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 du mois d'octobre 2024

Mois d' Octobre 2024

Date de publication

15 Novembre 2024

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 vaccinal

Page 15

Focus sur un pays : la République Démocratique du Congo

Page 21

Focus sur un évènement : la réunion annuelle des directeurs de PEV de l'année 2024

Points saillants

Situation de la vaccination de routine en Afrique centrale

30%

promptitude dans la soumission des données de vaccination de routine à fin septembre 2024

86%

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

48%

proportion médiane des districts ayant enregistré moins de 80% de couverture vaccinale en DTC3 en Afrique centrale, oscillant entre 6% en Guinée Equatoriale et 86% à Sao Tomé et Principe.

85%

couverture vaccinale médiane au MCV1 en Afrique centrale, oscillant entre 47% au Gabon et 100% au Tchad.

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 central (RCA, Tchad, Cameroun et RDC).

59%

de couverture vaccinale à la première dose du vaccin contre le Paludisme au Cameroun.

Surveillance de la rougeole

9921

nombre de cas de rougeoles rapportés par la surveillance au cas par cas en Afrique centrale de janvier à juillet 2024, dont 135 décès (1.36% de létalité).

9 sur 10

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

25.9%

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 septembre 2024 (Burundi, Cameroun, RCA, Tchad, RDC et Congo).

107 sur 1262

nombre de districts en épidémie active à fin septembre 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
Guinee Equatoriale	mai 2024
STP	juil 2024
Angola	août 2024
Burundi	août 2024
Congo	août 2024
RCA	août 2024
Tchad	août 2024
Cameroun	sept 2024
Gabon	sept 2024
RDC	sept 2024

1.1.1. Promptitude des rapports

L'analyse de la situation de la vaccination de routine a été faite à partir des données soumis 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. Le Cameroun, la RDC et le Gabon sont les seuls pays qui ont été prompts en soumettant les données du mois de septembre 2024, soit une promptitude de 30%. 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 Diphterie, Tetanos 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

La couverture vaccinale médiane au DTC1 (première dose du vaccin contre la Diphtérie, Tétanos, Coqueluche) au dernier mois des rapports disponibles en Afrique centrale ét ait de 86% [extrêmes : 64% au Gabon ; 115% en Guinée Equatoriale] contre 80.5% au DTC3 (troisième dose du vaccin contre la Diphtérie, Tétanos, Coqueluche) [extrêmes : 61% au Gabon ; 105% en Guinée Equatoriale] (Figure 1).

Le fait que certains pays comme la Guinée Equatoriale et le Tchad ont enregistré des couvertures vaccinales au DTC1 égales ou supérieures à 100%, met en lumière des problèmes de qualité des données qui gagnerait à être analysés afin de permettre la prise des décisions opérationnelles.

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

L'analyse des couvertures vaccinales au DTC3 district par district a montré que 283 districts ont enregistré une couverture vaccinale au DTC3 supérieure à 100% : 147 en RDC (28%), 62 au Tchad (39%), 16 en RCA (45%), 15 en Angola (9%), 13 en Guinée Equatoriale (72%), 12 au Cameroun (6%), 10 au Burundi (20%), 4 au Gabon (8%) et 4 au Congo (8%).

La proportion des districts avec moins de 80% de couverture vaccinale au DTC3 était la suivante : 37% (soit 430 Districts sanitaires sur 1262).

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

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

Le nombre de pays ayant atteint ou dépassé 90% de couverture vaccinale au BCG était de 2 pays sur 10 (20%): Tchad (105.0%), et Guinée Equatoriale (137.0%). Ces 2 pays ainsi que l'Angola, Cameroun, et RDC ont enregistré une couverture vaccinale au BCG supérieure à celle en VPO0. Dans les 5 autres pays (Burundi, Congo, Gabon, RCA, et STP) les couvertures vaccinales aux BCG et VPO0 étaient similaires, mais inférieures à 90%. Trois pays ont introduit le vaccin au HepB0: Angola, Guinée Équatoriale et STP. Parmi ces pays, seule la Guinée Equatoriale (115%) a dépassé 90% de couverture vaccinale. En Angola et STP les couvertures vaccinales au HepB0 étaient respectivement de 58% et 57%, inférieure à celles au BCG (79% et 61% respectivement). La figure 3 présente la distribution des couvertures vaccinales aux vaccins administrés à la naissance dans les pays d'Afrique centrale.

Figure 3: Couverture vaccinale au BCG, VPO0, 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 4 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 est le seul pays de la sous-région n'ayant pas encore introduit le VAA dans son PEV. Les couvertures vaccinales médianes étaient de 85% [étendue : 47%; 100%] au VAA et 79% [étendue: 60%; 99%] au VAR1. Bien que les couvertures vaccinales soient en général sous-optimales, les pays suivants ont atteint une couverture supérieure ou égal à 90% : RCA, STP, et Tchad pour le **VAA**; et RCA et Tchad pour le **VAR1**.

