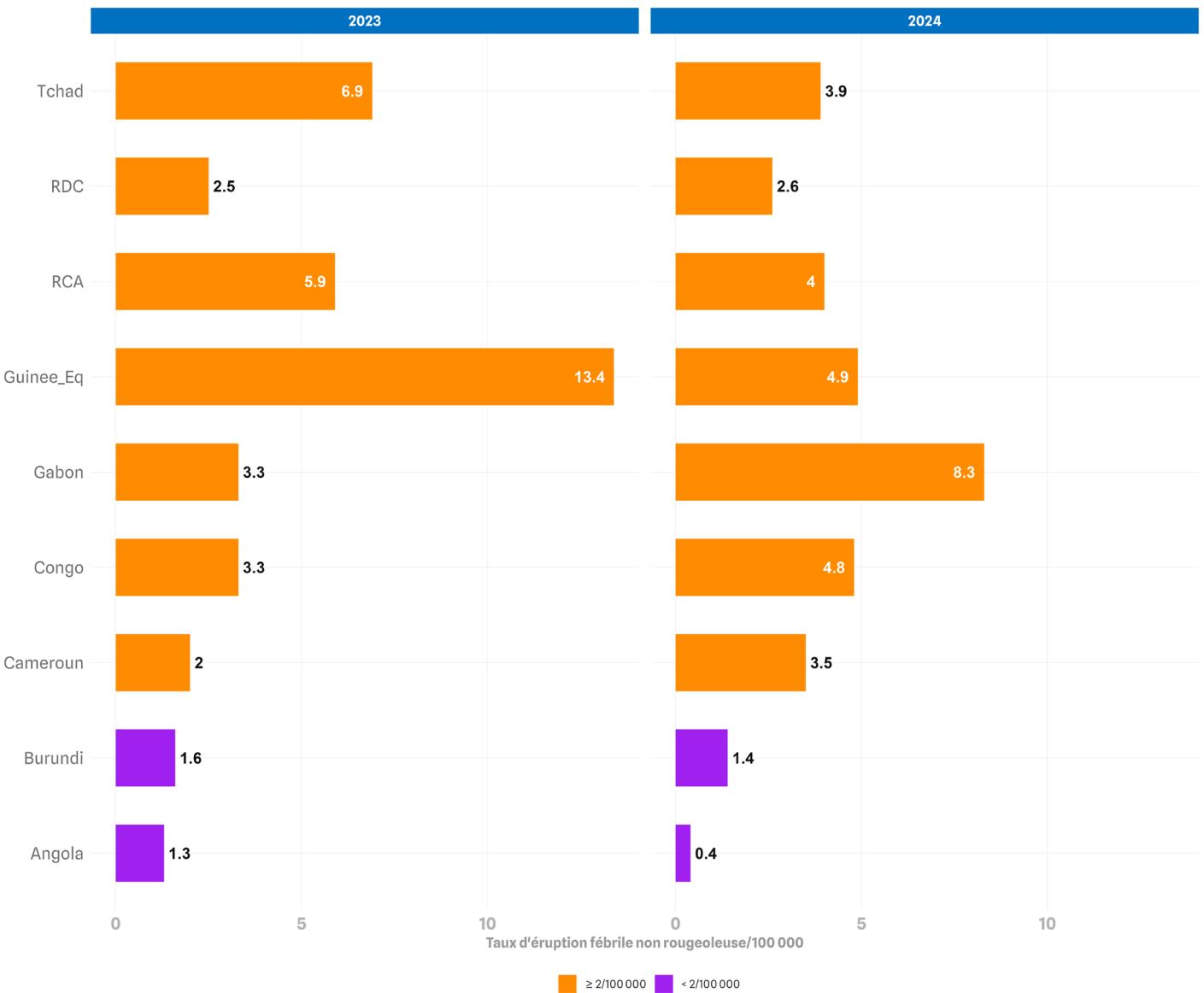


Figure 9 : Taux d'éruptions cutanées fébriles non rougeoleuses par pays en Afrique centrale à fin novembre 2024.



Figure 10 : Pourcentage de districts ayant investigué et prélevé au moins un cas suspect de rougeole dans les pays en Afrique centrale à fin novembre 2024.

