



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

Organisation mondiale de la Santé
Région africaine



BULLETIN BIMESTRIEL

Janvier - Février 2025

**Situation de la
vaccination de routine
et de la surveillance des
Maladies à prévention
vaccinale en Afrique
centrale**

Sommaire

01

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
- 1.2. Surveillance des maladies à prévention vaccinale à fin décembre 2024: cas de la rougeole
- 1.3. Surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI).



Pages 5 - 18

02

Focus sur un pays -Burundi : Situation de la rougeole à la semaine épidémiologique 7 (débutant le 10 février 2025)



Pages 19 - 22

03

Focus sur un événement : 4ème Forum national sur la vaccination et l'éradication de la poliomyélite en République Démocratique du Congo - 05-06 Mars 2025 -



Pages 23 - 25

Points Saillants

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 63% au Gabon et 114% en RCA.

82,5%

Couverture vaccinale médiane au DTC3 en Afrique centrale, oscillant entre 61% au Gabon et 102% en RCA.

80%

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

78,5%

Couverture vaccinale médiane au VAR1 en Afrique centrale, oscillant entre 51% en Guinée Équatoriale et 105% en RCA.

5

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

4/5

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

4

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

43%

Couverture médiane à la première dose du vaccin contre le paludisme dans les 4 pays ayant introduit ce vaccin

Surveillance de la rougeole

11094

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

9/10

Nombre de pays ayant enregistré des districts en épidémie de rougeole de janvier à décembre 2024 (à l'exception de : STP).

28%

Proportion des districts en Afrique centrale ayant été en épidémie de janvier à décembre 2024.

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



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

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 Sao Tome et Principe (STP) ont soumis les données du mois de décembre 2024, soit une promptitude de 80%. Les couvertures vaccinales dans ce bulletin ont été calculées au dernier mois des données disponibles pour chaque pays.

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

Pays	Mois du dernier rapport
Angola	Août 2024
STP	Octobre 2024
Burundi	Décembre 2024
Cameroun	Décembre 2024
Congo	Décembre 2024
Gabon	Décembre 2024
Guinée Equatoriale	Décembre 2024
RCA	Décembre 2024
RDC	Décembre 2024
Tchad	Décembre 2024

1.1.2. Couvertures vaccinales

1.1.2.1. Première et Troisième dose du vaccin pentavalent

Le sigle DTC a été utilisé, dans ce bulletin, pour désigner le vaccin pentavalent associant les antigènes de la Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Haemophilus influenzae B et Hépatite virale B ; les chiffres 1,2 et 3 indiquant les première, deuxième et troisième doses, 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 ; 114% au RCA], contre 82.5% au DTC3 [extrêmes 61% au Gabon et 102% au RCA] (Figure 1).

Le fait que certains pays ont enregistré des couvertures vaccinales au DTC1 supérieures à 100% (RCA, Tchad et RDC) traduit un problème de qualité de données. Ces problèmes sont liés à un sur-rapportage des enfants vaccinés ou à une sous-estimation des cibles. Ces problèmes sont mis en évidence par les écarts importants entre les couvertures vaccinales administratives et celles des enquêtes de couverture vaccinale ou des estimations de l'OMS et UNICEF (WUENIC). Ces écarts ont été très importants en RDC, Tchad, RCA et même Angola.



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

Au total 351 districts sur 1262 (28%) ont une couverture vaccinale au DTC3 supérieure à 100%: 209 en RDC (40,3% du total des districts dans le pays), 57 au Tchad (36.1%), 22 au Cameroun (10.8%), 18 en RCA (51.4%), 15 en Angola (9.1%), 11 au Burundi (22.4%), 8 au Congo (15.4%), 8 en Guinée Equatoriale (44.4%), et 3 au Gabon (5.9%), ceci pourrait traduire un problème de qualité de données. La figure 2 présente la distribution des couvertures vaccinales au DTC3 par district sanitaire dans les pays d'Afrique centrale.

La proportion moyenne des districts ayant moins de 80% de couverture vaccinale en DTC3 était de 44% (825 sur 1 262 districts sanitaires) [extrêmes 14% en RDC; 86% à STP].

La figure 2 présente la distribution des couvertures vaccinales au DTC3 par district sanitaire dans les pays d'Afrique centrale

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: **84% pour le Gabon, 71% pour STP, 67% pour l'Angola, 53% pour le Burundi, 49% pour le Cameroun, 35% pour le Congo, 28% pour la Guinée Equatoriale, 14.1% pour la RDC, 14% pour la RCA et 11% pour le Tchad.**

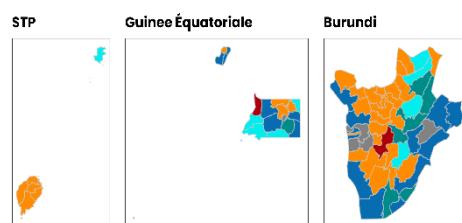
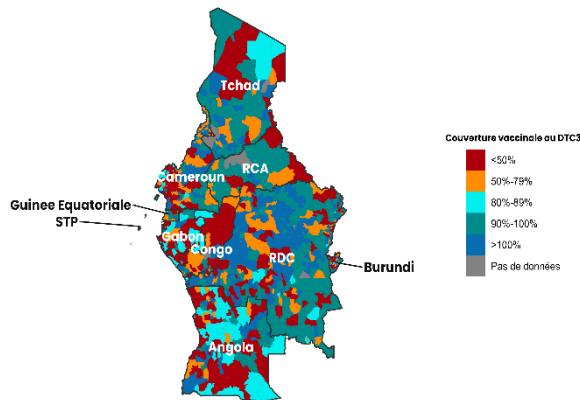


Figure 2: Distribution des couvertures vaccinales au DTC3 dans les districts de santé de l'Afrique centrale.

La figure 3 montre la proportion de districts avec moins de 80% de couverture vaccinale au DTC3 au dernier mois des données disponibles comparé au mois précédent.

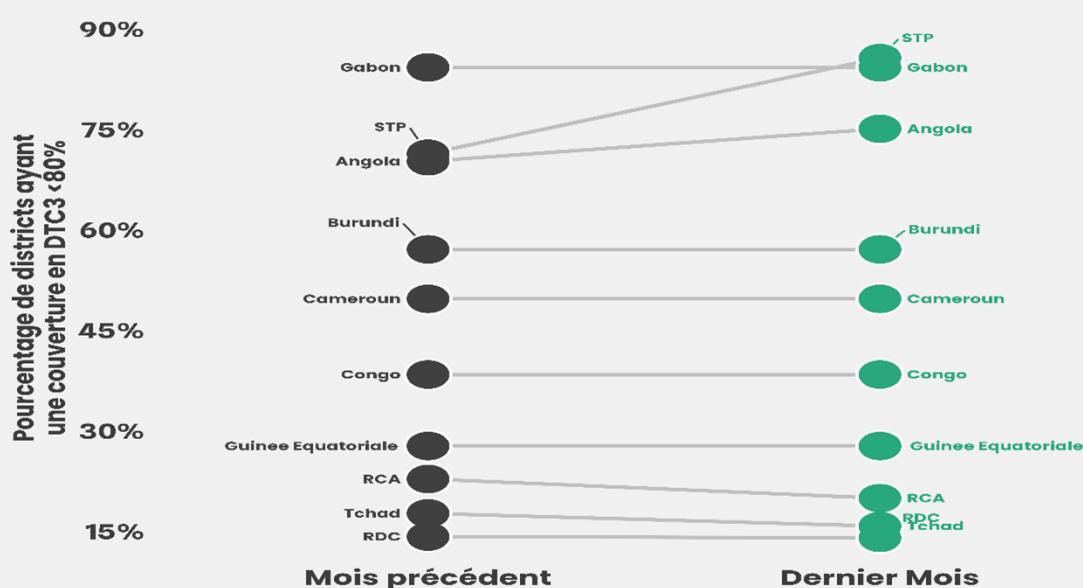


Figure 3: Proportion de districts avec moins de 80% de couverture vaccinale au DTC3 au dernier mois des données disponibles comparé au mois précédent par pays en Afrique centrale.

Cette proportion a légèrement baissé en RCA (-2.86%), en RDC (-0.19%) et au Tchad (-1.90%), a augmenté en Angola (+4.8%) et à STP (+14.3%). Elle est restée stationnaire au Burundi, Cameroun, Congo, Gabon et en Guinée Equatoriale.