Figure 4: Couverture vaccinale par le VAR1 et VAA au niveau national en Afrique centrale

1.3. Préparation et mise en œuvre du Grand Rattrapage

Cinq pays de l'Afrique central sur 10 figurent parmi les pays prioritaires pour le Grand Rattrapage : Burundi, RDC, Cameroun, RCA et Tchad. A l'exception du Burundi, ces pays ont déjà reçu les premières livraisons de doses de vaccins destinés au Grand Rattrapage. Parmi ces pays. Le tableau présente un résumé de l'état de préparation des cinq pays sur la base des rapports du troisième trimestre 2024.

Tableau II: Niveau de préparation du Grand Rattrapage dans les 5 pays prioritaires de l'Afrique centrale à fin septembre 2024

Indicateur	Burundi	Cameroun	RCA	Tchad	RDC
Un calendrier de vaccination approuvé pour la vaccination de rattrapage	Complètement mis en œuvre	Complètement mis en œuvre	Partiellement mis en œuvre	Complètement mis en œuvre	Partiellement mis en œuvre
Procédures opérationnelles normalisées (PON) nationales permettant aux agents de santé de déterminer l'éligibilité à la vaccination	Complètement mis en œuvre	Complètement mis en œuvre	Prévu, mais pas mis en œuvre	Partiellement mis en œuvre	Partiellement mis en œuvre
T Outils de collecte de données sur la vaccination qui enregistrent les doses de vaccin administrées aux enfants âgés de 24 à 59 mois, disponibles pour la mise en œuvre (et qui permettent de faire la distinction entre les enfants qui sont en cours de rattrapage et ceux qui respectent le calendrier).	Complètement mis en œuvre	Complètement mis en œuvre	Prévu, mais pas mis en œuvre	Complètement mis en œuvre	Partiellement mis en œuvre
A quelle utilisation sont destinées ces outils?	Vaccination de routine	Vaccination de routine	Campagnes de vaccination & Vaccination de routine	Vaccination de routine	Campagnes de vaccination
Activités de génération de la demande ou de mobilisation sociale (MobSoc) concernant la vaccination des enfants plus âgés	Prévu, mais pas mis en œuvre	Complètement mis en œuvre	Pas encore prévu	Partiellement mis en œuvre	Partiellement mis en œuvre
Activités de renforcement des capacités relatives au Grand rattrapage (par exemple, suivi et évaluation [S&E], formation des professionnels de la santé)	Prévu, mais pas mis en œuvre	Partiellement mis en œuvre	Pas encore prévu	Partiellement mis en œuvre	Partiellement mis en œuvre
Mise en œuvre des activités d' Intensification périodique des activités de vaccination systématique (PIRI) afin d'assurer les vaccinations de rattrapage	Prévu, mais pas mis en œuvre	Partiellement mis en œuvre	Prévu, mais pas mis en œuvre	Partiellement mis en œuvre	Partiellement mis en œuvre
Mise en œuvre des Activités de vaccination supplémentaires (AVS) intégrées au Grand rattrapage, ciblant les enfants jusqu'à 59 mois.	Pas encore prévu	Complètement mis en œuvre	Prévu, mais pas mis en œuvre	Partiellement mis en œuvre	Partiellement mis en œuvre
Mise en œuvre des activités de Vaccination des enfants plus âgés lors des sessions de vaccination de routine	Prévu, mais pas mis en œuvre	Complètement mis en œuvre	Pas encore prévu	Partiellement mis en œuvre	Partiellement mis en œuvre

Trois pays ont commencé effectivement la mise en œuvre du Grand Rattrapage et ont rapporté des données sur les enfants vaccinés. Le tableau III présente la synthèse des résultats du grand rattrapage dans ces trois pays.

Table III: Résultats de la mise en œuvre du Grand Rattrapage en RDC, Cameroun et Tchad à fin septembre 2024

