Bulletin mensuel sur la vaccination et la surveillance des maladies à prévention vaccinale en Afrique centrale

Mois d’Août 2024

Équipe d’Appui Technique Interpays du Bloc Centre

Sommaire

|  |
| --- |
| Dernière mise à jour des données |
| Ce bulletin a comme source les données administratives partagées par les pays et qui ont été mises à jour le 09 sept. 2024 |

## 1 Acronymes

|  |  |
| --- | --- |
| **AVI** | Activités de Vaccination Intensifiées |
| **BCG** | Bacille de Calmette et Guérin (vaccin contre la tuberculose) |
| **DTC** | Diphtérie, Tétanos, Coqueluche |
| **HepB** | Vaccin contre l'Hépatite B |
| **IST-CA** | Inter-Country Support Team for Central Africa (Équipe d’appui inter-pays pour l’Afrique centrale) |
| **N/A** | Non Applicable |
| **ND** | Non Disponible |
| **OMS** | Organisation Mondiale de la Santé |
| **PEV** | Programme Élargi de Vaccination |
| **RCA** | République Centrafricaine |
| **RDC** | République Démocratique du Congo |
| **ROTA** | Vaccin contre le Rotavirus |
| **RR** | Rougeole-Rubéole (vaccin combiné) |
| **STP** | São Tomé-et-Príncipe |
| **UNICEF** | United Nations International Children’s Emergency Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance) |
| **VAA** | Vaccin contre la fièvre jaune (Vaccin Anti-Amaril) |
| **VAP** | Vaccin Anti-Paludique |
| **VAR** | Vaccin contre la rougeole (vaccin antirougeoleux) |
| **VCP** | Vaccin Pneumococcique Conjugué |
| **VPI** | Vaccin Polio Inactivé |
| **VPO** | Vaccin Polio Oral |
| **WUENIC** | WHO/UNICEF Estimates of National Immunization Coverage |

## 2 Mise à jour de la situation de la vaccination de routine et de lasurveillance des maladies à prévention vaccinale

### 2.1 Vaccination de Routine

#### 2.1.1 Promptitude des rapports de vaccination de routine

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 [tableau 1](#tbl-situation). . Les couvertures vaccinales ont ainsi été calculées en fonction du dernier mois des données de chaque pays. Le Cameroun, le Gabon, et la RDC sont les seuls pays qui ont été prompts en soumettant les données du mois de septembre 2024, soit une promptitude de 30%.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tableau 1: Date en mois des dernières données soumises à IST-CA par les pays   | **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 | |

**NB**: Les couvertures vaccinales calculées dans le bulletin l’ont été au dernier mois des données disponibles pour chaque pays.

#### 2.1.2 Première et Troisième dose du vaccin contre la Diphterie, Tetanos et Coqueluche (DTC1 et DTC3)

La couverture vaccinale médiane au DTC1 au dernier mois des rapports disponibles en Afrique centrale était de 83% [extrêmes :64% au Gabon ; 110% au Tchad], contre 78% au DTC3 [extrêmes 61% au Gabon et 100% en Tchad] ([figure 1](#fig-Couverture_penta)). Le fait que certains pays comme la Guinée Equatoriale et le Tchad aient enregistré des couvertures vaccinales au DTC1 ≥100%, met en lumière des problèmes de qualité des données qui gagnerait à être analysés afin de permettre la prise des décisions opérationnelles.

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

L’analyse des couvertures vaccinales au DTC3 district par district a montré que 276 districts ont une couverture vaccinale au DTC3 supérieure à 100%: RDC 147, Tchad 62, RCA 16, Angola 15, Cameroun 12, Burundi 10, Guinee\_Eq 6, Congo 4, et Gabon 4, ce qui pourrait traduire un problème de qualité de données. La [figure 2](#fig-distrib_geographique) 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 des districts avec moins de 80% de couverture vaccinale au DTC3 était la suivante : 38% soit 484 DS / 1 262.

La proportion moyenne des districts ayant atteint ou dépassé 90% de couverture vaccinale en DTC3 a été de **50.5%** [extrêmes 14.0% au STP; 87.0% en Tchad]. [figure 3](#fig-District_90) montre la proportion de districts ayant atteint 90% de couverture vaccinale dans les pays d’Afrique centrale.

|  |
| --- |
| Figure 3: Proportion des districts avec une couverture vaccinale en DTC3 ≥90% en Afrique centrale |

#### 2.1.3 Vaccins co-administrés à la naissance: BCG, VPO0, HepB0

Le nombre de pays ayant atteint ou dépassé 90% de couverture vaccinale au BCG était de 1 pays sur 10 (10%): Tchad (105.0%). Ces 1 pays ainsi que l’Angola, Cameroun, Guinee\_Eq, 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 (%) a dépassé 90% de couverture vaccinale. En Angola et Guinee\_Eq et STP les couvertures vaccinales au HepB0 étaient respectivement de 58% et 71% et 57%, inférieure à celles au BCG (79% et 84% et 61% respectivement). La [figure 4](#fig-bcg_co) présente la distribution des couvertures vaccinales aux vaccins administrés à la naissance dans les pays d’Afrique centrale.

|  |
| --- |
| Figure 4: Couverture vaccinale au BCG, VPO0, HepB0 au niveau national dans les pays de l’Afrique centrale |

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

La [figure 5](#fig-var_vaa) 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 PEV.

