WEST AFRICAN HEALTH ORGANISATION
ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE
ORGANIZAÇÃO OESTE AFRICANA DA SAÚDE

1975 -2025

BULLETIN D'INFORMATION SUR LA SANTE DANS L'ESPACE CEDEAO

PREMIER SEMESTRE 2025

Septembre 2025

Table des matières

1. INTRODUCTION 3
2. DISPONIBILITÉ DES DONNÉES 4
3. SITUATION DES MALADIES À POTENTIEL ÉPIDÉMIQUES (MPE) DANS LA RÉGION 7
3.1 Résumé opérationnel 8
3.1.1 Évolution des MPE au PREMIER SEMESTRE 2025 8
3.2 Situation du Mpox dans la région 10
3.3 Situation de la rougeole dans la région 12
3.4 Situation de la dengue dans la région 14
3.5 Situation de la méningite dans la région 16
3.6 Situation de la rage dans la région 18
4. SITUATION DU PALUDISME DANS LA RÉGION 20
5. SITUATION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET NÉONATALE DANS LA RÉGION 23
5.1 Décès maternels 24
5.2 Décès néonataux 26
6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS 29

1. INTRODUCTION

Le troisième objectif spécifique de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), suivant le protocole de création d'Abuja N°A/P2/7/87 du 9 juillet 1987 stipule que l'OOAS doit : **« Collecter et diffuser des informations d'ordre technique, épidémiologique et celles relatives à la recherche et à la formation ainsi que toutes autres informations concernant le secteur sanitaire dans les Etats membres »** de la CEDEAO. C'est dans ce cadre que, depuis 2012, l'OOAS a élaboré une politique et des stratégies régionales de l'information sanitaire. Cette politique jette les bases de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS). Cet instrument est un outil de collecte, de gestion, de traitement et surtout de diffusion de l'information sanitaire dans la région. Dans le processus d'opérationnalisation de l'ORS, l'OOAS se donne pour devoir de publier des informations de manière régulière sur la situation sanitaire dans les l'espace CEDEAO.

Ce numéro qui couvre la période de janvier à juin 2025 fait partie de la série de publications périodiques sur la situation sanitaire dans la région de la CEDEAO. L'objectif principal est d'assurer le partage des informations afin qu'aucun pays ne soit victime des problèmes de santé d'autres pays en raison de la libre circulation des populations au sein de la région. Cependant, le partage d'informations sur la santé en temps réel exige nécessairement une action proactive. Les systèmes nationaux d'information sanitaire, ainsi que les structures chargées de la surveillance épidémiologique, ont besoin des capacités techniques et matérielles adéquates pour collecter, traiter et communiquer en temps réel des informations pertinentes et de qualité, afin de permettre leur disponibilité et leur partage entre les États membres.

Malgré les efforts importants entrepris depuis 20 ans dans l'amélioration des systèmes nationaux d'information sanitaire et la fonction de surveillance épidémiologique, le partage de données de qualité en temps réel constitue toujours un défi à relever. Les données sur la surveillance épidémiologique sont d'une ou d'autre forme partagée même si certains pays sont plus réguliers que les autres. Mais par rapport au données des systèmes d'informations sanitaire de routine (disponibilité, la couverture et les capacités opérationnelles des services de soins de santé ; les politiques, le recrutement et la gestion des ressources humaines en santé ; l'utilisation des services de soins, les causes de consultations, d'hospitalisation et de décès intra-hospitaliers , entre autres, sont des informations que généralement souffre de production systématique et par conséquence un partage très déficient. Pour se conformer avec l'objectif 2 du protocole de sa création, l'OOAS assure ainsi régulièrement des appuis techniques aux pays pour les accompagner à :

- renforcer les capacités de collecte de données notamment à travers des systèmes de collecte électronique en cours d'implémentation dans certains pays ;
- renforcer la qualité des données et informations produites à travers des opérations de revue de qualité des données dans les pays ;
- renforcer les capacités de stockage en offrant des espaces de stockage cloud à des pays à leur demande expresse ;
- renforcer les capacités de gestion des données à travers des formations sur la gestion des serveurs, des plateformes des données, etc. ;
- renforcer les capacités en matière de production de l'information à travers la mise en place de systèmes automatiques de rapportages ~~et~~ de données, l'analyse et diffusion d'information de qualité ;
- renforcer les cadres de gouvernance des données et des informations sanitaires.