Antigènes	Tranche d'âge	Cameroun			Tchad			RDC		
		Vaccinés	Cibles	%	Vaccinés	Cibles	%	Vaccinés	Cibles	%
DPT1	**>12 mois**	34 680			724 685			1 049 190		
	12-23 mois	20 201	230 147	8,8	17 864	256 872	7,0	19 878	1 677 544	1,2
	24-59 mois	14 479	1 101 054	1,3	3 996	1 303 316	0,3	1 748	5 007 925	0,0
DPT3	**>12 mois**	25 203			662 242			995 604		
	12-23 mois	15 511	230 147	6,7	17 875	256 872	7,0	20 120	1 677 544	1,2
	24-59 mois	9 692	1 101 054	0,9	4 139	1 303 316	0,3	1 542	5 007 925	0,0
IPV	**>12 mois**	29 788			668 465			1 005 176		
	12-23 mois	17 302	230 147	7,5	18 011	256 872	7,0	22 720	1 677 544	1,4
	24-59 mois	12 486	1 101 054	1,1	4 295	1 303 316	0,3	1 877	5 007 925	0,0
MCV1	**>12 mois**	45 613			649 721			951 599		
	12-23 mois	26 143	230 147	11,4	33 505	256 872	13,0	37 052	1 677 544	2,2
	24-59 mois	19 470	1 101 054	1,8	7 191	1 303 316	0,6	2 166	5 007 925	0,0
MCV2	**>12 mois**	95 158			0			170 498		
	12-23 mois	50 200	230 147	21,8	416 438	256 872	162,1	477 186	1 677 544	28,4
	24-59 mois	44 958	1 101 054	4,1	13 015	1 303 316	1,0	1 176	5 007 925	0,0
bOPV	**>12 mois**	25 397			669 490			1 063 149		
	12-23 mois	15 402	230 147	6,7	18 230	256 872	7,1	19 558	1 677 544	1,2
	24-59 mois	9 995	1 101 054	0,9	4 247	1 303 316	0,3	0	5 007 925	0,0

Le Cameroun a organisé, du 23 au 30 septembre 2024, la première phase des activités de vaccination intensifiées dans 80 districts parmi ceux ayant le plus grand nombre d'enfants zéro-dose.

1.4. Introduction du vaccin contre le paludisme

En plus du Cameroun, trois autres pays de l'Afrique centrale ont lancé l'introduction du vaccin contre le Paludisme. Il s'agit de la RCA (23 août 2024), du Tchad (25 octobre 2024) et de la RDC (le 31 octobre 2024). Ces pays n'ont pas encore commencé à partager les données sur les enfants vaccinés avec l'IST CA.

Le tableau IV présente les résultats du déploiement du vaccin contre le paludisme (VAP) au Cameroun à fin août 2024.

Tableau IV: Enfants vaccinés contre le Paludisme au Cameroun à fin septembre 2024

	# of vaccinated	Coverage (%)
VAP 1	123 699	67
VAP 2	86 965	47
VAP 3	62 992	34

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

1.5.1. Soumission des rapports à l'IST-CA

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

Tableau V: 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-avril-2024
Burundi	37 (débutant le 09 sept. 2024)	09-septembre-2024
Cameroun	37 (débutant le 09 sept. 2024)	09-septembre-2024
Congo	37 (débutant le 09 sept. 2024)	09-septembre-2024
Gabon	37 (débutant le 09 sept. 2024)	30-aoutt-2024
Guinee_Eq	37 (débutant le 09 sept. 2024)	19-mai-2024
RCA	37 (débutant le 09 sept. 2024)	07-septembre-2024
RDC	37 (débutant le 09 sept. 2024)	09-septembre-2024
Sao Tome & Principe	37 (débutant le 09 sept. 2024)	Aucun cas rapporté
Tchad	37 (débutant le 09 sept. 2024)	01-septembre-2024

La proportion des rapports de surveillance de la rougeole reçus par IST-CA au cours des quatre dernières semaines était de 85.0% (34/40). L'Angola (4/4), Gabon (1/4), et Sao Tome & Principe (1/4) les pays qui n'ont pas soumis un ou plusieurs rapports au cours de la période considérée. Le dernier rapport soumis par l'Angola remonte à la semaine 29 débutant le 15 juillet 2024. Le Burundi, Cameroun, Congo, Guinée Equatoriale, RCA, RDC, et le Tchad ont soumis tous les rapports de surveillance attendus.

1.5.2. Cas et décès de rougeole enregistrés en 2024

Le Tableau VI présente la distribution des cas de rougeole (confirmés IgM+, compatibles et avec lien épidémiologique) et des décès par pays de janvier à septembre 2024. Au total 9 921 cas et 135 décès dus à la rougeole ont été enregistrés, en Afrique centrale, depuis le début de l'année, soit une létalité de 1.36%, selon la base de données de la surveillance au cas par cas de la rougeole. On constate que 79.5% de cas étaient concentrés dans 3 pays soit 4 247 en RDC (42.8%), 2 542 au Burundi (25.6%), 1 104 au Tchad (11.1%). Les pays suivants ont enregistré des décès : Guinée Equatoriale (2 décès), Burundi (10 décès), RDC (123 décès).