1.1.2.2. Vaccins co-administrés à la naissance : BCG, VPOO et HepB0.

Le nombre de pays ayant atteint ou dépassé 90% de couverture vaccinale au Bacille Calmette-Guérin (BCG) était de 3 sur 10 (30%): le **Cameroun (92%)**, la **RCA (92%)** , et le **Tchad (105%)**. L'Angola, le Cameroun, la RDC, et le Tchad ont enregistré une couverture vaccinale au BCG supérieure à celle Vaccin Polio Oral donné à la naissance (VPOO). Dans les 6 autres pays (Burundi, Congo, Gabon, Guinée Equatoriale, RCA, et STP), les couvertures vaccinales aux BCG et VPOO étaient similaires, mais inférieures

à 90%. Trois pays ont introduit le vaccin au Vaccin contre l'Hépatite B donné à la naissance (HepB0): Angola, Guinée Équatoriale et STP. Parmi ces pays, la Guinée Equatoriale a dépassé 90% de couverture vaccinale. Les couvertures vaccinales au HepB0 dans ces deux autres pays étaient respectivement de 58% en Angola et 56% à STP . 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.

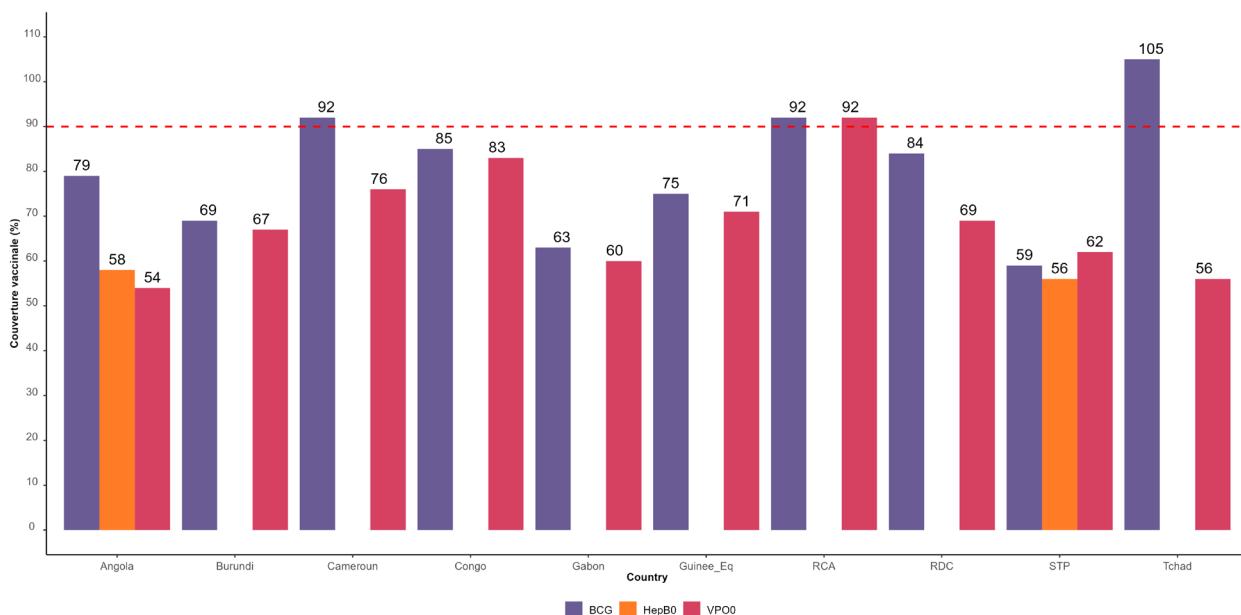


Figure 4: Couverture vaccinale au BCG, VPOO, HepB0 au niveau national dans les pays de l'Afrique centrale

1.1.2.3. 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, aux VAR1 et VAA les pays de l'Afrique centrale. Le Burundi est le seul pays de la sous-région n'ayant pas encore introduit le VAA dans son Programme Elargi de Vaccination (PEV).

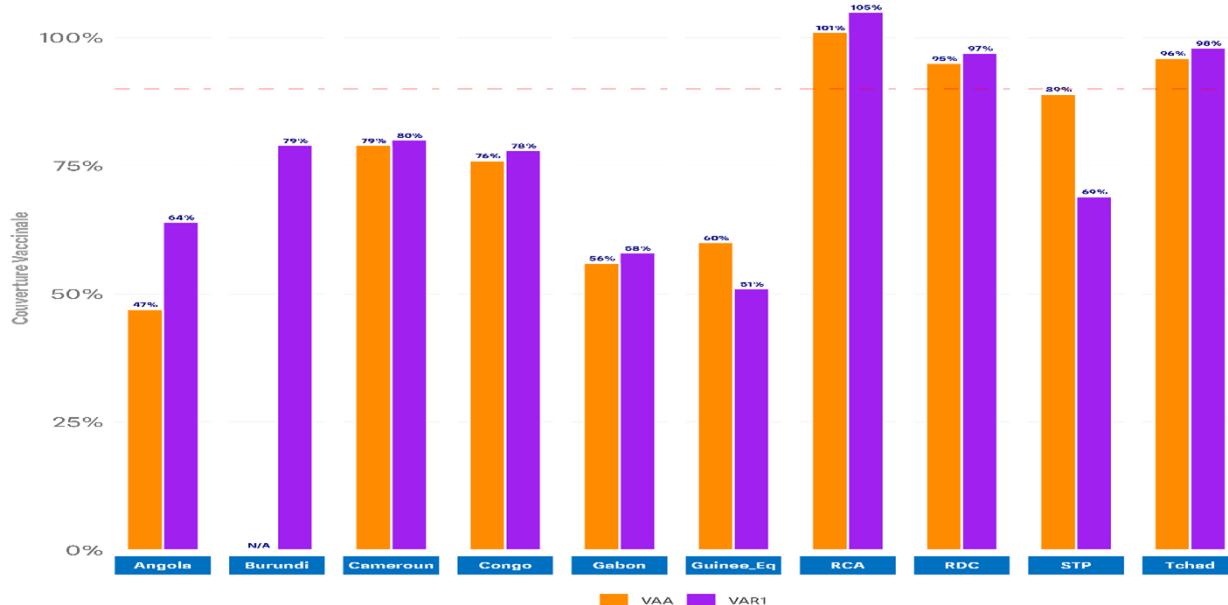


Figure 5: Couverture vaccinale par le VAR1 et VAA au niveau national en Afrique centrale

Les couvertures vaccinales médianes étaient de 79% [étendue: 47% en Angola; 101% en RCA] au VAA et 78.5% [étendue: 51% en Guinée Equatoriale; 105% en RCA] 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 en STP.

1.1.3. Préparation et mise en œuvre du Grand Rattrapage

Les 5 pays de l'Afrique centrale prioritaires pour

l'initiative de Grand Rattrapage ont soumis leur rapport du quatrième trimestre 2024 via la plateforme électronique mise en place par le Groupe Régional de Travail sur la Vaccination (GRTV) de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Il s'agit du Burundi, de la RDC, du Cameroun, du RCA et du Tchad. Quatre pays sur les cinq (excepté la RCA) ont commencé à mettre en œuvre l'initiative de grand rattrapage quoi que celle-soit limitée à une province en RDC. Les antigènes suivants ont été administrés dans le cadre du grand rattrapage : DTC (3 doses), VAR (2 doses), IPV (1 dose) et bOPV (1 dose). La figure 6 présente les nombres d'enfants vaccinés au DTC et VAR dans le cadre du grand rattrapage à la fin du quatrième trimestre 2024.

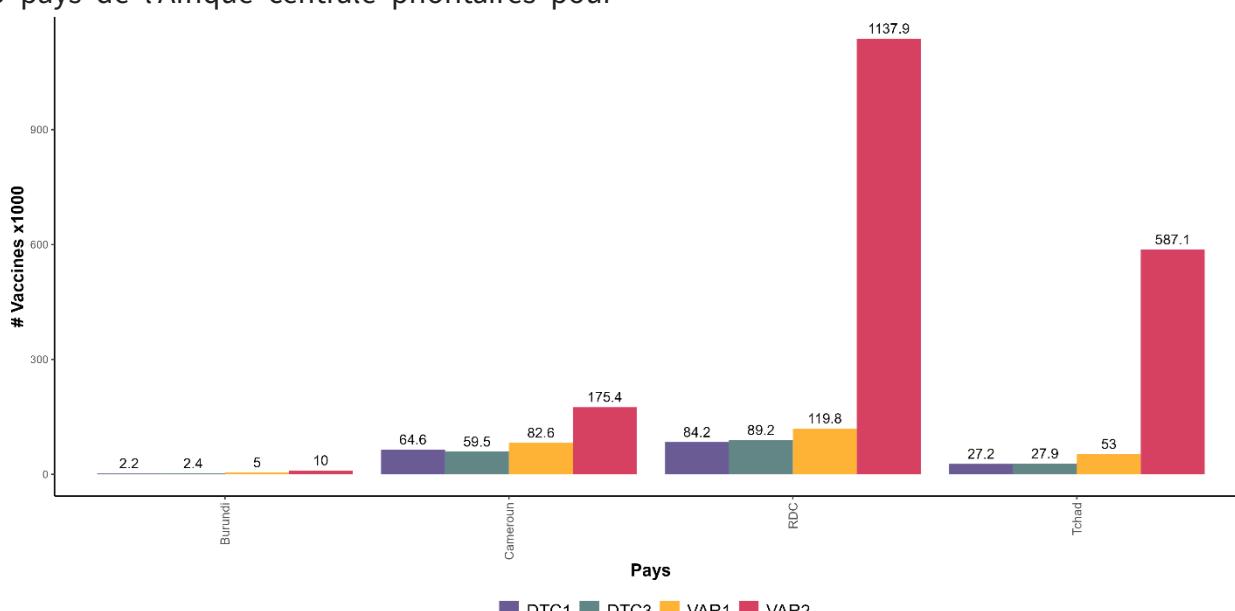


Figure 6: Enfants vaccinés par DTC et VAR dans le cadre du grand rattrapage à la fin du quatrième trimestre 2024 dans les pays prioritaires de l'Afrique centrale.