## 2. Focus sur un pays

# Cameroun : premier passage de la campagne de rattrapage de la vaccination des enfants zéro-dose et sous-vaccinés

### 2.1. Introduction

Au Cameroun, comme dans l'ensemble des pays de la région africaine de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la pandémie de la COVID-19 a eu un impact négatif sur l'offre et l'utilisation des services de vaccination. Ce qui a conduit à une augmentation importante du nombre d'enfants non-vaccinés, communément appelés Zéro-dose, et insuffisamment vaccinés. Le Cameroun figure parmi les parmi les pays de la région africaine ayant enregistré le plus grand nombre d'enfants zéro-dose, en conséquence parmi les pays prioritaires de l'initiative de Grand Rattrapage mis en place par l'OMS, l'UNICEF et le Secrétariat de Gavi en 2023.

De 2019 à 2022, selon les estimations de l'IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation), le Cameroun a enregistré 777 331 enfants zéro-dose et 579 099 enfants insuffisamment vaccinés. En vue du rattrapage de la vaccination de ces enfants, le Cameroun a élaboré en 2024, un plan de relance de la vaccination avec pour objectif d'atteindre 40% des enfants zéro-dose ( $n=299\,654$ ) et insuffisamment vaccinés ( $n=231\,295$ ) d'ici à fin 2025. Ce plan a été approuvé par les partenaires de l'Initiative Grand Rattrapage à travers le Groupe de Travail Régional sur la Vaccination (GTRV) pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Comme suite, 2 129 000 doses additionnelles destinées au Grand rattrapage ont été livrées ou sont en cours de livraison au Cameroun, incluant plusieurs antigènes ou combinaison d'antigènes (Vaccin Pentavalent (Penta), Vaccin contre la Rougeole (VAR), Vaccin anti-polio inactivé (VPI), Vaccin Polio Oral bivalent (VPOb), Vaccin conjugué contre le Pneumocoque, vaccin antiamaril (VAA).

### 2.2. Districts impliqués dans le premier passage de la campagne de Grand Rattrapage

En préparation à la mise en œuvre du Grand Rattrapage, le Cameroun a révisé sa politique nationale de vaccinale ainsi que les outils de collecte de données de la vaccination de routine afin de prendre en compte les enfants âgés de 24-59 mois et permettre ainsi la mise en œuvre du plan de Grand Rattrapage. Le Cameroun a prévu d'ici à fin janvier 2025, d'organiser trois campagnes d'intensification de la vaccination de routine afin de rattraper les enfants qui, depuis 2019, ont manqué tout ou partie des vaccins du calendrier national en vigueur. La première campagne a été organisée du 23 au 30 Septembre 2024 dans les 10 régions du pays, ciblant les districts sanitaires ayant la charge la plus élevée d'enfants zéro-dose et insuffisamment vaccinés. Tableau VII présente la distribution du nombre de districts sanitaires concernés par cette campagne par région.

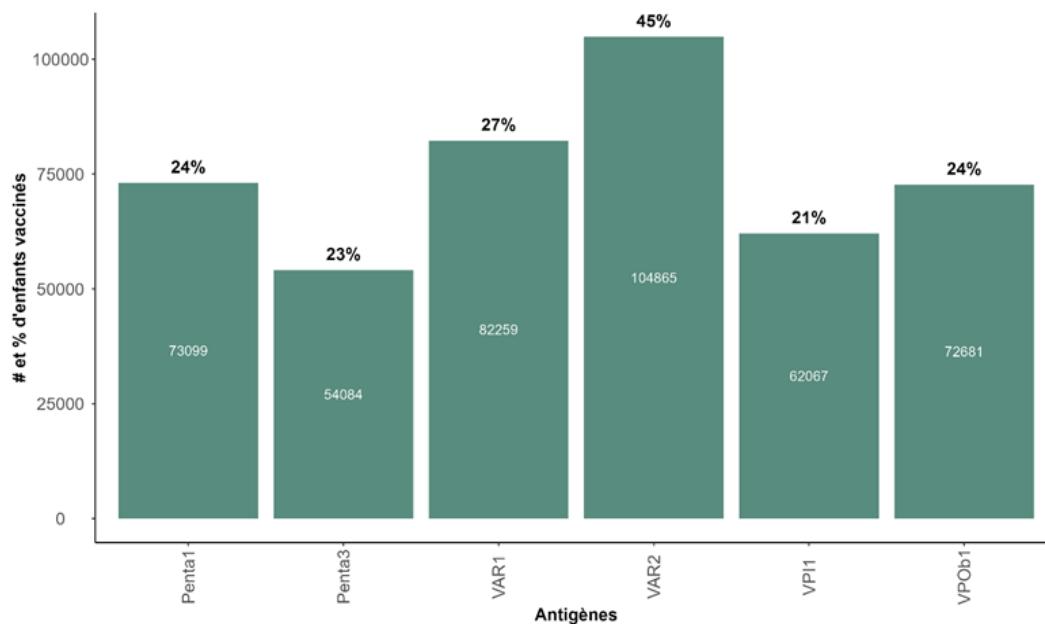
*Tableau VIII : Distribution des districts sanitaires ayant participé à la première campagne de Grand Rattrapage par région*