Tableau VI: Cas et décès de rougeole en Afrique centrale de janvier à août 2024

Pays	Total des cas	% des cas sur le total des cas de l'Afrique centrale	Décédés	Taux de létalité
Angola	549	5.5%	0	0.0%
Burundi	2552	25.6%	10	0.4%
Cameroun	760	7.7%	0	0.0%
RCA	102	1.0%	0	0.0%
Tchad	1 104	11.1%	0	0.0%
Congo	140	1.4%	0	0.0%
Guinée Equatoriale	451	4.5%	2	0.4%
Gabon	28	0.3%	0	0.0%
RDC	4370	42.8%	123	2.8%
Afrique centrale	10056	100.0%	135	1.3%

Le tableau VII présente la distribution des cas par classification et par pays. Au total 15 044 suspects ont été notifiés dans les pays de l'Afrique centrale, dont 3 979 de cas IgM+, 5 531 par lien épidémiologique et 546 cas compatibles.

Tableau VII: Distribution des cas de rougeole selon leur classification par pays

Pays	Cas suspects	IgM+ (rougeole)	Compatibles	Lien épidémiologique	Attente classification	Cas rejetés	IgM+ (Rubéole)	Taux d'éruption fébrile non rougeoleuse ≥ 2	% Districts avec ≥ 1 cas suspect prélevé (80%	Incidence/ million
Angola	681	78	1	470	19	113	0	0.3	30	15
Burundi	2 692	166	39	2 347	17	123	26	1.1	82	191
Cameroun	1 569	288	87	385	12	797	9	3.3	90	25
Congo	373	93	15	32	0	233	3	5	100	24
Gabon	199	27	1	0	16	155	44	8.1	73	11
Guinee_Eq	547	18	238	195	62	34	0	5.2	44	526
RCA	324	97	5	0	1	221	8	4.5	91	16
RDC	6 904	2 253	72	2 045	24	2 510	192	2.6	74	34
Tchad	1 755	959	88	57	0	651	275	4.3	82	56
STP	0	0	0	0	0	0	0	-	-	0
Afrique centrale	15 044	3 979	546	5 531	151	4 837	557	2.6	73	42

Un total de 10 056 cas confirmés de rougeole (IgM+, lien épidémiologique, compatible) ont 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 100.3/1 000 000 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, Burundi avec 191 cas/million sont les pays qui ont enregistré les incidences les plus élevées.

La figure 5 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 645 (95%) en Angola, 1 661 (61%) au Burundi, 879 (55%) au Cameroun, 211 (53%) au Congo, 120 (59%) au Gabon, 1 383 (79%) au Tchad, et 482 (88%) en Guinée Equatoriale, 220 (67%) en RCA, 4 643 (67%) en RDC.

Figure 5: Distribution des cas de rougeole selon le statut vaccinal par pays en Afrique centrale (données à fin septembre 2024)

1.5.3. Districts en épidémie

Depuis le début de l'année, le pourcentage médian de district ayant rapporté au moins un cas était de 64% contre 17% sur les huit dernières semaines. Au Burundi, 90% des districts du pays ont rapporté au moins un cas de rougeole depuis le début de l'année ; 37% des districts au cours des huit dernières semaines.

Sur les deux derniers mois, 206 districts sur les 1 262 ont rapportés au moins un cas de rougeole: RCA (2), Gabon (8), Burundi (16), Congo (16), Tchad (25), Cameroun (34), et RDC (105). Les districts des zones frontalières ont rapporté le plus de cas comme le montre la figure 6.

La figure 7 montre la distribution des cas cumulés de rougeole dans les districts de santé des pays d'Afrique centrale depuis le début de l'année 2024. Il apparait que les districts de santé situés dans les zones frontalières des pays ont été les plus affectés par la rougeole.

Figure 7: Distribution Spatiale des cas de rougeole en Afrique centrale au niveau district

Figure 6: Distribution spatiale des nombres de cas de rougeole sur les deux derniers mois

Aucun district n'est entré en épidémie sur les huit dernières semaines.

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

Tableau VIII: 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 semaine
Angola	170	11	6.5	0	0.0	0	0.0
Burundi	49	21	42.9	8	16.3	0	0.0
Cameroun	203	31	15.3	4	2.0	0	0.0
RCA	35	12	34.3	1	2.9	0	0.0
Tchad	158	72	45.6	14	8.9	0	0.0
Congo	52	5	9.6	2	3.8	0	0.0
Guinée Equato-riale	18	2	11.1	0	0.0	0	0.0
Gabon	51	1	2.0	0	0.0	0	0.0
RDC	519	172	33.1	78	15.0	0	0.0
STP	7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Afrique centrale	1 262	327	25.9	107	8.5	0	0.0

1.5.4. Indicateurs de performance de la surveillance de la rougeole

La figure 8 présente la distribution du **taux d'éruptions cutanées fébriles non rougeoleuses par pays** en 2024 et 2023 au cours de la même période (Janvier-août). Seuls le Burundi (1.7/100 000), et l'Angola (0.6/100 000) ont été les seuls à avoir enregistré un taux inférieur à 2/100 000 en 2024.