Dans tous les pays, le VAR2 a été le vaccin qui a enregistré le nombre le plus élevé d'enfants vaccinés. Ceci est probablement dû au fait que ce vaccin se donne au-delà de 12 mois dans le cadre de la vaccination de routine. Les données rapportées inclus les enfants vaccinés dans le cadre de la vaccination de routine. Le Burundi a enregistré les nombres de vaccinés les moins élevés ; ceci est dû au fait que la mise en œuvre du grand rattrapage n'a

commencé qu'en fin décembre 2024, soit à la fin de la période couverte par le présent rapport.

La figure 7 présente la performance en termes de proportion d'enfants vaccinés par rapport à la cible du plan de grand rattrapage à fin décembre 2024 par pays.

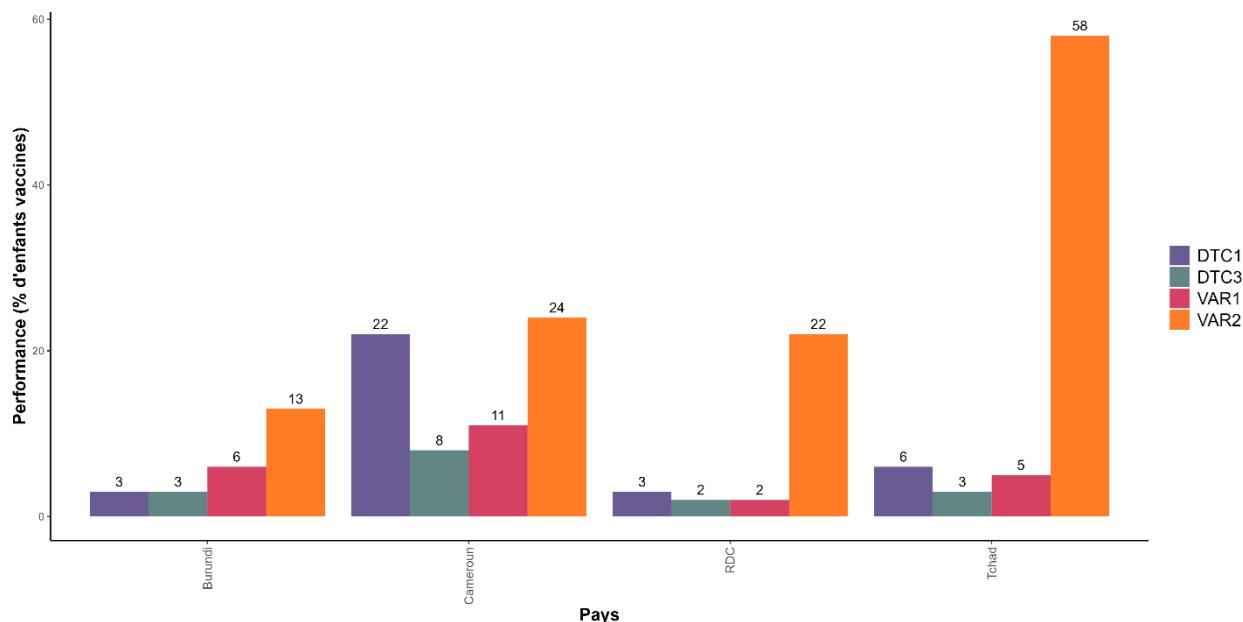


Figure 7: Proportion d'enfants vaccinés par rapport à ceux ciblés dans les plans de grand rattrapage par pays et pour DTC1, DTC3, VAR1 et VAR2

Les performances concernant le VAR2 sont les plus élevées dans tous les pays en raison d'un possible sur-rapportage du nombre d'enfants vaccinés.

1.1.4. Ajustement des couvertures vaccinales aux estimations WUENIC 2023

Les couvertures vaccinales 2024 ont été ajustées au ratio estimation WUENIC 2023/couverture administrative 2023. Les couvertures ajustées sont ainsi censées être proches des prochaines estimations WUENIC si la tendance des écarts en WUENIC et couverture administrative ne change pas. La figure 8 présente une comparaison des couvertures administratives 2024 et ajustées avec DTC1, DTC3 et VAR1.

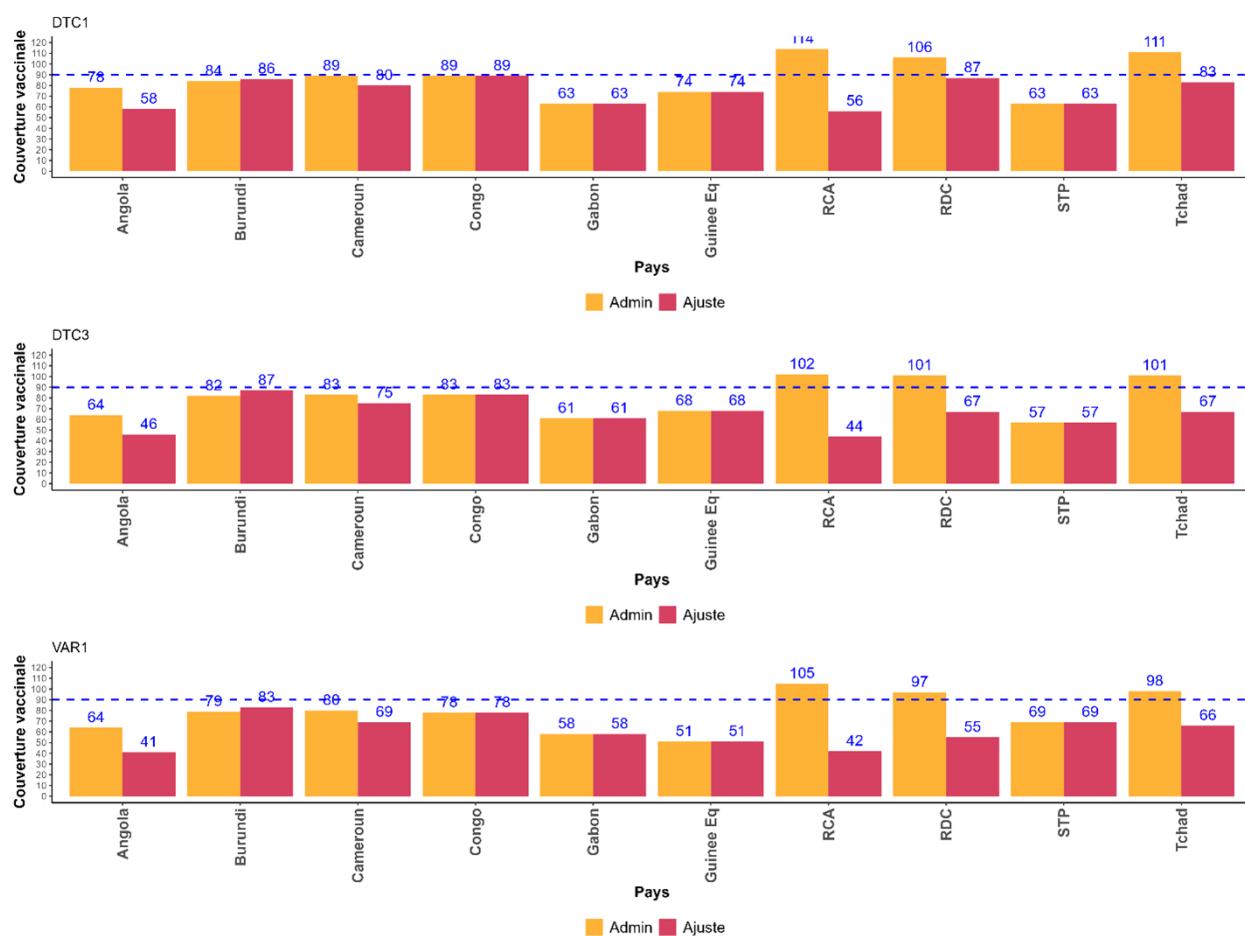


Figure 8: Couvertures vaccinales administratives et ajustées 2024 aux DTC1, DTC3 et VAR1 par pays en Afrique centrale pour

Les couvertures ajustées ont été similaires aux couvertures ajustées pour les 3 antigènes ajustées au Congo, Guinée Equatoriale, STP et Gabon.