Le présent bulletin s'articule autour des points suivants : la disponibilité des données, la situation des maladies à potentiel épidémique (MPE), la situation du paludisme et la situation de la mortalité maternelle et néonatale dans la région CEDEAO.

02

2. DISPONIBILITÉ DES DONNÉES

WEST AFRICAN HEALTH ORGANISATION
ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE
ORGANIZAÇÃO OESTE AFRICANA DA SAÚDE

L'OOAS a mis en place, depuis 2022, un système de transfert automatique des données de la surveillance. Ainsi, régulièrement, les données des pays connectés sont hebdomadairement transférées de manière automatique dans l'entrepôt régional. Ceci permet non seulement d'avoir une bonne complétude de données, mais aussi aux équipes de l'OOAS de participer au contrôle de qualité, en interpellant les équipes nationales de surveillance à chaque fois qu'une incohérence est identifiée.

La question de la qualité et de la disponibilité des données demeure toutefois centrale. La cartographie 2025 (janvier–juin) révèle des lacunes de notification pour certaines maladies et certains pays, malgré les améliorations apportées par l'intégration et l'harmonisation de sources spécifiques (par ex. Nigeria). Les taux de létalité (CFR), sensibles aux erreurs de dénominateur et aux délais de remontée des décès, ne doivent pas être surinterprétés sans vérification de la complétude. La mise en cohérence des flux hebdomadaires → mensuels et l'automatisation des contrôles de cohérence ont réduit les divergences, mais des écarts persistent selon les filières de surveillance. Enfin, plusieurs limites doivent être rappelées : hétérogénéité des systèmes de notification, retards de remontée, changements de définitions ou de périmètre, ventilation partielle de certaines maladies à potentiel épidémique (MPE).

La Figure 1 présente les pays dont les données de différentes maladies pour l'année 2025 sont disponibles pour analyse. Un cas particulier est à relever pour ce qui concerne le Nigéria. Celui-ci a en effet procédé à un changement dans son système de données, chose qui a interrompu le transfert automatique. Les deux équipes travaillent pour remettre en place la connexion. Cependant, il a été possible de relever certaines informations agrégées sur leurs plateformes de partage d'information.

Certaines maladies ne font pas l'objet de surveillance active dans tous les pays. Par exemple, les pays ayant été atteints par la maladie à virus Ébola (MVE) l'ont conservé dans leur liste des maladies prioritaires à surveiller alors que les autres la surveillent dans le groupe des fièvres hémorragiques. Mais la plupart des MPE sont communes à tous les pays.

En ce que concerne la MVE, il est à noter qu'en 2024, la Guinée avait détecté et confirmé 3 cas de la maladie. Mais contrairement à l'année 2014, la détection a été très précoce et cela a permis de prendre toutes mesures de riposte immédiate et un contrôle rapide de la maladie.