La figure 9 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-août). 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. En revanche, la Guinée Équatoriale et l'Angola ont enregistré moins de 50% de districts investigués en 2024.

Figure 8: Taux d'éruption cutanées fébriles non rougeoleuse par pays en Afrique centrale à fin septembre 2024

Figure 9: Pourcentage de districts ayant investigué et prélevé au moins un cas suspect de rougeole dans les pays en Afrique centrale à fin septembre 2024.

2. Focus sur un pays : la République Démocratique du Congo

Avec plus de 105 millions d'habitants, la République Démocratique du Congo (RDC) est le pays le plus peuplé de l'Afrique centrale et figure parmi les cinq pays à haut impact en matière de vaccination, qui abritent plus d'un quart de la population des pays éligibles à Gavi.

Pendant que les couvertures vaccinales dans la région africaine de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont légèrement augmenté en 2023 en comparaison à 2022, selon les dernières estimations des couvertures vaccinales par l'OMS et l'UNICEF (WUENIC), la dernière enquête de couverture vaccinale de l'année 2023 en RDC a montré une stagnation des couvertures vaccinales pour la plupart des antigènes, comparés aux résultats de l'enquête de l'année 2022. Ces couvertures vaccinales demeurent sous-optimales et présentent un écart significatif par rapport aux couvertures administratives rapportées périodiquement par les formations sanitaires.

L'enquête de couverture vaccinale (ECV) de 2023 a révélé des taux de couverture chez les enfants de 12 à 23 mois similaires à ceux de l'ECV 2022. La première dose du vaccin pentavalent (Penta 1) était à 80,5 % contre 81,2 % en 2022. Pour la troisième dose (Penta 3), le taux de couverture était de 57,6 % contre 61,3 % l›année précédente. La première dose du vaccin antirougeoleux (VAR1) a quant à elle été administrée à 52,2 % des enfants, contre 50,3 % en 2022. Enfin, le taux de couverture du vaccin antiamaril (VAA) était de 50,3 %, contre 52,2 % en 2022.

L'enquête de couverture vaccinale (ECV) 2023 a permis de déterminer les valeurs médianes des couvertures vaccinales par province chez les enfants de 12 à 23 mois. Pour le vaccin Penta 1, le taux médian était de 80,2 %, avec des extrêmes allant de 41,5 % dans la province de la Mongala à 97,3 % à Kinshasa. Pour le Penta 3, le taux médian était de 49,8 %, variant de 18,3 % dans la Tshuapa à 84,9 % au Kwilu. Concernant le vaccin antiamaril (VAA), le taux médian était de 43,0 %, compris entre 22,4 % dans la Mongala et 82,0 % à Kinshasa. Enfin, pour le vaccin antirougeoleux (VAR1), le taux médian était de 47,1 %, allant de 22,4 % dans la Mongala à 82,6 % à Kinshasa.

Ces résultats contrastent avec les données administratives qui montrent des couvertures relativement bonnes pour la plupart des antigènes. La figure 1 montre une comparaison des couvertures vaccinales administratives en 2023, aux estimations de l'ECV 2023 pour le Penta 1.

Figure 1: Couvertures vaccinales par le DTP1 selon les données administratives et l'enquête de couverture vaccinale 2023 par province en République Démocratique du Congo.

La sous ou surestimation des populations cibles figurent parmi les principales raisons de cet écart entre les données administratives et les estimations de l'ECV.

Les couvertures vaccinales administratives 2023 par le Penta 1 ont été similaires aux estimations de l'ECV 2023 dans 5 provinces (Ituri, Kwango, Kasai Central, Kongo Central et Equateur). Dans ces provinces, les populations cibles du Programme Elargi de vaccination, obtenues à partir des projections des données du dernier recensement général de la population, peuvent être considérées comme fiables.

Dans 16 provinces (Mongala, Sankuru, Tshopo, maniema,Lualaba, Thsuapa, Haut Katanga, Bas-Uele, Haut-Uele, Kasai, Maindombe, Kasai oriental, Sud Kivu, Tanganyika, Sud Ubangi et Lomami), les couvertures vaccinales administratives 2023 par le Penta 1 ont été nettement supérieures aux estimations de l'ECV 2023. Dans ces provinces, en supposant que les données sur les enfants vaccinés sont fiables, il est possible que les populations cibles du Programme Élargi de Vaccination (PEV) aient été sous-estimées.

Dans 5 provinces, les couvertures vaccinales administratives 2023 par le Penta 1 ont été inférieures aux estimations de l'ECV 2023 (Kinshasa, Nord Kivu, Kwilu, Haut-Lomami et Nord Ubangi), laissant penser à une possibilité de surestimation des populations cibles.