Région	Districts mettant en œuvre le Grand Rattrapage	Total des districts	% districts
Nord	13	15	87
Adamaoua	9	11	82
Sud	8	12	67
Est	9	15	60
Extreme Nord	16	32	50
Sud Ouest	6	19	32
Nord Ouest	6	20	30
Ouest	4	20	20
Littoral	4	24	17
Centre	5	32	16
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>200</b>	<b>40</b>

## 2.3. Résultats du premier passage de la campagne de Grand Rattrapage

Les vaccins Penta, VAR, VPI et VPOb ont été administrés au cours de ce premier passage. Le pays a aussi utilisé cette opportunité pour rattraper les enfants éligibles ayant manqué tout ou partie des doses du vaccin contre le paludisme (VAP), introduit dans la vaccination de routine en janvier 2024.

La figure 11 présente le nombre d'enfants rattrapés au cours de ce premier passage ainsi que la performance pour chaque antigène ou combinaison d'antigènes (pourcentage d'enfants vaccinés sur la cible du Grand Rattrapage).



*Figure 11 : Nombre et pourcentage d'enfants vaccinés au cours de la première campagne de Grand Rattrapage, par antigène*

Le nombre le plus élevé d'enfants rattrapés a été enregistré pour le VAR2 (45% de la cible contre 23% pour le penta3). Cette situation est vraisemblablement due au fait que le VAR2 est le vaccin le plus récemment introduit parmi ceux concernés par le Grand Rattrapage, et a la couverture vaccinale administrative la plus faible (56% en 2023 comparé à 82% pour le VAR1 et 83% pour le penta3). La figure 2 présentent la performance des régions par antigène au terme du premier passage de la campagne de Grand Rattrapage.