Il y a un écart modéré entre les couvertures vaccinales administratives et ajustées au Cameroun, tandis que cet écart est très important en RDC, Angola, RCA et Tchad.

par les pays à l'IST-CA, les couvertures médianes ont été de 42,9% [étendue : 20,3% ; 64,0%) pour la dose 1. Les données sur les enfants vaccinées pour les doses 2 et 3 n'ont pas été fournies par tous les pays (Tableau II).

1.1.5. 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 (Janvier 2024), et la République Centrafricaine (RCA) (août 2023), la RDC (octobre 2024) et le Tchad (octobre 2025). Le Burundi prévoit de l'introduire en mars 2025. Sur la base des données soumises

Tableau II: Enfants vaccinés et couverture vaccinale au dernier mois de données disponibles dans les quatre pays ayant introduit le vaccin contre le Paludisme en Afrique centrale

Pays	Mois/année des dernières données	Dose 1		Dose 2		Dose 3	
		Vaccinés	Couverture vaccinale	Vaccinés	Couverture vaccinale	Vaccinés	Couverture vaccinale
Cameroun	Février 2025	184856	64	137721	51,3	109904	48,3
RCA	Novembre 2024	7712	23,2	366	2,2	0	0
Tchad	Octobre 2024	27789	20,3	0	0	0	0
RDC	Décembre 2024	26008	62,6	9978	36	1330	9,6
Mediane		42,9		19,1			

La prise en compte du vaccin contre le paludisme dans les activités de vaccination intensifiées organisées dans le cadre du grand rattrapage au Cameroun a contribué à réduire, les taux d'abandon Dose1-Dose2 et Dose3-Dose1

RCA et la RDC sont encore au début de l'introduction avec des données qui ne sont ni complètes ni à jour ; ce qui ne permet pas encore de tirer des conclusions sur leurs performances respectives.

Les couvertures vaccinales au Cameroun, premier pays ayant introduit le VAP en dehors des programmes pilotes en Afrique, restent sous-optimales. Toutefois, elles se sont considérablement améliorées au cours des derniers mois. Le Tchad, la

1.2. Surveillance des maladies à prévention vaccinale à fin décembre 2024: cas de la rougeole

1.2.1. Soumission des rapports à l'IST-CA

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

Tableau III: 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 juillet 2024)	18 avril 2024
Burundi	52 (débutant le 23 décembre 2024)	28 décembre 2024
Cameroun	52 (débutant le 23 décembre 2024)	28 décembre 2024
Congo	52 (débutant le 23 décembre 2024)	28 décembre 2024
Gabon	52 (débutant le 23 décembre 2024)	26 décembre 2024
Guinée Equatoriale	52 (débutant le 23 décembre 2024)	26 décembre 2024
RCA	52 (débutant le 23 décembre 2024)	26 décembre 2024
RDC	52 (débutant le 23 décembre 2024)	28 décembre 2024
Sao Tome & Principe	52 (débutant le 23 décembre 2024)	ND1
Tchad	52 (débutant le 23 décembre 2024)	28 décembre 2024

IND: Non disponible

L'Angola n'a plus soumis de rapport depuis le 15 juillet 2024 alors que tous les autres pays ont soumis leurs rapports à la dernière semaine de décembre 2024.

1.2.2. Cas et décès de rougeole enregistrés en 2024

Le tableau IV présente la distribution des cas de rougeole (confirmés IgM+, compatibles et par lien épidémiologique) et des décès par pays de janvier à décembre 2024. Au total 11094 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 79.8% de cas étaient concentrés dans 3 pays soit 4963 en RDC (45.3%), 2607 au Burundi (23.8%), 1172 au Tchad (10.7%). Les pays suivants ont enregistré des décès: Guinée Equatoriale (2 décès), Burundi (10 décès), RDC (127 décès).

Tableau IV: Cas et décès de rougeole en Afrique centrale de janvier à décembre 2024

Pays	Total de cas (Vivants + Décédés)*	Total cas vivants	Décédés	% des cas	Taux de letalité (%)
Angola	549	549	0	4,9	0,0
Burundi	2 617	2 607	10	23,6	0,4
Cameroun	870	870	0	7,8	0,0
Congo	184	184	0	1,7	0,0
Gabon	31	31	0	0,3	0,0
Guinée_Eq	465	463	2	4,2	0,4
RCA	116	116	0	1,0	0,0
RDC	5 090	4 963	127	45,9	2,5
Tchad	1 172	1 172	0	10,6	0,0
Total	11 094	10 955	139	100,0	1,3

* Les cas correspondent aux cas confirmés, compatibles et par lien épidémiologique

Le tableau V présente la distribution des cas par classification et par pays. Au total 17 564 suspects ont été notifiés dans les pays de l'Afrique centrale, dont 4 596 cas IgM+, 5 892 par lien épidémiologique et 606 cas compatibles.

Tableau V: 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 épidé- miologique	Attente classification	Cas rejetés	% Districts avec ≥ 1 cas suspect prélevé	Taux d'éruption fébrile non-rougeo- leuse ≥ 2	Incidence (par million)	IgM+ Rubéole
Angola	681	78	1	470	19,0	113	31,0	0,4	15,6	757
Burundi	2 898	202	42	2 373	0,0	281	86,0	2,3	196,0	9 128
Cameroun	1 893	373	105	392	12,0	1 011	94,0	3,8	29,6	3 778
Congo	482	133	17	34	0,0	298	100,0	5,2	29,3	1 168
Gabon	237	30	1	0	0,0	206	75,0	9,2	12,5	364
Guinée Equatoriale	560	26	244	195	55,0	40	61,0	5,2	543,2	190
RCA	383	113	3	0	2,0	265	91,0	4,6	18,1	1 003
RDC	8 497	2 615	104	2 371	17,0	3 390	78,0	2,9	40,0	15 112
Tchad	1 933	1 026	89	57	0,0	761	85,0	4,3	59,2	4 455
STP	0	0	0	0	0,0	0	ND	ND	ND	ND
Afrique centrale	17 564	4 596	606	5 892	105,0	6 365	77,9	4,3	46,1	35 955

Un total de 11 094 cas confirmés de rougeole (IgM+, lien épidémiologique, compatible) a été recensé depuis le début de l'année dont 297 sur les deux derniers mois, soit 2,7% des cas confirmés enregistrés depuis le début de l'année. L'incidence de la rougeole en Afrique centrale a été de 46.1/ million d'habitants de janvier à décembre 2024. En 2024, si la RDC a rapporté le plus grand nombre de cas absolus, la Guinée Équatoriale avec 543 cas/million, le Burundi avec 196 cas/million, et le Tchad avec 59 cas/million ont été les pays qui ont enregistré les incidences les plus élevées.

La figure 9 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 de statut vaccinal inconnu au VAR1 était de 645 (59%). Par pays, les cas enregistrés chez les personnes non-vaccinées ou de statut vaccinal inconnu étaient de: 645 (95%) en Angola, 1 711 (59%) au Burundi, 990 (52%) au Cameroun, 241 (49%) au Congo, 135 (57%) au Gabon, 1 537 (79%) au Tchad, et 494 (88%) en Guinée Equatoriale, 226 (59%) en RCA, 5 817 (68%) en RDC.

1.2.3. Districts en épidémie

Sur les deux derniers mois, 140 districts sur les 1 262 ont rapportés au moins un cas de rougeole : Gabon (1), RCA (4), Guinée Equatoriale (5), Burundi (7),

Congo (8), Tchad (18), RDC (47), et Cameroun (50). Depuis le début de l'année 358 districts dans 9 pays sont entrés en épidémie contre aucun nouveau district sur les huit dernières semaines (Figure 10). Sur les huit dernières semaines, 70 (5.5%) districts sanitaires étaient encore en épidémie active dans 6 pays : RCA (1), Congo (3), Burundi (5), Cameroun (12), Tchad (13), et RDC (36) (Figure 11).