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

Les couvertures vaccinales médianes étaient de 74% [étendue: 47%; 100%] au VAA et 75% [étendue: 55%; 99%] au VAR1. Bien que les couvertures vaccinales soient en général sous-optimales, les pays suivants ont atteint une couverture satisfaisante : RCA, STP, et Tchad pour le **VAA** et RCA et Tchad pour le **VAR1**.

#### 2.1.5 Préparation et mise en oeuvre 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 2](#tbl-cu) présente un résumé de l’état de préparation des cinq pays sur la base des rapports du troisième trimestre 2024.

|  |
| --- |
| Tableau 2: Niveau de préparation du Grand Rattrapage dans les 5 pays prioritaires de l’Afrique centrale à fin septembre 2024 |

Trois pays: Cameroun, Tchad, et RDC 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. 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.

|  |
| --- |
| Tableau 3: Résultats de la mise en œuvre du Grand Rattrapage en RDC, Cameroun et Tchad à fin septembre 2024 |

### 2.2 État de l’introduction du vaccin contre le paludisme dans les pays

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 4](#tbl-malaria_reg) présente les résultats du déploiement du vaccin contre le paludisme (VAP) au Cameroun à fin août 2024.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tableau 4: Enfants vaccinés contre le Paludisme au Cameroun à fin septembre 2024   | Vaccin | Nombre d’enfants vaccinés | Couverture (%) | | --- | --- | --- | | VAP 1 | 123699 | 67 | | VAP 2 | 86965 | 47 | | VAP 3 | 62992 | 34 | |

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

### 3.1 Soumission des rapports de surveillance à l’IST-CA

Le [tableau 5](#tbl-submissions) fait un récapitulatif de la soumission des rapports de surveillance de la rougeole soumis à l’IST-CA par pays.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tableau 5: 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 symptomes du dernier cas** | | --- | --- | --- | | Angola | 29 (débutant le 15 juil. 2024) | 18 avr. 2024 | | Burundi | 37 (débutant le 09 sept. 2024) | 09 sept. 2024 | | Cameroun | 37 (débutant le 09 sept. 2024) | 09 sept. 2024 | | Congo | 37 (débutant le 09 sept. 2024) | 09 sept. 2024 | | Gabon | 37 (débutant le 09 sept. 2024) | 30 août 2024 | | Guinee\_Eq | 37 (débutant le 09 sept. 2024) | 19 mai 2024 | | RCA | 37 (débutant le 09 sept. 2024) | 07 sept. 2024 | | RDC | 37 (débutant le 09 sept. 2024) | 09 sept. 2024 | | Sao Tome & Principe | 37 (débutant le 09 sept. 2024) | ND1 | | Tchad | 37 (débutant le 09 sept. 2024) | 01 sept. 2024 | | 1ND: Non disponible | | | |

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) 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, Guinée Equatoriale, RCA, RDC, et leTchad ont soumis tous les rapports de surveillance attendus.

### 3.2 Cas et décès de rougeole enregistrés en 2024

Le [tableau 6](#tbl-distevol) 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 9 921 cas et 135 décès dus à la rougeole ont été enregistrés, en Afrique centrale de depuis le de 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: Guinee\_Eq (2 décès), Burundi (10 décès), RDC (123 décès).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tableau 6: Cas et décès de rougeole en Afrique centrale de janvier à août 2024   | **Pays** | **Total des cas** | **% des cas** | **Décédés** | **Taux de  létalité** | | --- | --- | --- | --- | --- | | Angola | 549 | 5.5% | 0 | 0.0% | | Burundi | 2 542 | 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% | | Guinee\_Eq | 449 | 4.5% | 2 | 0.4% | | Gabon | 28 | 0.3% | 0 | 0.0% | | RDC | 4 247 | 42.8% | 123 | 2.8% | | Afrique centrale | 9 921 | 100.0% | 135 | 1.3% | |