En comparant les couvertures vaccinales administratives de l'année 2024 (Janvier à Septembre) à celles de l'enquête de couverture vaccinale de 2023, on trouve la même tendance avec des couvertures vaccinales majoritairement supérieure aux estimations de l'enquête de couverture vaccinale (Figure 2).

Figure 2: Couvertures vaccinales administratives au Penta 1 de janvier à septembre 2024 par provinces comparées aux estimations de l'enquête de couverture vaccinale 2023 en République Démocratique du Congo

Les provinces de Kwango, Ituri, Kasaï Central, Kongo Central et Equateur ont encore enregistré des couvertures vaccinales administratives proches des estimations de l'ECV 2023. Les couvertures vaccinales administratives dans les provinces de Kinshasa, Nord Kivu, Nord Ubangi et Kwilu restent légèrement inférieures aux estimations de l'ECV 2023.

Le taux d'abandon entre la première et la troisième dose du vaccin pentavalent est un indicateur important de la qualité des services de vaccination. Il reflète la capacité du système de santé à assurer la continuité des soins et à maintenir l'adhésion des parents ou des tuteurs aux schémas vaccinaux complets. D'après les données administratives de 2023, les taux d'abandon observés dans toutes les provinces sont nettement inférieurs à ceux estimés par l'ECV 2023 (Figure 3).

Figure 3: Taux d'abandon entre le Penta 1 et le Penta 3 à partir des données administratives (rouge) 2023 comparé à celui des estimations de l'enquête de couverture vaccinale 2023 (bleue), par province, en République Démocratique du Congo

L'écart médian entre les deux estimations de taux d'abandon était de 16%, oscillant entre 3% à Kwilu et 39% dans l'Équateur. Le fait d'avoir des faibles taux d'abandon à partir des données administratives ne facilite pas la prise d'actions visant à rattraper la vaccination des enfants insuffisamment vaccinés. La figure 4 présente une comparaison des distributions géographiques des couvertures vaccinales par le Penta 3 selon les données de l'ECV 2023, administratives 2023 et 2024 (janvier à septembre), et permet de noter un faible niveau de concordance entre les différentes sources de données pour chaque province.

Figure 4: Couvertures vaccinales de la troisième dose du vaccin pentavalent (Penta 3) par province en République Démocratique du Congo, selon les estimations de l'Enquête de Couverture Vaccinale 2023 et les données administratives 2023-2024 (Janvier-Septembre).

Bien que les couvertures vaccinales administratives soient élevées au niveau provincial, elles masquent des disparités importantes entre les zones de santé. Sur la période de janvier à septembre 2024, seulement Sept provinces sur 26 (soit 27 %) ont enregistré moins de 10 % de zones de santé ayant une couverture vaccinale administrative par le Penta 3 inférieure à 80 %. À l'inverse, neuf provinces (35 %) ont compté au moins 30 % de leurs zones de santé avec une couverture Penta 3 inférieure à ce seuil de 80 % (Figure 5).

Figure 5: Proportion de Zones de Santé avec couverture vaccinale Penta 3 Inférieure à 80% par Province en RDC (Données Administratives Janvier-Septembre 2024)

Atelier d'élaboration de la feuille de route d'urgence pour l'amélioration des couvertures vaccinales au cours du second semestre 2024

Face aux couvertures vaccinales sous-optimales selon l'ECV 2023 et malgré des couvertures administratives en apparence bonne, le PEV a organisé du 13 au 20 Août 2024 à Matadi (Province du Kongo Central) un atelier d'élaboration de la feuille de route d'urgence pour l'amélioration des couvertures vaccinales au cours du second semestre 2024, au titre de la révision du plan d'action opérationnel de l'année. Au terme de cet atelier qui a connu la participation des équipes du PEV, du Secrétariat Général et autres programmes du Ministère en charge de la santé, de l'OMS, l'UNICEF et autres partenaires appuyant la vaccination, les principales activités suivantes visant à améliorer les couvertures vaccinales ont été inscrites dans la feuille de route :

- Organisation de trois passages d'intensification périodiques de la vaccination systématique (IPVS) dans 147 zones de santé de 13 provinces représentant le premier bloc.
- Accélération de la mise en œuvre des stratégies innovantes de vaccination dans 17 provinces, incluant les stratégies de vaccination à tout contact, la stratégie de réduction des occasions manquées de vaccination (OVM), la vaccination dans les points de concentration, etc.
- Accélération de la préparation de l'introduction du vaccin contre le paludisme dans 31 zones de santé de la province du Kongo Central.
- Le renforcement du suivi de la disponibilité des vaccins et autres intrants au niveau intermédiaire afin de prévenir toute rupture de stock avant fin décembre 2024.
- La mise en œuvre effective du plan de Grand rattrapage de la vaccination des enfants zéro-dose et insuffisamment vaccinés. Le Grand rattrapage offre une opportunité de recenser rapidement la population cible, de réduire le nombre d'enfants zéro-dose et d'abaisser le taux d'abandon parmi les enfants de la cohorte de 2024. Les partenaires de développement sont encouragés à soutenir cette feuille de route en priorisant les provinces qui ont montré des couvertures vaccinales faibles dans l'ECV 2023, indépendamment des données administratives de couverture de janvier à septembre 2024.