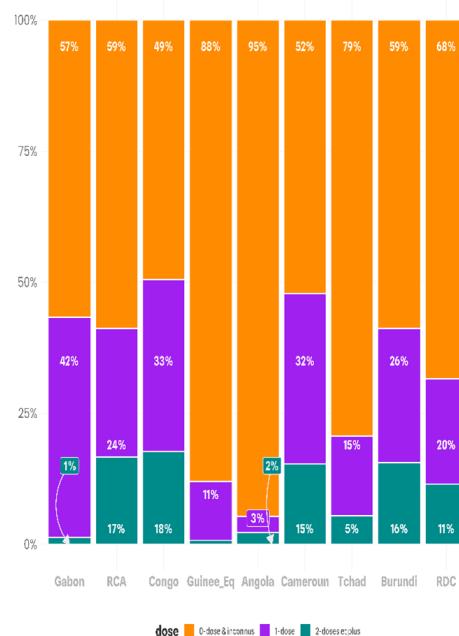


Figure 9: Distribution des cas de rougeole selon le statut vaccinal par pays en Afrique centrale (données à fin décembre 2024)

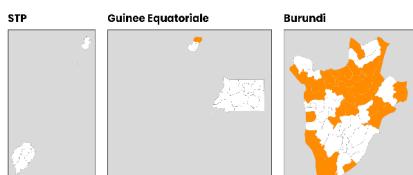
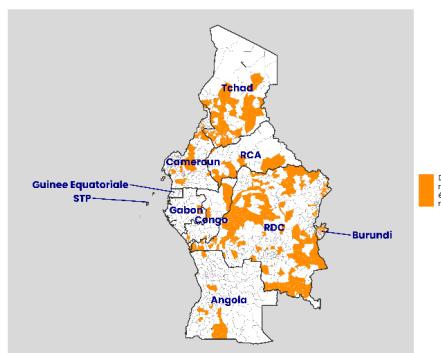


Figure 10 : Distribution géographique des districts sanitaires en épidémie de rougeole de janvier à décembre 2024

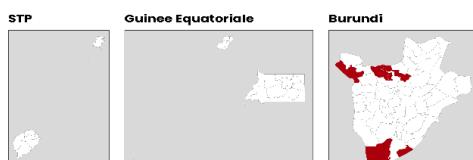
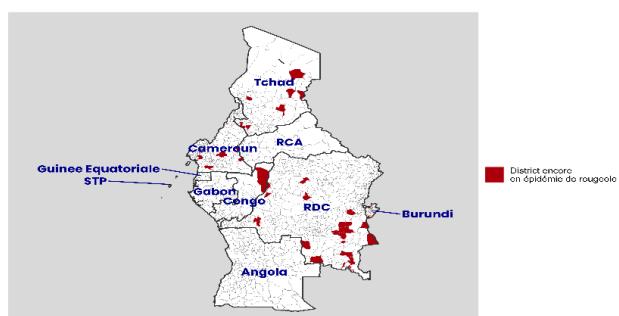


Figure 11 : Distribution géographique des districts sanitaires en épidémie de rougeole active au cours des deux derniers mois (novembre-décembre 2024)

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

Tableau VI: 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	165	11	6.7	0	0.0	0	0.0
Burundi	49	24	49.0	5	10.2	0	0.0
Cameroun	203	37	18.2	12	5.9	0	0.0
Congo	52	8	15.4	3	5.8	0	0.0
Gabon	51	1	2.0	0	0.0	0	0.0
Guinée Equatoriale	18	2	11.1	0	0.0	0	0.0
RCA	35	14	40.0	1	2.9	0	0.0
RDC	519	186	35.8	36	6.9	0	0.0
STP	7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Tchad	158	75	47.5	13	8.2	0	0.0
Afrique Centrale	1 257	358	28.5	70	5.6	0	0.0

1.2.4. Indicateurs majeurs de performance de la surveillance de la rougeole

Tchad ont enregistré des cas investigués et prélevés dans au moins $\geq 80\%$ de districts de santé en 2024. Par contre seule l'Angola ont moins de 50% de districts investigués en 2024.

La figure 12 présente la distribution du taux d'éruptions cutanées fébriles non rougeoleuses par pays en 2024 et 2023. Le Angola (0.4/100 000) ont été les seuls à avoir enregistré un taux inférieur à 2/100 000 en 2024.

La figure 13 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

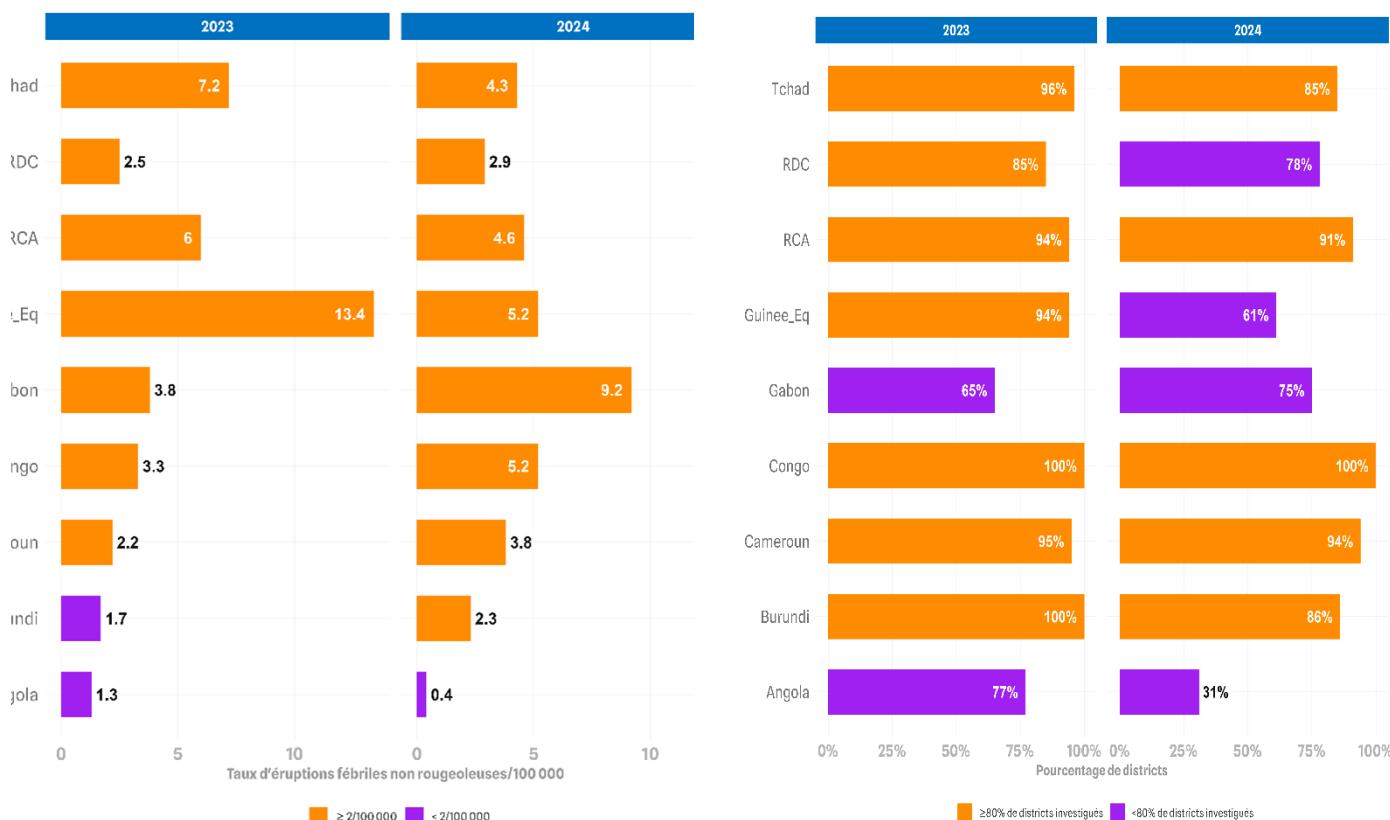


Figure 12: Taux d'éruptions cutanées fébriles non rougeoleuses par pays en Afrique centrale de janvier à décembre 2024.

Figure 13: Pourcentage de districts ayant investigué et prélevé au moins un cas suspect de rougeole dans les pays en Afrique centrale à de janvier à décembre 2024.

1.3. Surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI).

Tous les pays de l'Afrique ont mis en place un système de notification des MAPI. La figure 14 présente les notifications des MAPI par pays en 2024.