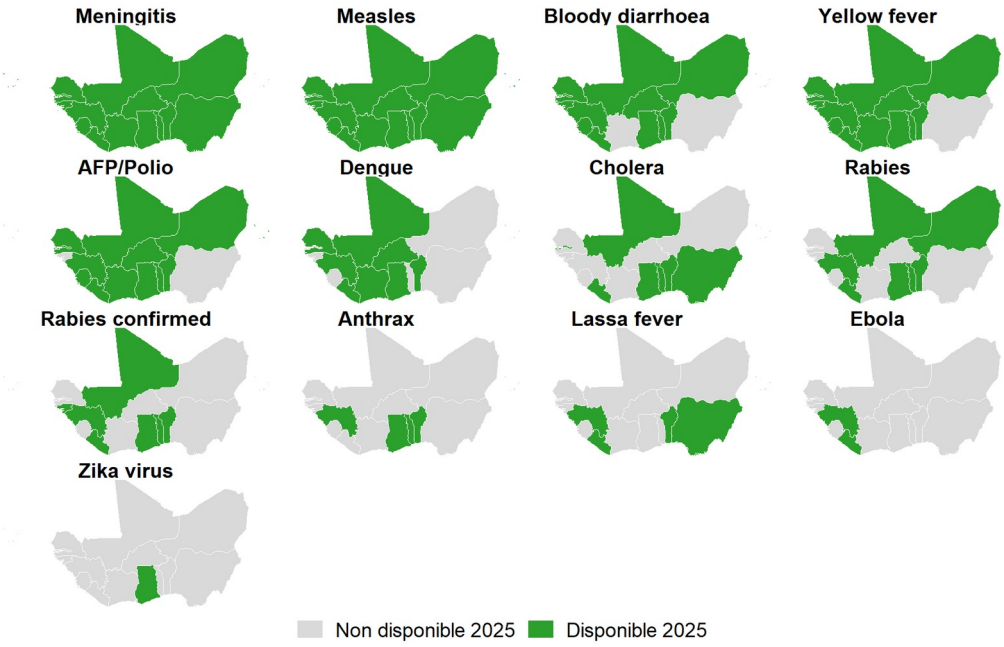


Figure 1: *Disponibilité des données par MPE au cours du premier semestres de l'an 2025 (données SIMR Pays)*

En dehors des MPE, le paludisme comme principale endémie dans presque tous les pays ainsi que les décès maternels et néonataux ont été intégrés dans les systèmes de notification hebdomadaire. Les Figure 2 et Figure 3, montrent les pays qui ont partagés leurs données sur le paludisme ainsi que sur les décès maternels et néonataux, respectivement.

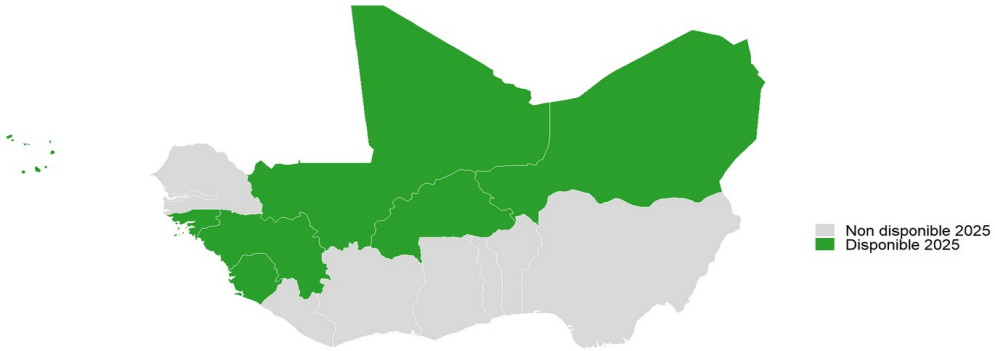


Figure 2: *Disponibilité des données Paludisme au cours du premier semestre de l'année 2025 (données SIMR pays)*

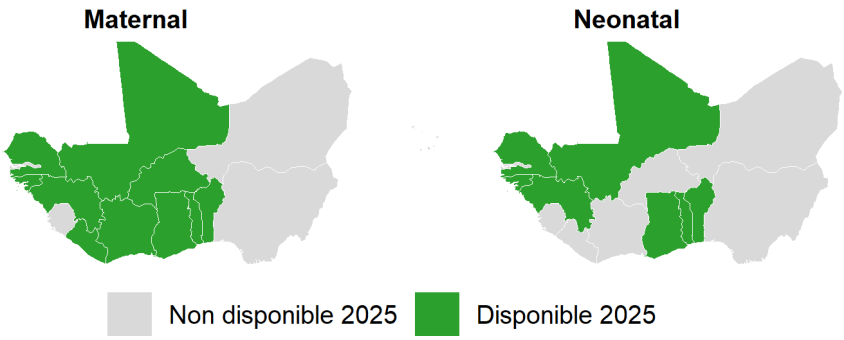


Figure 3: *Disponibilité des données sur les Décès maternels & néonataux par pays (janvier–juin) en 2025 (SIMR Pays)*

03

3. SITUATION DES MALADIES À POTENTIEL ÉPIDÉMIQUES (MPE) DANS LA RÉGION

WEST AFRICAN HEALTH ORGANISATION
ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE
ORGANIZAÇÃO OESTE AFRICANA DA SAÚDE

3.1 RÉSUMÉ OPÉRATIONNEL

Au vu du niveau de complétude de données, les informations présentées ne représentent pas nécessairement l'ensemble des cas ni des décès enregistrés dans les pays de la sous-région. Il s'agit plutôt de l'ensemble des cas ou décès déclarés. Cependant, cela peut d'ores et déjà permettre une analyse des tendances dans la région.