En plus de ces actions, une mission conjointe des partenaires de l'Alliance Gavi (Secrétariat de Gavi, OMS, UNICEF, Fondation Gates), qui a eu lieu du 14 au 18 octobre 2024, a recommandé la réalisation d'un exercice de triangulation des données sur les cibles du PEV et l'estimation des couvertures vaccinales infranationales en utilisant la méthode WUENIC. Cet exercice vise à ajuster les cibles du PEV pour 2024 et 2025, ainsi que les couvertures vaccinales au niveau provincial. Le ratio de la couverture vaccinale administrative sur l'estimation sous-nationale pour ainsi être utilisée pour obtenir des couvertures vaccinales opérationnelles au niveau des zones de santé et permettre la prise d'actions visant à rechercher et retrouver les enfants ayant manqué tout ou partie des vaccins du calendrier vaccinal en vigueur. La mise en œuvre du Grand rattrapage offre une opportunité de conduire un recensement rapide de la cible et de réduire le nombre d'enfants zéro-dose et le taux d'abandon parmi les enfants de la cohorte de 2024. Les partenaires au développement sont encouragés à accompagner le PEV dans la feuille de route en priorisant les provinces qui ont enregistrés des faibles couvertures vaccinales au terme de l'ECV 2023 quel que soit le niveau des couvertures vaccinales administratives enregistrées de janvier à septembre 2024. Les acteurs du PEV sont aussi invités à faire une analyse contextuelle des défis rencontrés dans certaines provinces, tels que l'accès aux services de santé, les perceptions communautaires sur les vaccins, et les ressources disponibles afin de fournir un cadre d'interprétation plus robuste des résultats obtenus.

3. Focus sur un évènement : la réunion annuelle des directeurs de PEV de l'année 2024

L'Equipe d'appui interpays de l'OMS pour l'Afrique centrale (IST-CA), le Bureau Régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du centre (UNICEF-WCARO), le Secrétariat de Gavi et les autres partenaires qui appuient les programmes de la vaccination organisent chaque année une réunion des Directeurs des Programmes Elargis de Vaccination (PEV) des 10 pays de l'Afrique centrale. Après Douala (Cameroun) en 2023, la réunion de 2024 a eu lieu à Kinshasa, RDC, du 14 au 18 septembre 2024.

Photo de groupe des participants à la réunion des Directeurs de PEV 2024

Outre les Directeurs des PEV et leurs collaborateurs, cette réunion a connu la participation des Directeurs de Santé Maternelle et Infantile, des Directeurs Généraux de la Santé, responsables des Groupes Technique Consultatifs de certains pays, et des partenaires qui soutiennent les programmes de réponse aux maladies à prévention vaccinale (OMS, UNICEF, Gavi, UNICEF, US CDC, PATH, Ganeshaid, Haier Biomedical, JSI, VillageReach et GSK). Africa CDC et la CEAC ont participé en ligne. Au total, le nombre des participants à la réunion était de 157.

La réunion avait pour objectif général de créer un espace d'échange d'expériences et d'apprentissage mutuelle entre les pays de l'Afrique centrale en vue d'accélérer la relance des services de vaccination et le contrôle des maladies évitables par la vaccination.

Une plateforme en ligne, «**Réunion annuelle des directeurs des Programmes Élargis de Vaccination des pays de l'Afrique Centrale.**», a été créée pour faciliter l'inscription des participants, diffuser des informations essentielles et permettre aux participants de consulter les présentations à tout moment, avant, pendant et après la réunion.

Panel d'échange d'expérience lors de la réunion des Directeurs de PEV 2024

Les discussions, échanges d'expériences et mise à jour des connaissances ont couvert plusieurs thématiques : la situation des enfants zéro-dose et la préparation du Grand Rattrapage, les efforts d'introduction de nouveaux vaccins y compris les vaccins contre le paludisme, la problématique du financement durable de la vaccination, l'utilisation de la santé digitale dans les programmes de maladies à prévention vaccinale, l'intégration de l'équité et du genre dans les programmes de maladies à prévention vaccinale, les orientations pour la planification de la transition pour la poliomyélite, les informations sur vaccination contre le Mpox et la maladie Ebola, les nouvelles orientations de Gavi à travers les stratégies 5.0 et 5.1 et 6.0.