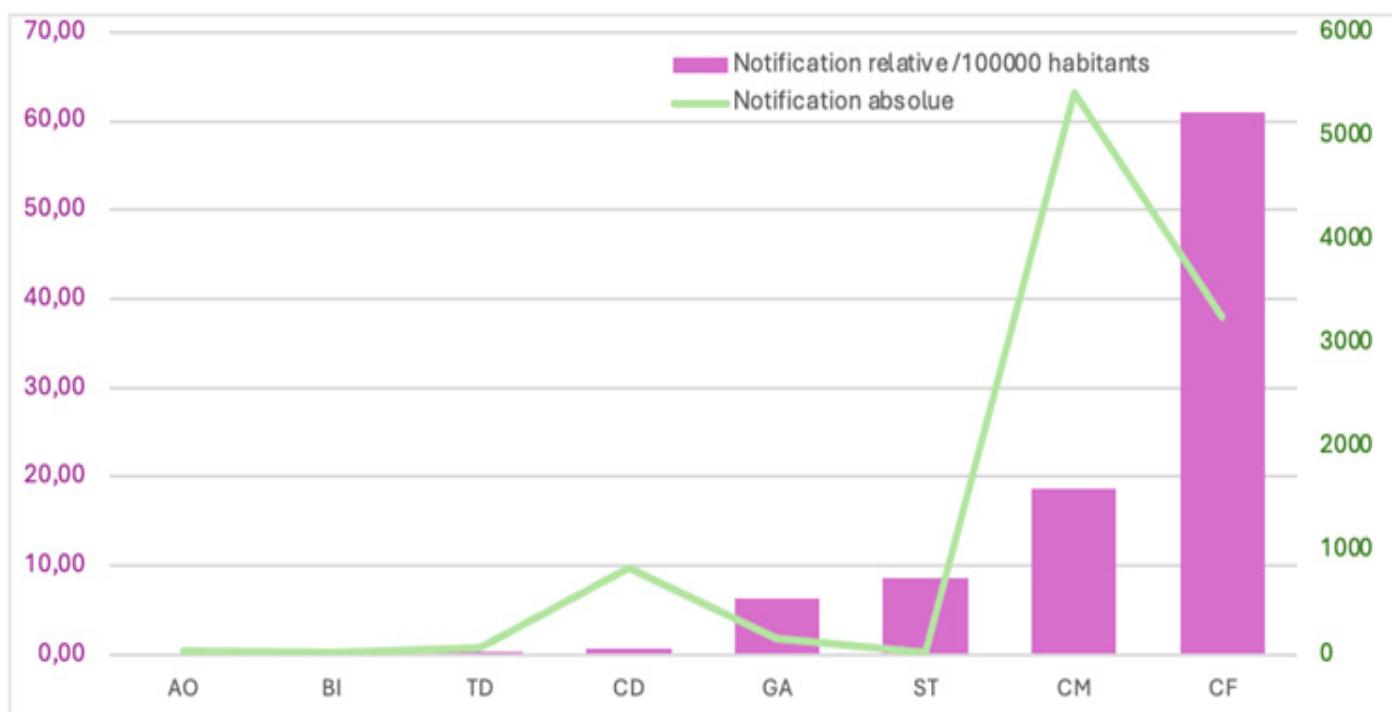


Figure 14: Nombre de cas de MAPI notifiés par pays (nombre absolues et relatives (pour 100 000 habitants) en 2024 par pays en Afrique centrale

Un fort taux de notification rassure que s'il survenait un MAPI grave, elle serait détectée et que le patient bénéficierait d'une prise en charge adéquate.

La Figure 15 présente le pourcentage de districts ayant notifié au moins un événement post-vaccinal indésirable en 2024.

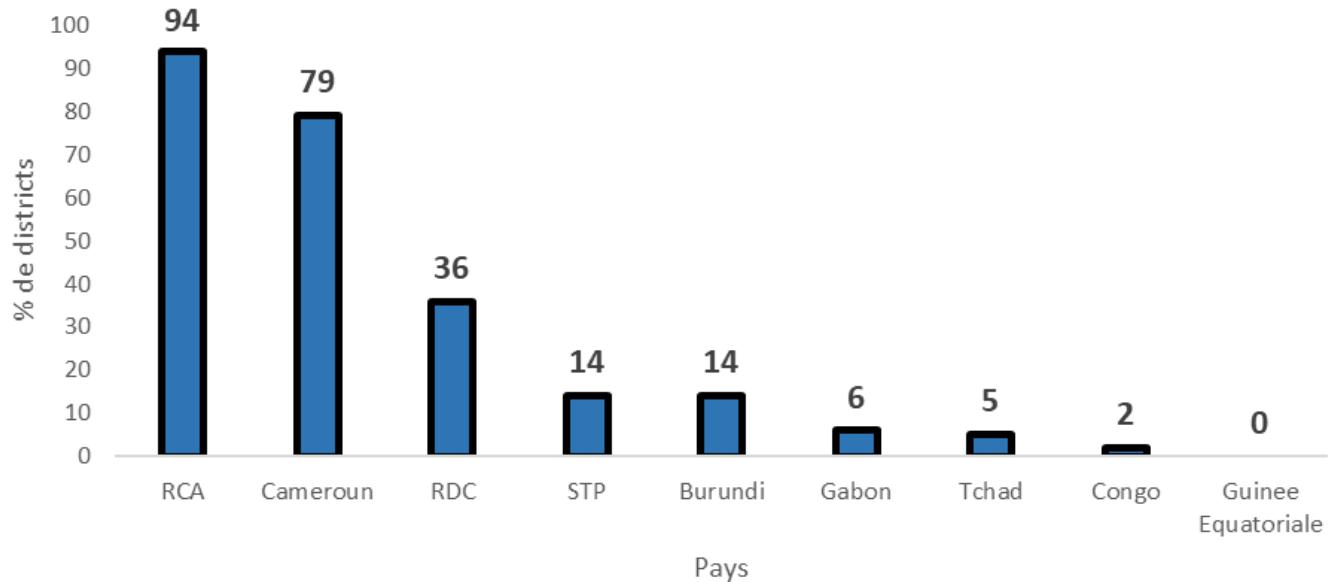


Figure 14: Pourcentage de districts ayant notifié au moins un événement post-vaccinal indésirable en 2024 par pays en Afrique centrale

Le pourcentage médian de district ayant notifié au moins un événement post-vaccinal indésirable était de 14% oscillant entre 0% en Guinée Equatoriale et 94% en RCA. La RCA et le Cameroun sont les deux pays qui assurent le mieux la sécurité des personnes exposées aux produits de santé par le biais du système de pharmacovigilance au niveau national et sous-national.



2. FOCUS SUR UN PAYS - BURUNDI : SITUATION DE LA ROUGEOLE À LA SEMAINE ÉPIDÉMIOLOGIQUE 7 (DÉBUTANT LE 10 FÉVRIER 2025)



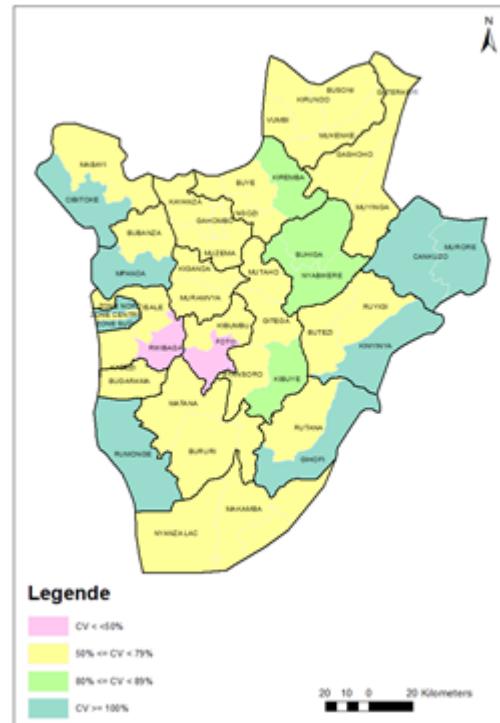
2. Focus sur un pays -Burundi : Situation de la rougeole à la semaine épidémiologique 7 (débutant le 10 février 2025)

Couvertures vaccinales au vaccin antirougeoleux

Le Burundi a fait des efforts significatifs au cours des dernières années dans la lutte contre la Rougeole par le biais de la vaccination. C'est depuis 2013 que le pays a introduit la deuxième dose du vaccin vaccin antirougeoleux (VAR). Les couvertures vaccinales au VAR1 et VAR2 sont restées au-delà de 80% depuis 2020, malgré les effets de la COVID-19 sur la vaccination de routine.