Depuis plus de 3 années, la dengue continue d'être une des maladies à potentiel épidémique les plus notifiées par les systèmes de surveillance épidémiologique des pays de la CEDEAO. Dans ce numéro, il a été mis en exergue la rage – une maladie zoonotique bien présente dans notre panorama épidémiologique.

3.1.1 Évolution des MPE au PREMIER SEMESTRE 2025

Les maladies à potentiel épidémique ayant fait l'objet de plus de déclarations sont respectivement la rougeole, la dengue, la diarrhée sanguinolente et la méningite. La rougeole, une maladie vaccinale déjà placée sous contrôle avec les mesures spécifiques, constitue la MPE la plus notifiée dans presque tous les pays. En comparant les deux premiers trimestres 2024 et 2025 (Tableau 1), on observe une baisse des cas suspects de la rougeole (environ 32%). Cette baisse est bien plus importante pour la dengue avec plus de sept mille cas de moins en 2025, représentant 42,46%.

En ce que concerne les décès liés aux MPE, seule la méningite enregistre le nombre important de décès avec 221 cas en 2024 et 110 cas en 2025. Néanmoins, il est à noter une diminution de plus de 50% du nombre de décès à la fin du premier trimestre 2025 comparé à la même période 2024.

Tableau 1: *Évolution comparative des MPE au cours du premier trimestre entre 2024 et 2025*

Maladie (MPE)	Cas suspects 2024	Cas suspects 2025	Décès 2024	Décès 2025	CFR 2024 (%)	CFR 2025 (%)
Rougeole	49,830	33,699	155	40	0.3	0.1
Fièvre de Lassa	21,175	18,379	11	3	0.1	0.0
Dengue	17,554	10,103	48	3	0.3	0.0
Méningite	12,878	8,268	221	110	1.7	1.3
Diarrhée sanglante	7,210	7,557	4	8	0.1	0.1
Cholera	6,684	4,826	0	16	0.0	0.3
AFP/Polio	1,397	1,406	1	2	0.1	0.1
Fièvre Jaune	1,507	1,307	3	10	0.2	0.8
Grippe Aviaire HP	399	362	0	0	0.0	0.0
Ver de guinée	8	31	0	0	0.0	0.0
Charbon Humain	8	24	0	0	0.0	0.0
Maladie à Virus Ebola	5	2	2	0	40.0	0.0
Fièvre Valée du Rift	3	0	0	0	0.0	NA
Virus Zika	0	0	0	0	NA	NA
Rage en Humains	-	-	21	28	100	100

Les baisses constatées au premier trimestre sont confirmées au second, tel que présenté dans le Tableau 2. La rougeole a reculé 10% pour ce qui concerne les cas et de 81% pour ce qui concerne les décès. La Dengue a baissé de 58% pour les cas et de 17% pour les décès. Les diarrhées sanguinolentes se retrouvent classées en deuxième position en termes de cas enregistrés. Malgré une baisse de cet effectif des cas, on observe un grand nombre de décès en 2025, notamment en République de Guinée.

Finalement le deuxième trimestre de l'année 2025 aurait connu une baisse des infections pour les maladies sous surveillance les plus fréquentes par rapport au premier. Cependant, comme l'indique le Tableau 3, la région a connu des épidémies dont la grippe aviaire. Des cas suspects de certaines maladies (comme Ébola et Zika) ont été signalées. Mais, après investigation avancée, pas des cas confirmés.