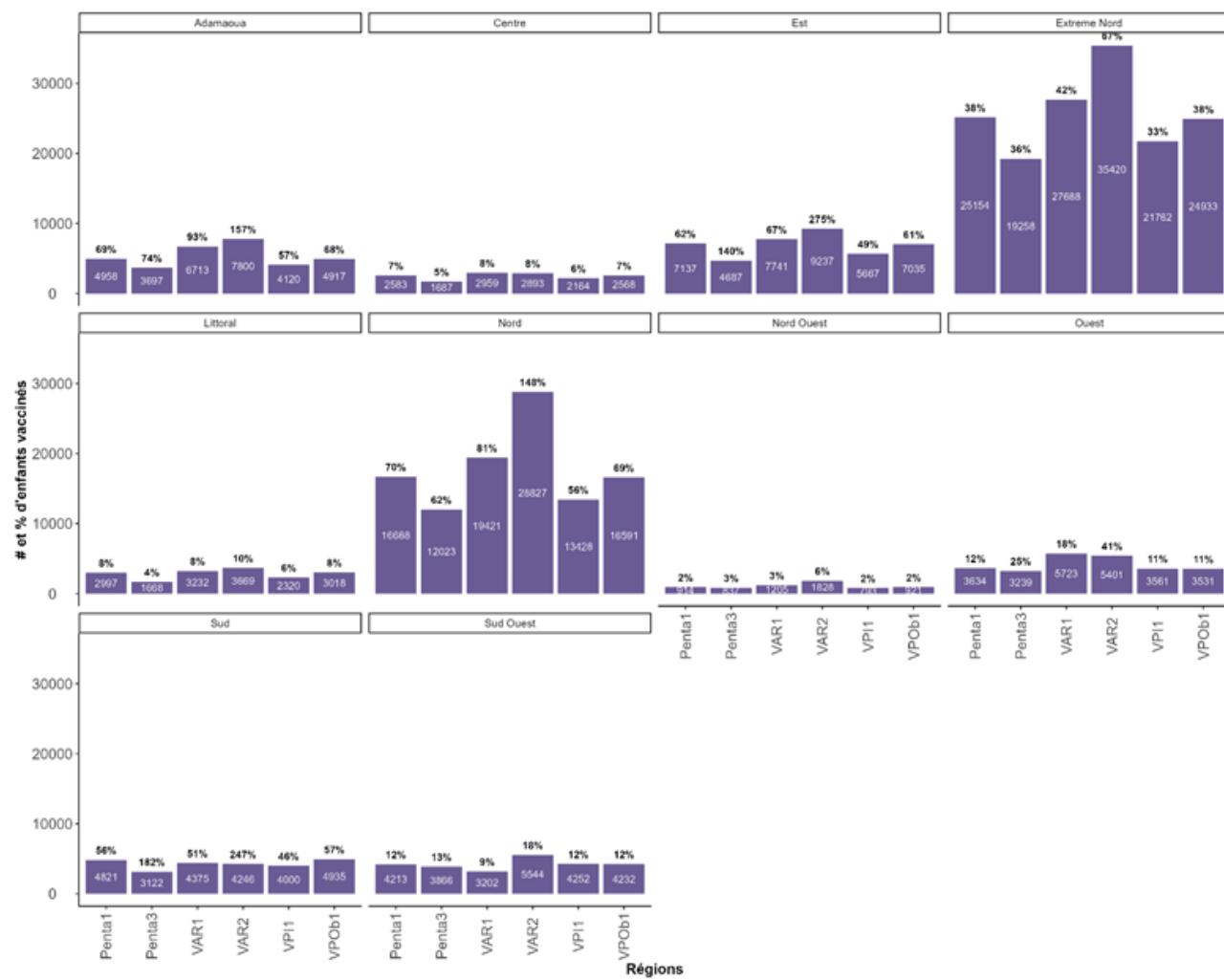


Figure 12 : Nombre et pourcentage d'enfants vaccinés au terme du premier passage de la campagne de Grand Rattrapage par région et antigène.

Les Régions du Nord-Ouest, Centre et Littoral ont enregistré les plus faibles performances tandis que les régions d'Adamaoua, Est, Extrême Nord et Nord ont enregistré les meilleures performances.

## 2.4. Vaccination contre le Paludisme pendant la campagne de Grand Rattrapage

Les doses 1, 2 et 3 du VAP ont été prises en compte dans le premier passage de la campagne de Grand Rattrapage. Le Figure 3 montre l'évolution du nombre d'enfants vaccinés par le VAP par dose et par mois depuis le lancement de la vaccination contre le Paludisme en janvier 2024.