Selon les dernières estimations de l'OMS et UNICEF (WUENIC 2023), les couvertures vaccinales à la première et deuxième doses du vaccin antirougeoleux était de 86% et 80% respectivement. Ces couvertures sont restées quasiment stationnaires en 2024 sur la base des données administratives : 79% au VAR1 et 78% au VAR2. Toutefois, des disparités existent entre les districts avec 20 districts sanitaires sur 49 ayant enregistré des couvertures vaccinales au VAR1 supérieures à 80% en 2024 (40,8%) contre seulement deux districts sanitaires (4%) avec des couvertures vaccinales de moins de 50% en 2024. Il s'agit notamment des districts de Rwbaga dans la province de Bujumbura et Fota dans la province de Mwaro. Dix districts (20,4%), répartis dans sept provinces, ont enregistré 100% ou plus de couverture vaccinale au VAR1 en 2024, traduisant soit une problématique de vaccination des enfants hors-districts ou une sous-estimation de la population cible.

La Figure 16 présente la distribution géographique de la couverture vaccinale administrative au VAR1 en 2024 au Burundi.



Epidémies de rougeole en 2024 et au cours des 7 premières semaines 2025

La disparité des couvertures vaccinales en VAR entre districts et l'afflux des réfugiés venant des pays limitrophes, en particulier la RDC, pourraient expliquer la circulation continue du virus de la rougeole au Burundi. La figure 17 montre la distribution des cas de rougeole enregistrés en 2024 et au cours des sept premières semaines de 2025, par semaine épidémiologique de début de symptômes.

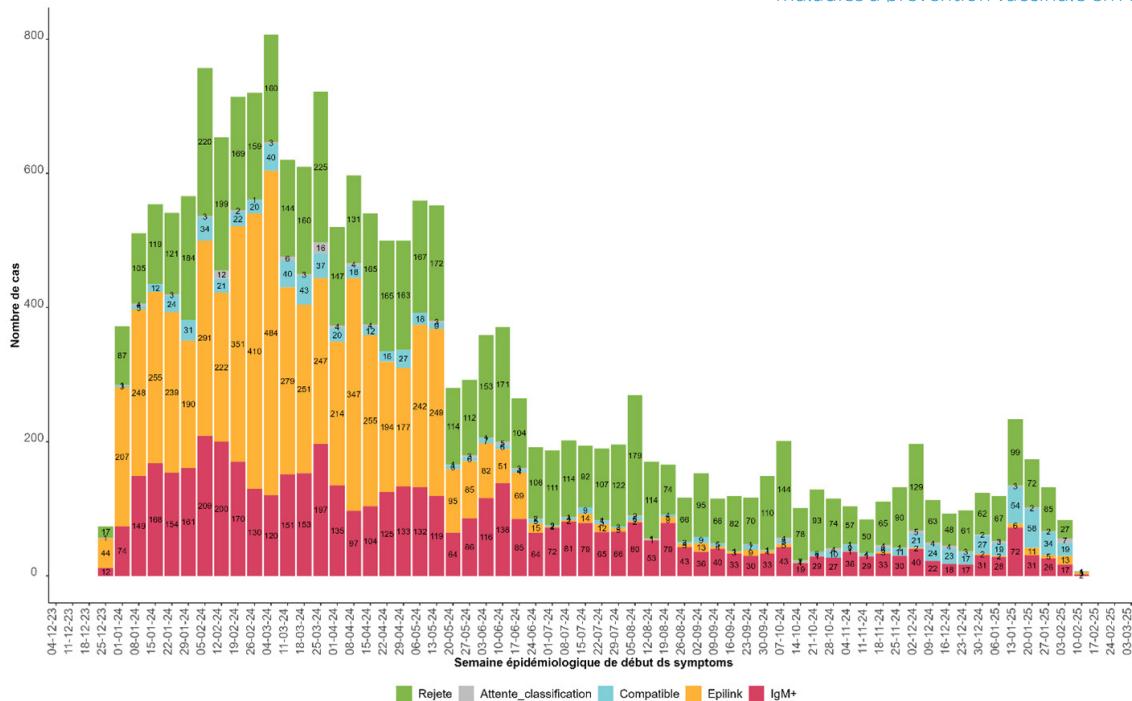


Figure 17: Cas de rougeole au Burundi par semaine épidémiologique de début des symptômes du 1er janvier 2024 au 16 février 2025

Cette courbe épidémiologique montre une détection continue des cas depuis janvier 2025 d'une part, un nombre de cas au cours des sept premières semaines de 2025 nettement inférieur à celui enregistré au cours du premier semestre de 2024 d'autre part. Il apparaît aussi que la proportion des cas par lien épidémiologique est nettement moins importante en 2025 qu'au cours du premier semestre 2024. Cela pourrait être dû au fait que certaines listes linéaires de cas de districts n'ont pas encore été transmises au niveau national ; Cela pourrait aussi traduire un relâchement dans la recherche active des cas autour de chaque cas confirmé.

En 2024, 22 districts sur 49 (44,8%) ont été en épidémie à un moment donné de l'année. La figure 18 présente la distribution géographique des districts ayant été en épidémie en 2024. La plupart de ces districts sont situés dans les zones frontalières avec d'autres pays ; neuf districts sur les 22 districts (41%) sont frontaliers avec la République Démocratique du Congo (RDC). Parmi les deux districts ayant enregistré moins de 50% de couverture vaccinale au VAR1, Rwibaga n'a pas été en épidémie 2024 ; Fota était entré en épidémie au cours de la semaine épidémiologique 5 (débutant le 29 janvier 2024) et a rapporté des cas jusqu'à la semaine 16 (débutant le 15 avril 2025). Sur les 10 districts ayant enregistré 100% ou plus de couverture vaccinale au VAR1, quatre ont été en épidémie (Cibitoke, Murore, Mpanda et Rumonge).

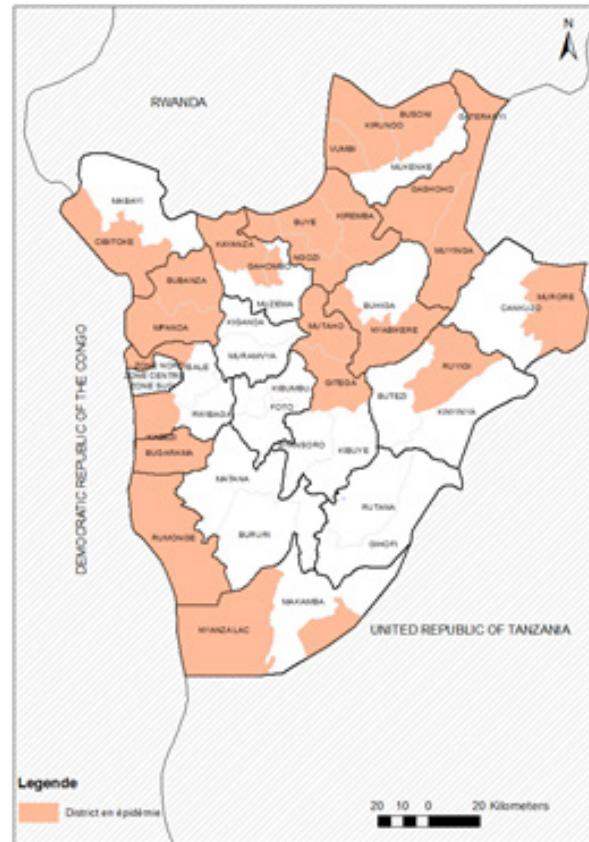


Figure 18: Distribution géographique des districts ayant été en épidémie de rougeole en 2024 au Burundi

Cette situation pourrait traduire une sous-estimation de la population cible. Sur les 22 districts du pays, quatre étaient en épidémie active à la fin de l'année : Cibitoke, Rumonge, Kagezi et Gateranyi.

Deux nouveaux districts sont entrés en épidémie entre la semaine épidémiologique 1 et la semaine épidémiologique 7 de 2025 (Kiremba et Bujumbura nord). Ces deux districts ont connu un afflux de réfugiés en février 2025, en provenance de la RDC. Au total, quatre districts étaient en épidémie active à la semaine épidémiologique 7 de 2025 : Kiremba, Bujumbura nord, Kabezi et Gateranyi. Parmi ces 4 districts, trois sont frontaliers à la RDC et un à la Tanzanie et au Rwanda. Le tableau VII présente une synthèse des cas notifiés de la semaine épidémiologique 1 à la semaine 7 de l'année 2025 au Burundi par province.