Tableau 2: *Évolution comparative des MPE au deuxième trimestre, 2024 et 2025 (données SIMR pays)*

Maladie (MPE)	Cas suspects 2024	Cas suspects 2025	Décès 2024	Décès 2025	CFR 2024 (%)	CFR 2025 (%)
Rougeole	46,471	32,238	165	21	0.4	0.1
Fièvre de Lassa	21,118	18,357	5	2	0.0	0.0
Dengue	13,052	7,437	203	128	1.6	1.7
Méningite	7,311	6,418	1	96	0.0	1.5
Diarrhée sanglante	11,180	4,723	18	15	0.2	0.3
Cholera	6,553	3,839	1	5	0.0	0.1
AFP/Polio	1,890	1,535	3	5	0.2	0.3
Fièvre Jaune	1,534	1,403	6	17	0.4	1.2
Grippe Aviaire HP	497	801	9	13	1.8	1.6
Charbon Humain	2	29	0	1	0.0	3.4
Maladie à Virus Ebola	3	9	1	9	33.3	100.0
Fièvre Valée du Rift	0	2	0	2	NA	100.0
Virus Zika	0	0	0	0	NA	NA
Rage en Humains	-	-	32	31	100	100

Tableau 3: *Évolution comparative des cas MPE au cours du premier semestre 2025 (comparée par trimestre)*

Maladie (MPE)	Cas suspects T1	Cas suspects T2	Total des cas suspects S1	Décès T1	Décès T2	Total des décès S1	CFR T1 (%)	CFR T2 (%)	CFR S1 (%)
Rougeole	33,699	32,238	65,937	40	21	61	0.1	0.1	0,1
Fièvre de Lassa	18,379	18,357	36,736	3	2	5	0.0	0.0	0,0
Méningite	8,268	7,437	15,705	110	128	238	1.3	1.7	1,5
Diarrhée sanglantes	7,557	6,418	13,975	8	96	104	0.1	1.5	0,7
Fièvre Dengue	10,103	4,723	14,826	3	15	18	0.0	0.3	0,1
Cholera	4,826	3,839	8,665	16	5	21	0.3	0.1	0,2
AFP/Polio	1,406	1,535	2,941	2	5	7	0.1	0.3	0,2
Fièvre Jaune	1,307	1,403	2,710	10	17	27	0.8	1.2	10,0
Grippe aviaire (HP)	362	801	1,163	0	13	13	0.0	1.6	1,1
Maladie à Virus Ebola	2	96	98	0	1	1	0.0	1.0	1,0
Charbon en Humaine	24	29	53	0	1	1	0.0	3.4	1,9
Ver de Guinée	31	9	40	0	9	9	0.0	100.0	22,5
Virus Zika	0	2	2	0	2	2	-	100.0	100
Fièvre Valée du Rift	0	0	0	0	0	0	-	-	-
Rages en humaines	-	-	-	28	31	59	100	100	100

3.2 SITUATION DU MPOX DANS LA RÉGION

Le Mpox a été formellement déclaré urgence de santé publique de portée internationale en 2024 par l'OMS. De nombreux pays de la région ont été confrontés à cette épidémie, notamment le Nigeria, la Côte d'Ivoire, le Liberia, le Ghana et la Guinée. Un total de 3,375 cas suspects dont 366 confirmés et un 1 décès ont été notifiés en 2024. Le Nigeria, le pays le plus touché, a notifié lui seul 189 cas suivi de la Cote d'Ivoire avec 107 cas. Les deux pays ont totalisé plus de 80% du total de cas de la sous-région en 2024.

Le début de cette année 2025 a été marqué par l'élargissement du nombre de pays affectés ainsi que l'augmentation du nombre de cas notifiés. Au cours du premier semestre 2025, le nombre de pays affectés est passé de 5 à 9. Du total de 3,375 cas et un 1 seul décès en 2024 à 7,318 cas et 59 décès en 2025, seulement au cours du premier semestre.

Le Tableau 4 ci-dessous présente la distribution du nombre de cas et de décès par pays affecté. La Sierra leone qui a notifié son premier cas de la maladie seulement en 2025, représente lui seul 71% du total de cas, suivie de la Guinée avec 10% et du Liberia avec 7%. Les 3 pays voisins, totalisent ensemble plus de 88% des cas. La Sierra Léone a déclaré 52 décès soit 91% des décès déclarés.