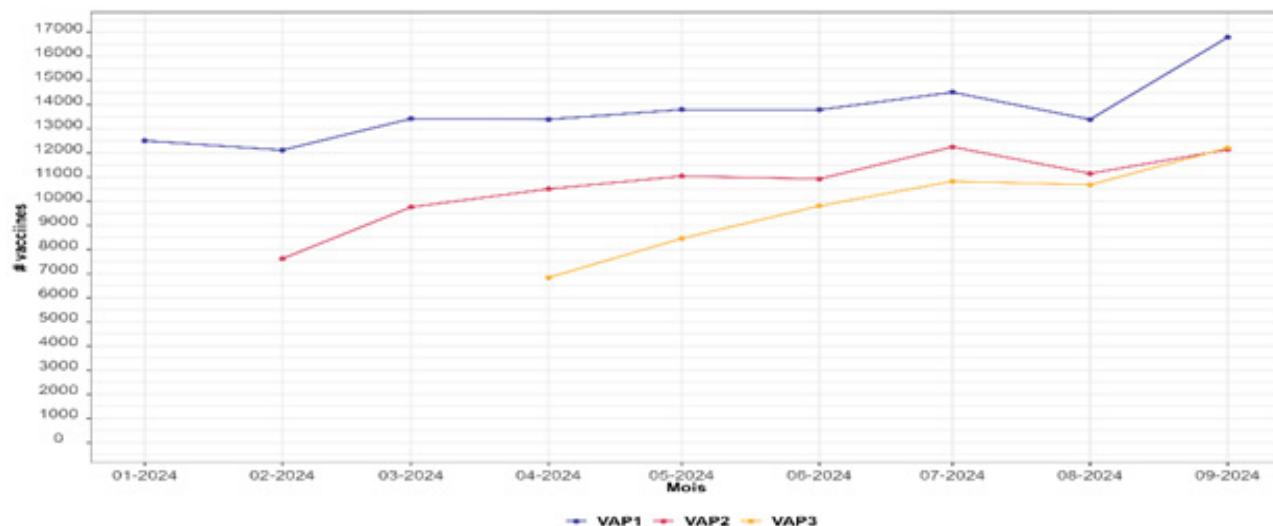


Figure 13 : Nombre d'enfants vaccinés par le vaccin contre le paludisme (VAP) par mois au Cameroun

On observe une forte augmentation du nombre d'enfants vaccinés en septembre 2024 comparé aux mois précédents, surtout pour le VAP1, imputable au Grand Rattrapage. La figure 14 présente la distribution du nombre d'enfants vaccinés en septembre 2024 par stratégie (Campagne de rattrapage, Vaccination de routine) et par dose. Il ressort que 92% des enfants vaccinés au VAP1 en septembre 2024 l'ont été via la campagne de Grand Rattrapage.

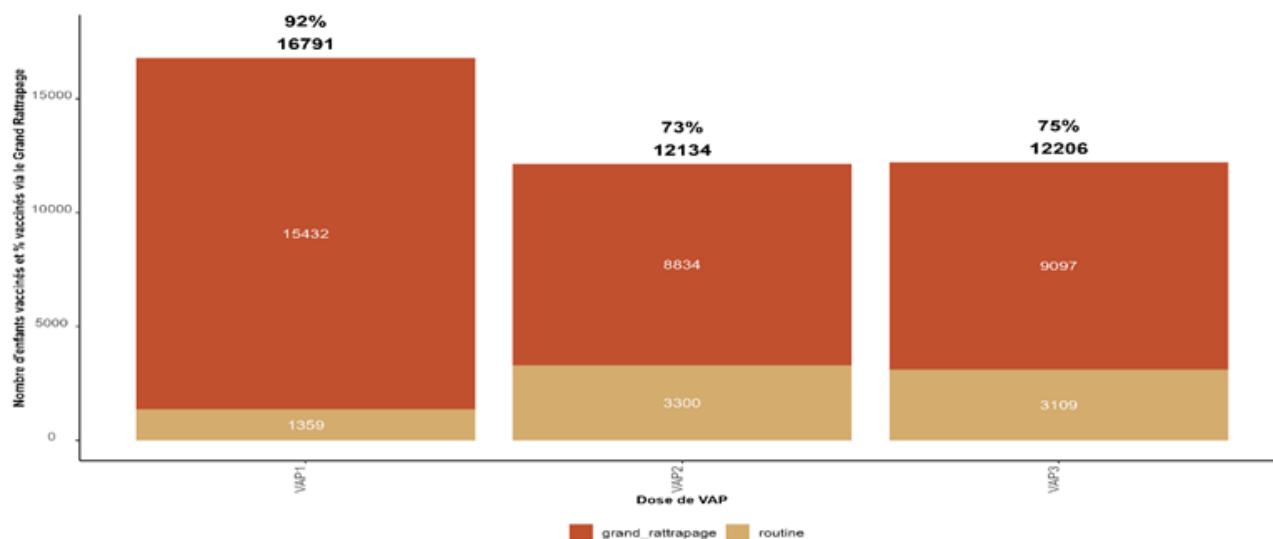
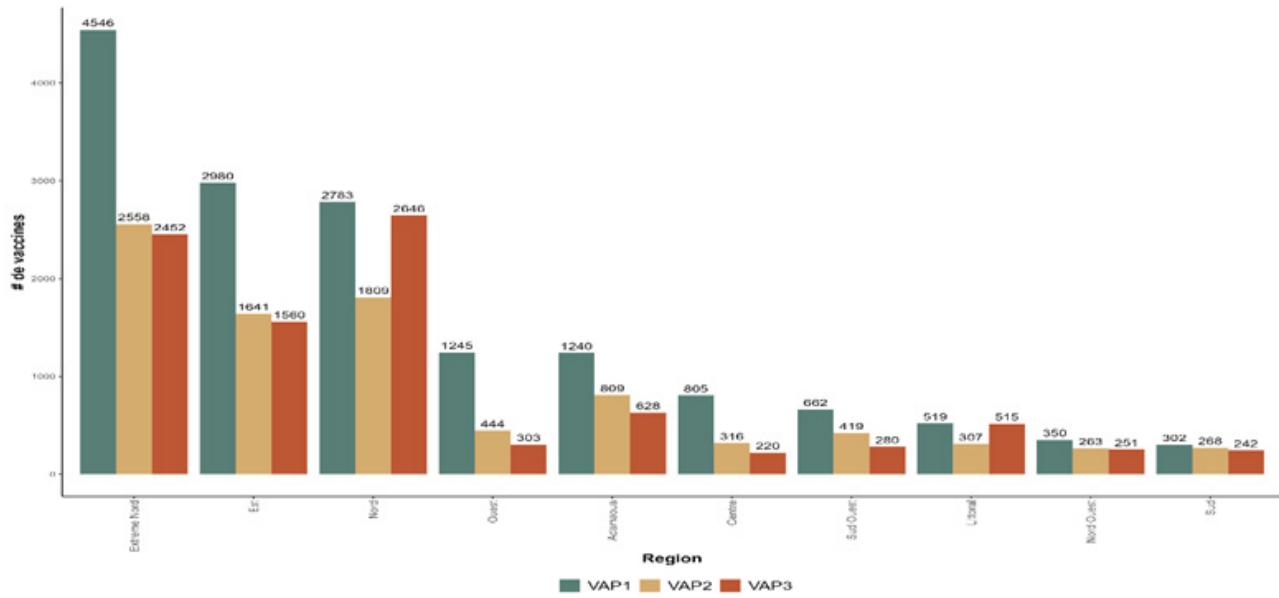