Le [tableau 7](#tbl-cases) 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 7: Distribution des cas de rougeole selon leur classification et taux d’incidence de la rougeole (en Cas par million)   | **Pays** | **Cas suspects** | **IgM+** | **Compatibles** | **Lien epidemiologique** | **Attente classification** | **Cas rejetés** | **% Districts avec ≥ 1 cas suspect prélevé** | **Taux d'éruption fébrile non rougeoleuse ≥ 2** | **Incidence** | **IgM Rubeole** | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Angola | 681,0 | 78,0 | 1,0 | 470,0 | 19,0 | 113,0 | 30,0 | 0,5 | 15,6 | 757 | | Burundi | 2 692,0 | 166,0 | 39,0 | 2 347,0 | 17,0 | 123,0 | 80,0 | 1,3 | 192,3 | 8 765 | | Cameroun | 1 569,0 | 288,0 | 87,0 | 385,0 | 12,0 | 797,0 | 89,0 | 3,8 | 26,5 | 2 967 | | Congo | 373,0 | 93,0 | 15,0 | 32,0 | 0,0 | 233,0 | 100,0 | 5,2 | 24,6 | 947 | | Gabon | 199,0 | 27,0 | 1,0 | 0,0 | 16,0 | 155,0 | 73,0 | 8,8 | 11,3 | 266 | | Guinee\_Eq | 547,0 | 18,0 | 238,0 | 195,0 | 62,0 | 34,0 | 44,0 | 5,6 | 525,8 | 144 | | RCA | 324,0 | 97,0 | 5,0 | 0,0 | 1,0 | 221,0 | 91,0 | 4,9 | 16,1 | 859 | | RDC | 6 904,0 | 2 253,0 | 72,0 | 2 045,0 | 24,0 | 2 510,0 | 74,0 | 2,8 | 34,5 | 13 023 | | Tchad | 1 755,0 | 959,0 | 88,0 | 57,0 | 0,0 | 651,0 | 82,0 | 4,6 | 55,8 | 4 102 | | STP | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | ND | ND | ND | ND | | Afrique centrale | 15 044,0 | 3 979,0 | 546,0 | 5 531,0 | 151,0 | 4 837,0 | 73,7 | 4,6 | 42,0 | 31 830 | |

Un total de 10 207 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 42.0/1 000 000 habitants de janvier à septembre 2024. En 2024 si la RDC a rapporté le plus grand nombre de cas absolus la Angola avec 15.63 cas/million, Burundi avec 192.32 cas/million, Cameroun avec 26.45 cas/million, RCA avec 16.1 cas/million, Tchad avec 55.78 cas/million, Congo avec 24.61 cas/million, Guinee\_Eq avec 525.76 cas/million, Gabon avec 11.26 cas/million, RDC avec 34.46 cas/million sont les pays qui ont enregistré les incidences les plus élevées.

La [figure 6](#fig-dose) 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% ) au 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 Guinee\_Eq, 220 ( 67% ) en RCA, 4 643 ( 67% ) en RDC.

|  |
| --- |
| Figure 6: distribution des cas de rougeole selon le statut vaccinal par pays en Afrique centrale |

### 3.3 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.

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).

Depuis le début de l’année 327 districts dans 9 pays sont entrés en épidémie contre aucun district sur les 08 dernières semaines ([figure 7](#fig-map_epi_debut)). Sur les huit dernières semaines, les districts encore en épidémie (107) ([figure 8](#fig-map_district_epi)) ont été essentiellement concentrés en au RCA (1), au Congo (2), au Cameroun (4), au Burundi (8), au Tchad (14), et au RDC (78). Aucun districts n’est entré en épidémie sur les huit dernières semaines. Le [tableau 8](#tbl-epistatus) présente le résumé de la distribution des districts de santé en épidémie en Afrique centrale par pays.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Figure 7: Distribution géographique des districts de santé en épidémie de rougeole depuis le début d’année | | |  | | --- | | Figure 8: Carte des districts encore en épidémie sur les huit dernières semaines | |

.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tableau 8: 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 | | Guinee\_Eq | 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 | | - | 1 262 | 327 | 25.9 | 107 | 8.5 | 0 | 0.0 | |

### 3.4 Taux d’éruption cutanées fébriles non rougeoleuse

La [figure 9](#fig-eruption) 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 (1.3/100 000), et l’ Angola (0.5/100 000) ont été les seuls à avoir enregistré un taux inférieur à 2/100 000 en 2024.

|  |
| --- |
| Figure 9: Rapportatge des eruptions cutanées fébriles non rougeoleux par pays |

### 3.5 Pourcentage de districts avec au moins un cas investigué avec prélèvement

La [figure 10](#fig-measles_investigation) 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. Par contre la Guinée Équatoriale et l’Angola ont moins de 50% de districts investigués en 2024.

|  |
| --- |
| Figure 10: Pourcentages de districts ayant investigué et prélevé au moins un cas suspect de rougeole dans les pays de la sous-région |