Tableau 4: *Situation de l'infection à Mpox au 1er semestre 2025 dans la CEDEAO (Données CRSCM)*

Pays	Cas confirmés	Décès
1. Benin	0	0
2. Burkina Faso	0	0
3. Cap Vert	0	0
4. Cote d'Ivoire	52	0
5. Gambie	1	0
6. Ghana	424	1
7. Guinée	729	ND
8. Guinée Bissau	0	0
9. Liberia	545	0
10. Mali	0	0
11. Niger	0	0
12. Nigeria	307	4
13. Senegal	1	0
14. Sierra Leone	5,197	52
15. Togo	62	ND
Total	**7,318**	**57**

La Figure 4, montre l'évolution hebdomadaire de cas de Mpox au cours de l'année 2025. Avec 2 cas à la semaine 1, la situation est restée stable pendant les 3 premiers mois de l'année. Elle a ensuite connu une hausse brutale entre la semaine 15 et la semaine 20, passant de 2 – 3 cas hebdomadaires à 680 cas. L'ampleur des infections a ensuite engagé une baisse dans les quatre semaines suivantes pour se stabiliser à un niveau ~~de~~ d'environ 300 cas suspects détectés par semaine.

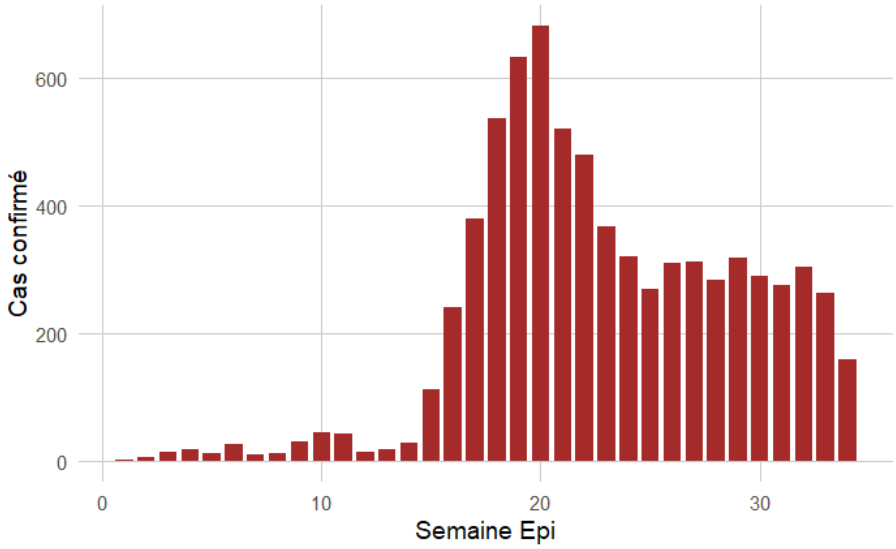


Figure 4: *Mpox — Evolution des cas confirmés au 1er semestre 2025 dans la région*

3.3 SITUATION DE LA ROUGEOLE DANS LA RÉGION

La rougeole affecte quasiment tous les pays de la région. Le Nigéria, du fait de sa forte population, compte le plus grand nombre de cas. Assez loin derrière, le Niger et la Guinée ont connu les deuxièmes et troisièmes plus grands nombres de cas dans le semestre (9 120 et 5 867 respectivement), en forte hausse par rapport à la même période en 2024. Cependant, comme le montre la Figure 5, de façon générale les pays ont connu des réductions en nombre de cas.

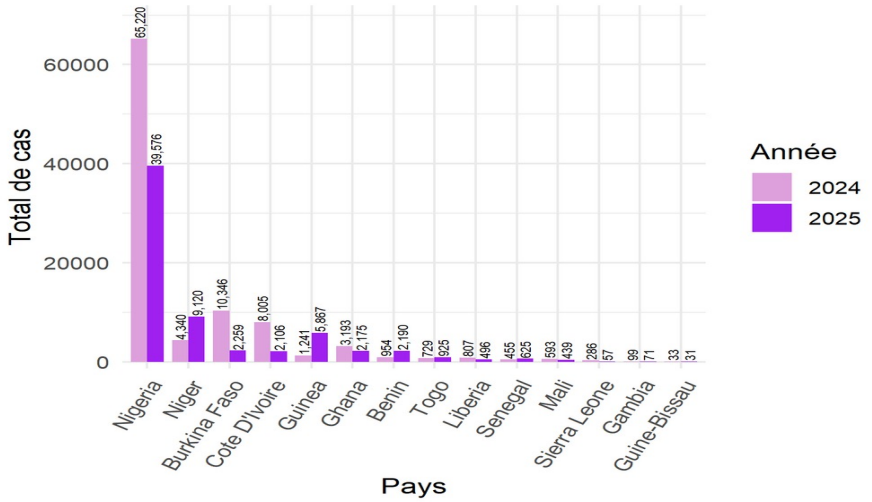


Figure 5: *Incidence des cas (suspects) de rougeole par pays de la CEDEAO au cours du 1er semestre 2025 vs 2024 (données SIMR pays)*