Figure 14 : Nombre et pourcentage d'enfants vaccinés par VAP en septembre 2024 par stratégie et par dose au Cameroun

Figure 15 présente la distribution du nombre d'enfants vaccinés par le VAP par dose lors de la campagne de Grand Rattrapage. En considérant comme traceurs le Penta1 pour les enfants zéro-dose et le Penta3 pour les enfants insuffisamment vaccinés, la proportion des enfants rattrapés a été de 24% et 27% respectivement. Les régions de l'Extrême Nord, Est et Nord ont enregistré le plus grand nombre d'enfants vaccinés lors de ce premier passage.



*Figure 15 : Nombre d'enfants vaccinés durant le premier passage de la campagne de Grand Rattrapage par dose et par région au Cameroun*

L'Extrême Nord, l'Est et le Nord restent les régions qui ont enregistré les plus grands nombres de vaccinés par le VAP au cours de la campagne de grand rattrapage.

## 2.5. Conclusion

La Grand Rattrapage a bien commencé au Cameroun avec l'organisation du premier passage de la campagne d'intensification de la vaccination de routine. L'extrême Nord, l'Est, le Nord et Adamaoua ont enregistré les meilleures performances tandis que les régions du Nord-Ouest, Centre et Littoral ont enregistré les plus faibles performances. Une analyse rapide des causes de faibles performances dans les régions, du centre et Littoral permettrait d'identifier les mesures correctrices dans la perspective du second passage prévu en décembre 2024.

Les deux autres passages de la campagne de Grand Rattrapage devrait permettre aux enfants zéro-dose enrôlés lors du premier passage de recevoir les doses subséquentes, mais aussi de rattraper de nouveaux enfants afin de se rapprocher des cibles fixées.

La prise en compte du VAP dans le cadre du Grand Rattrapage peut être considérée comme une bonne pratique à poursuivre et à documenter.

### 3. Focus sur un évènement : Mission conjointe des partenaires de l'Alliance Gavi à Sao Tomé-et-Principe

Une mission conjointe des partenaires de l'alliance GAVI a eu lieu à São Tomé et Príncipe (STP) du 28 octobre au 1er novembre 2024.