## 4 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 et qui restent sous-optimales d’une part, un écart important avec les couvertures administratives obtenues à partir des rapports périodiques des formations sanitaires. En effet, l’enquête de couverture vaccinale (ECV) 2023 a montré des couvertures vaccinales chez les 12-23 mois similaires à celles de l’ECV 2022 : 80,5% par la première dose du vaccin pentavalent (Penta 1), 57,6% par la troisième dose du vaccin pentavalent (Penta 3), 52,2% par la première dose du vaccin antirougeoleux (VAR1) (contre 50,3% en 2022) et 50,3% par le vaccin antiamaril (VAA) (52,2% en 2022). Par province, les couvertures médianes selon l’ECV 2023 chez les 12-23 mois ont été de : (i) 80,2% [extrêmes : 41,5% dans la Mongala ; 97,3% à Kinshasa] par le Penta 1, (ii) 49,8% [extrêmes :18,3% dans la Tshuapa ; 84,9% à Kwilu] par le Penta3, (ii) 43,0% [extrêmes : 22,4% dans la Mongala ; 82,0% à Kinshasa] par le VAA, (iv) 47,1% [extrêmes : 22,4% dans la Mongala ; 82,6% à Kinshasa] par le VAR1. Ces résultats contrastent avec les données administratives qui montrent des couvertures relativement bonnes pour la plupart des antigènes. La [figure 11](#fig-rdc1) montre une comparaison des couvertures vaccinales administratives en 2023 aux estimations de l’ECV 2023 pour le Penta 1.

|  |
| --- |
| Figure 11: 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 sur-estimation 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, dans l’hypothèse que les données sur les enfants vaccinés sont fiables, les populations cibles du PEV peuvent avoir 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 pensé à une possibilité de sur-estimation des populations cibles. En comparant les couvertures vaccinales 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 supérieures aux estimations de l’enquête de couverture vaccinale ([figure 12](#fig-rdc2)).

|  |
| --- |
| Figure 12: 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 Equatorial ont encore enregistré des couvertures vaccinales administratives proches des estimations de ECV 2023. Les couvertures vaccinales administratives dans les provinces de Kinshasa, Nord Kivu, Nord Ubangi et Kwilu restent légèrement supérieures aux estimations de l’enquête de couverture vaccinale de 2023. La couverture vaccinale administrative de Penta 1 dans le Haut-Lomami qui en 2023, était supérieure à l’estimation de l’ECV, est, en 2024, inférieure à cette ECV. Le taux d’abandon entre le Penta1 et le Penta 3 est un indicateur de la qualité des services de vaccination. Dans toutes les provinces, les données administratives 2023 montrent des taux d’abandon nettement inférieurs à ceux obtenus à partir des estimations de l’ECV 2023 ([figure 13](#fig-rdc3)).

|  |
| --- |
| Figure 13: Taux d’abandon entre le Penta 1 et le Penta 3 à partir des données administratives 2023 comparé à celui des estimations de l’enquête de couverture vaccinale 2023, par province, et 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’Equateur. Le fait d’avoir des faibles taux d’abandon à partir des données administratives ne facilite pas la prise des actions visant à rattraper la vaccination des enfants insuffisamment vaccinés. La [figure 14](#fig-rdc4) 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).

|  |
| --- |
| Figure 14: Couvertures vaccinales par le Penta 3 par province à partir des estimations de l’enquête de couverture vaccinale 2023, des données administratives 2023 et 2024 (janvier-septembre ) en République Démocratique du Congo |

Les couvertures administratives élevées au niveau provincial cachent des disparités entre zones de santé. En 2024 (janvier-septembre) seulement 7 provinces sur 26 (27%) ont enregistré moins de 10% de zones de santé avec moins de 80% de couverture vaccinale administrative par le Penta 3 ; neuf provinces (35%) ont enregistré au moins 30% des zones de santé avec moins de 80% de couverture vaccinale par le Penta 3 ([figure 15](#fig-rdc5)).

|  |
| --- |
| Figure 15: Pourcentage des zones de santé avec moins de 80% de couverture vaccinale par le Penta 3 selon les données administratives de janvier à septembre 2024 |

Face aux couvertures vaccinales sous-optimales selon l’ECV 2023 et malgré des couvertures administratives en apparence bonne, le PEV a organisé 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:



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

* 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..

En plus de ces actions, une mission conjointe des partenaires de l’Alliance Gavi (Secrétariat de Gavi, OMS, UNICEF, Fondation Gates) ayant eu lieu du 14 au 18 octobre 2024 a recommandé la réalisation de l’exercice de triangulation des données sur les cibles du PEV et d’estimation des couvertures vaccinales au niveau sous national en utilisant la méthode WUENIC afin d’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 peut 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.

## 5 Focus sur un évènement: la reunion annuelle des directeurs de Programmes Élargis de Vaccination 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. 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.



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

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 lAfrique 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. 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.



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

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 : de (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.

|  |
| --- |
| Note |
| © 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](mailto: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. |