Six réunions parallèles ont été organisées en marge de la réunion principale des Directeurs de PEV portant sur les thématiques suivants :

- Enseignements tirés des enquêtes sur la couverture vaccinale, facilité par l'OMS siège.
- Leçons tirées des applications de Planification globale du soutien de Gavi (FPP), facilité par le Secrétariat de Gavi.
- Stratégie EYE et contrôle de la fièvre jaune : protection des travailleurs à haut risque, facilité conjointement par l'OMS AFRO et Siège.
- Eradication et transition polio, facilité par l'OMS AFRO.
- Vaccination des populations spéciales et en contexte humanitaire, Co-facilité par le PEV-RDC et le Secrétariat de Gavi.
- Continuer à garantir l'innocuité des vaccins, facilité par l'OMS AFRO.

Les participants ont également célébré, en marge de la réunion, le 50ème anniversaire du PEV. Au cours de cette manifestation, outre le message de lancement des célébrations par le Secrétaire Général à la Santé de la RDC, Dr Sylvain Yuma, plusieurs hauts responsables des institutions soutenant le PEV et des Ministères de la santé, ont adressé des messages vidéo aux Directeurs de PEV et autres acteurs des programmes de prévention des maladies évitables par la vaccination. Il s'agissait notamment de :

- Dr Matshidio R. Moeti, Directrice Régionale de l'OMS pour l'Afrique.
- Mr Gilles Fagninou, Directeur Régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre.
- Mr Thabani Maphosa, Directeur Général de la mise en œuvre des programmes pays du Secrétariat de Gavi.
- Pr Adrien Mougougou, Ministre de la santé et des Affaires sociales du Gabon.

Au terme de la réunion les participants ont adopté les recommandations suivantes :

Recommandations aux Ministères de la santé

- Réviser la politique nationale de vaccination pour prendre en compte les enfants de 2-5 ans parmi les populations cibles du PEV, dans la perspective du Grand rattrape, et l'adapter aux autres évolutions du programme.
- Soumettre sur une base mensuelle les mises à jour sur la préparation du Grand Rattrapage au GTRV (Groupe Régional de Travail sur la Vaccination)
- Mettre en place une plateforme de renforcement du partenariat public-privé pour le financement des gaps du PEV.
- Mettre à jour les données sur les indicateurs de la déclaration d'Addis sur la vaccination en utilisation la plateforme mis en place par l'OMS, afin de permettre l'actualisation du Dashboard y relatif.
- Mettre en place une plateforme de suivi de la préparation des introductions de vaccins prévus de 2024 à 2026.
- Accélérer l'introduction de la 2ème dose de VPI ou de l'hexavalent dans le calendrier national de vaccination
- Mettre en place ou rendre fonctionnel, le comité national de vérification de l'élimination de la rougeole
- Organiser des réponses locales dans tous les districts en épidémies de rougeole, et prioriser ces districts pour la mise en œuvre du Grand Rattrapage
- Organiser les AVS Rougeole avant la fin de l'année 2024.
- Développer/Finaliser les plans de préparation et réponse aux épidémies de rougeole et initier les actions de mobilisation des ressources.
- Finaliser les Stratégies nationales de vaccination.
- Planifier et réaliser une campagne de vaccination contre la fièvre jaune ciblant les travailleurs à haut risque dans les districts avec des lacunes immunitaires importantes, au terme d'une analyse des gaps immunitaires et des causes profondes.

Recommandations aux partenaires

- Organiser une réunion sur les leçons apprises de l'introduction du HPV à partir des expériences du Cameroun et de STP, avec la participation de la RDC, Burundi, Guinée Equatoriale
- Organiser un Webinar pour briefer les pays sur l'utilisation de l'outil de suivi-évaluation du Grand Rattrapage.
- Lancer un appel de manifestation d'intérêt pour l'appui à la revue de l'existant en matière de plateformes digitales pour la vaccination de routine et la surveillance des maladies à prévention vaccinales et la mise en place des SMART guideline pour assurer l'interopérabilité.
- Mettre en place une plateforme de documentation des leçons apprises des applications FPP.
- Instituer une réunion unique de coordination périodique entre chaque pays et tous les partenaires.
- Appuyer l'organisation des ateliers sous-régionaux en vue : (i) d'identifier les travailleurs à haut risque, (ii) cartographier les industries extractives et les compagnies qui pourraient être associées dans la facilitation de l'élaboration et la mise en œuvre de ces plans, y compris les secteurs privés disposés à soutenir les interventions contre les maladies en tant que responsabilité sociale des entreprises, avec la participation de la RDC, Tchad, Cameroun, Angola, RCA, Gabon, Guinée Equatoriale, Congo.

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
- Celestin Danwang