La mission était dirigée par Dr Marthe Sylvie Essengue Elouma (Directrice régionale pour les pays de l'Afrique centrale et de l'ouest) pour le Secrétariat de Gavi, Madame Yolande Vuo-Masembe (Chargée de la vaccination de Routine à l'Equipe d'Appui Interpays pour l'Afrique du centre) pour l'OMS et Dr Celestin Traoré (Spécialiste principal & Chef d'équipe vaccination au niveau du Bureau Régional pour l'Afrique de l'ouest et du centre) pour l'UNICEF et a connu la participation de Mr Alvaro André de la Banque Mondiale

Cette mission visait pour objectif général de promouvoir la durabilité du programme de vaccination de STP dans le cadre des soins de santé primaires (SSP) et à suivre les initiatives

financées par Gavi. Les objectifs spécifiques étaient les suivants :

- Inciter les dirigeants gouvernementaux à augmenter le financement national à la santé, à soutenir les efforts de vaccination durable et de SSP, en vue de la sortie du soutien de Gavi.
- Maintenir les acquis du programme de vaccination dans le respect des engagements pris dans le cadre du partenariat Gavi-STP et en préparant une transition en douceur au fur et à mesure que le soutien de Gavi se réduit.
- Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités financées par Gavi, et convenir des ajustements stratégiques nécessaires visant à améliorer l'efficacité du programme de vaccination.



Rencontre de la délégation de l'Alliance Gavi avec le Président de la République de STP

La mission a eu des entretiens avec le Président de la République, le Premier Ministre, le Ministre de la Santé et des Droits des femmes, le Coordonnateur Résident du Système des Nations Unies, le Directeur du Budget du Ministre des Finances, et a eu des séances de travail avec l'équipe du Programme Elargi de Vaccination, les équipes pays partenaires (UNICEF, OMS, PNUD) ainsi que les Prestataires de soins de santé et agents de santé communautaires

Les membres de la mission ont apprécié la qualité des échanges qu'ils ont eu avec les autorités nationales et autres parties prenantes. Il est ressorti de ces discussions les principales conclusions suivantes :

**Engagement du gouvernement :** Le Président et le Premier Ministre se sont engagés politiquement à assurer un financement durable de la vaccination. Le président est un champion de la vaccination et est très engagé dans la transition hors du soutien de Gavi. Le premier ministre a renouvelé son engagement à veiller à ce que les ressources nationales soient utilisées et maintenues pour financer le programme de vaccination, à améliorer l'optimisation des ressources et à explorer des approches novatrices pour financer l'immunisation.

**Coordination stratégique :** la mission a reconnu la nécessité de mettre en place un mécanisme de coordination pour le secteur de la santé, incluant toutes les parties prenantes, et de revitaliser le groupe technique sur la vaccination.

**Financement et transition de la santé :** la mission a encouragé le gouvernement à renforcer la mise en œuvre de la feuille de route de la transition, à élaborer et à mettre en œuvre une stratégie de financement durable du système de santé, et à guider les membres du Parlement pour plaider en faveur d'une augmentation du budget de la santé et de la vaccination.

**Rattraper les enfants à dose zéro :** la mission encourage le ministère de la Santé à reprogrammer ses fonds d'équité vers des activités spécifiques à l'identification et au rattrapage des enfants zéro-dose.



Visite de courtoisie à Mme le Ministre de la santé et son équipe

## **Copyright**

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé. Toute correspondance y relative peut être adressée aux personnes suivantes : Dr Franck Mboussou, Medical Officer (Immunization/IST) mboussou@who.int Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction de la présente publication — que ce soit pour la vente ou une diffusion à des fins non commerciales — doivent être envoyées à la même adresse. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

### **Equipe de rédaction :**

- Franck Fortuné Mboussou (VPD IST-CA Point Focal)
- Sylvestre Dongmo, Epidémiologiste.
- Benedict Nguibis, Data Analyst.

### **Contributeurs**

- Maurice Demanou
- Yolande Vuo-Masembe
- Celestin Danwang
- Claude Mangobo
- Regis Obiang
- Verena Tshibombo
- Aissata Diaha
- Edinam Agbenu
- Linda Djinkou
- Raissa Moussounda
- Alain Christian Togue
- Christian Akani
- Edie Alain Kemenang
- Cedric Nanema