Les données désagrégées du Nigéria n'étant pas disponibles, on peut cependant observer les courbes épidémiologiques des pays ayant observé plus de cas suspects de rougeole en 2025 qu'en 2024 pour le premier semestre. La Figure 6 montre des courbes assez identiques entre ces deux pays pendant le premier trimestre de

l'année. Cependant, alors que le mois d'avril se caractérise par un retour solide du nombre de cas en Guinée, le Niger observe une forte croissance des cas jusqu'à la semaine 15. Ce n'est que là que les infections reprennent une tendance baissière.

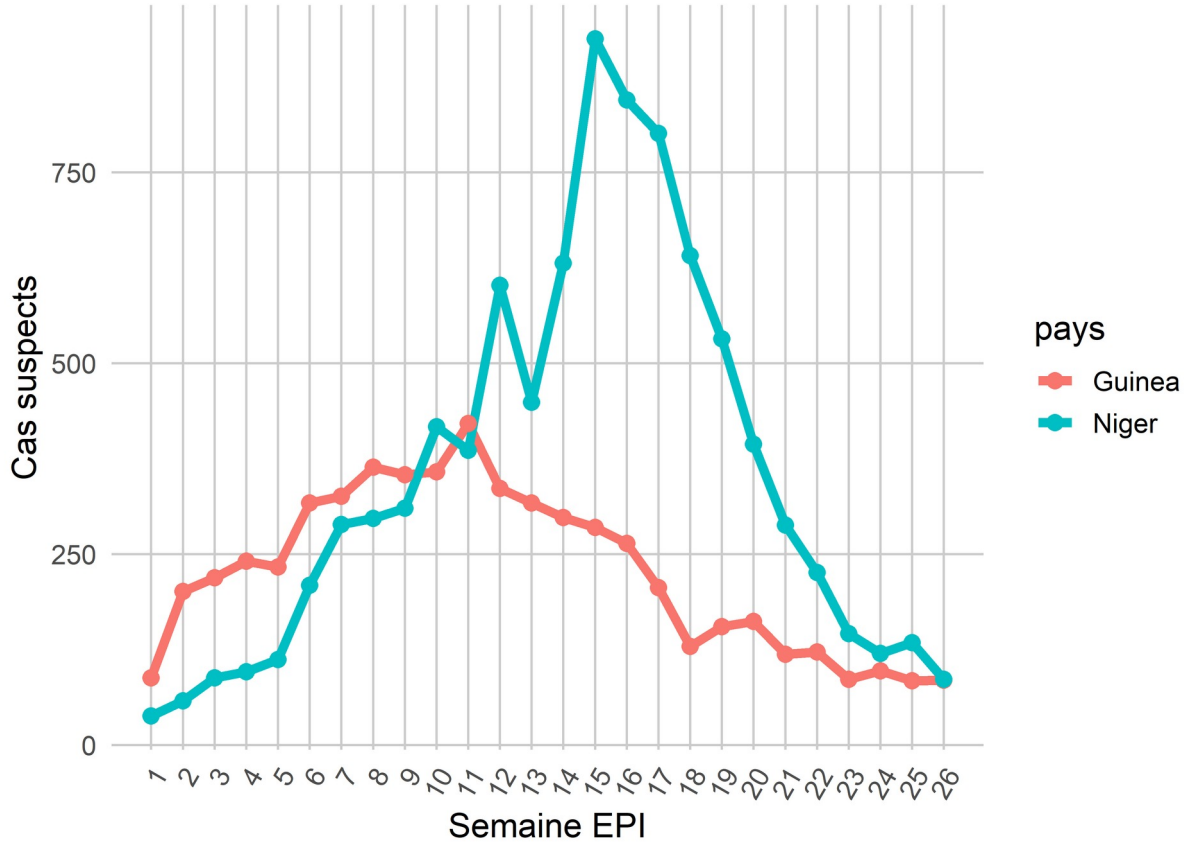


Figure 6: *Rougeole — Évolution hebdomadaire (Semaine 1 à 26) dans les pays les plus touchés*

La Figure 7 montre que la courbe temporelle des cas suspects n'a pas changé entre 2024 et 2025. Les pics sont observés entre mars et avril.