Tableau VII: Cas de rougeole et districts en épidémie du 1er janvier au 16 février 2025 par province au Burundi

Province	No. districts	No. districts ayant rapporté des cas	No. districts en épidémie active*	No. cas suspects	IgM+ (n)	Epi-link (n)	Compatible (n)	No cas confirmés rougeole
Bubanza	2	1	0	1	1	0	0	1
Bujumbura	3	3	1	11	2	0	2	4
Bujumbura_mairie	3	3	1	30	4	0	0	4
Bururi	3	1	0	4	0	0	0	0
Cankuzo	2	1	0	1	0	0	0	0
Cibitoke	3		0	0	0	0	0	0
Gitega	4	2	0	4	0	0	0	0
Karusi	2	1	0	2	0	0	0	0
Kayanza	3	3	0	18	0	12	0	12
Kirundo	4	1	0	2	0	0	0	0
Makamba	2	0	0	0	0	0	0	0
Muramvya	2	2	0	4	0	0	0	0
Muyinga	3	2	1	5	1	0	1	2
Mwaro	2	2	0	10	0	0	0	0
Ngozi	3	1	1	6	4	0	0	4
Rumonge	2	2	0	23	1	0	0	1
Rutana	2	1	0	3	0	0	0	0
Ruyigi	4	1	0	2	0	0	0	0
Total	49	27	4	126	13	12	3	28

En matière de réponse, le Burundi avait organisé du 13 au 17 juin, une campagne nationale de vaccination de suivi contre la Rougeole chez les enfants de 6 à 59 mois. Un total 1,9 million d'enfants avaient été vaccinés au cours de cette campagne sur une cible de 2,1 millions, soit une couverture vaccinale de 92%. Quatorze provinces sur 18 avaient enregistré une couverture vaccinale de plus de 90%. Après cette campagne, à mesure que des nouvelles épidémies étaient détectées, des ripostes vaccinales locales ont été organisées dans les districts concernés. Dans la vaccination de routine

comme dans le grand rattrapage, le pays prends en compte les enfants réfugiés sur son territoire..

La conduite des investigations approfondies couplée à la recherche active des cas et l'organisation des ripostes vaccinales locales dans chaque district en épidémie, y compris dans le cadre de l'initiative de grand rattrapage pourrait permettre de contrôler ces épidémies prolongées de rougeole. Une coordination transfrontalière des ripostes avec la RDC en particulier est aussi encouragée.

3. FOCUS SUR UN ÉVÈNEMENT : 4ÈME FORUM NATIONAL SUR LA VACCINATION ET L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO - 05-06 MARS 2025 -



3. Focus sur un évènement : 4ème Forum national sur la vaccination et l'éradication de la poliomyélite en République Démocratique du Congo 5-6 Mars 2025

La République Démocratique du Congo (RDC) organise tous les deux ans, depuis 2019, le forum national sur la vaccination et l'éradication de la poliomyélite sous le haut patronage du Président de la République et avec la participation des plus hautes autorités nationales, des Parlementaires, des Ministres de la santé et d'autres départements (intérieur, finances, éducation), des Gouverneurs et ministres des Provinces.

Au terme du premier forum tenu en juillet 2019 sous le haut patronage du Président de la République, les Ministres, Gouverneurs des Provinces et les partenaires avaient signé la Déclaration de Kinshasa, par laquelle ils se sont engagés à soutenir et à financer les programmes de vaccination et d'éradication de la poliomyélite au niveau national et provincial. Ils ont aussi adopté un cadre de redevabilité pour les différents niveaux, composé de six (06) indicateurs de performance, structuré autour (i) de la mobilisation des financements central et provinciaux en faveur de la vaccination, (ii) du suivi des progrès des programmes de vaccination et d'éradication de la poliomyélite par le ministre central et les Ministres provinciaux de la santé (sur une base mensuelle) et par les Gouverneurs de Provinces (sur une base trimestrielle), (iii) l'amélioration des couvertures vaccinales, la détection précoce et réponse rapide aux épidémies de poliovirus. Le Président de la République s'était engagé à garantir le financement pour l'achat des vaccins traditionnels et la contrepartie nationale au financement de Gavi pour les autres vaccins, ainsi qu'à organiser tous les deux ans, un forum national de suivi et de renouvellement des engagements en faveur de la vaccination et de l'éradication de la poliomyélite.

Le quatrième forum, organisé du 5 au 6 Mars 2025 s'est tenu en mode hybride avec une partie des invités en ligne, dans un contexte particulier marqué par (i) la crise sécuritaire dans la partie Est du pays qui impacte négativement la continuité de l'offre des services de vaccination, (ii) la publication

des résultats de l'enquête de couverture vaccinale 2023 montrant des couvertures vaccinales sous-optimales avec seulement cinq provinces sur 26 qui ont enregistré une couverture vaccinale complète de plus de 50%, (iii) la finalisation récente du plan de renforcement de la vaccination de routine 2025-2026 connu sous le nom de « Mashako 3.0 ». Outre la vaccination et l'éradication de la poliomyélite, les thématiques couverts ont été élargies à la malnutrition qui affecte 47% d'enfants en RDC et à l'élimination du cancer du col de l'utérus alors que le pays prévoit introduire, en 2026, le vaccin contre le papillomavirus humain chez les jeunes filles de 9 à 14 ans.



Photo de groupe des participants en personne au 4ème Forum de Kinshasa

S'exprimant au nom du Président de la République, à l'ouverture du Forum, le Ministre de la santé publique, hygiène et Prévoyance Sociale a réaffirmé l'engagement du gouvernement à protéger la santé de des enfants et à renforcer la couverture vaccinale sur l'ensemble du territoire national alors que le pays traverse une période critique marquée par des défis de santé publique majeurs et une instabilité qui impacte directement les communautés. Il a rappelé que le pays était encore loin d'atteindre l'objectif de 90% de couverture vaccinale pour tous les antigènes du programme élargi de vaccination, fixé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il a

ensuite rappelé qu'en application des engagements de la déclaration de Kinshasa, depuis 2020, plus de 18 millions de dollars américains ont été mobilisés annuellement par le gouvernement central pour l'achat des vaccins traditionnels, le cofinancement des nouveaux vaccins. Il a terminé son propos en soulignant l'engagement du Président de la République à libérer les financements pour assurer la disponibilité continue des vaccins, à suivre personnellement l'évolution des couvertures vaccinales sur une base trimestrielle, à s'assurer de la mise en œuvre effective du plan Mashako 3.0 et à créer un cadre efficace visant à accélérer l'évolution vers la couverture sanitaire universelle.

Dans un message vidéo diffusé à l'ouverture du Forum, Dr Chikwe Ihekweazu, Directeur Régional de l'OMS pour l'Afrique par intérim, a félicité le Président Félix Tshisekedi pour son leadership qui a permis la tenue de ce forum malgré un contexte sécuritaire difficile dans l'Est du pays. Ceci est une preuve de l'engagement des autorités nationales à protéger les enfants par la vaccination. Il a terminé son propos en proposant trois actions prioritaires pour le futur des programmes de vaccination en RDC et en Afrique : (i) en plus de l'augmentation des financements du Gouvernement, il est indispensable d'explorer les possibilités de financements innovants et de renforcement du partenariat public-privé en faveur de la vaccination, (ii) l'intégration des services de vaccination avec les soins de santé primaires ainsi

que l'intégration des campagnes de vaccination restent un moyen crédible d'améliorer l'efficience et l'efficacité des investissements dans le secteur de la santé, au profit de la vaccination, (iii) la mise en œuvre effective de l'initiative de grand ratrappage est plus qu'urgente au regard de la nécessité de réduire les gaps immunitaires découlant de la pandémie de la COVID-19 et prévenir les résurgences des maladies à prévention vaccinale déjà contrôlées.

Le Forum de Kinshasa en tant qu'espace privilégié de suivi de la mise en œuvre de la déclaration de Kinshasa, constitue un exemple de cadre de redevabilité entre le gouvernement et les partenaires en faveur des objectifs d'augmentation des couvertures vaccinales, un exemple d'application concrète des engagements de la déclaration d'Addis sur l'accès universel à la vaccination, et le financement durable de la vaccination. Il s'agit d'un exemple sur lequel tous les autres pays de l'Afrique centrale devraient s'inspirer.



Dr Chikwe Ihekweazu, Directeur Régional de l'OMS pour l'Afrique ai, prononçant son message vidéo au Forum de Kinshasa

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 :	Contributeurs
<ul style="list-style-type: none">• Franck Fortuné Mboussou (VPD IST-CA Point Focal).• Sylvestre Dongmo, Epidémiologiste.• Celestin Danwang.	<ul style="list-style-type: none">• Maurice Demanou• Yolande Vuo-Masembe• Claude Mangobo• Regis Obiang• Verena Tshibombo• Aissata Diah• Edinam Agbenu• Linda Djinkou• Raissa Moussounda. <p>Formattage du document :</p> <ul style="list-style-type: none">• Eraldy Maganga Moussadji

IST - CA
World Health Organization
Maison des Nations Unies
Près du Pont de Gué-Gué
Libreville - Gabon
mboussou@who.int
Afro.who.int