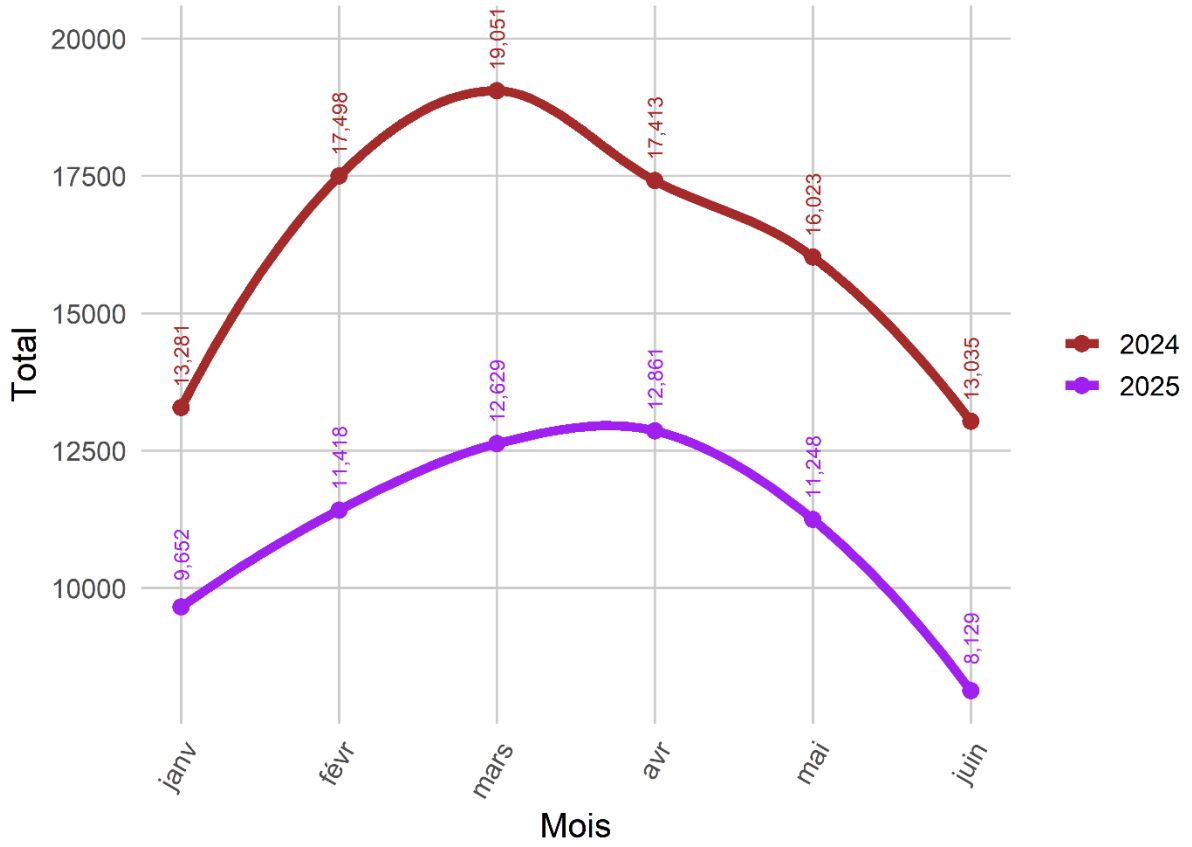


Figure 7: *Évolution mensuelle comparative des cas (suspects) de rougeole au cours du premier semestre, 2024 & 2025.*

3.4 SITUATION DE LA DENGUE DANS LA RÉGION

Au cours des 6 premiers mois de l'année 2025, l'on constate la baisse de charge de la dengue dans presque tous les pays ayant notifiés les cas (Figure 8). Le pays le plus touché reste cependant le Burkina Faso même si l'incidence a baissé de pratiquement la moitié entre le premier trimestre de l'année 2024 et la même période en 2025.

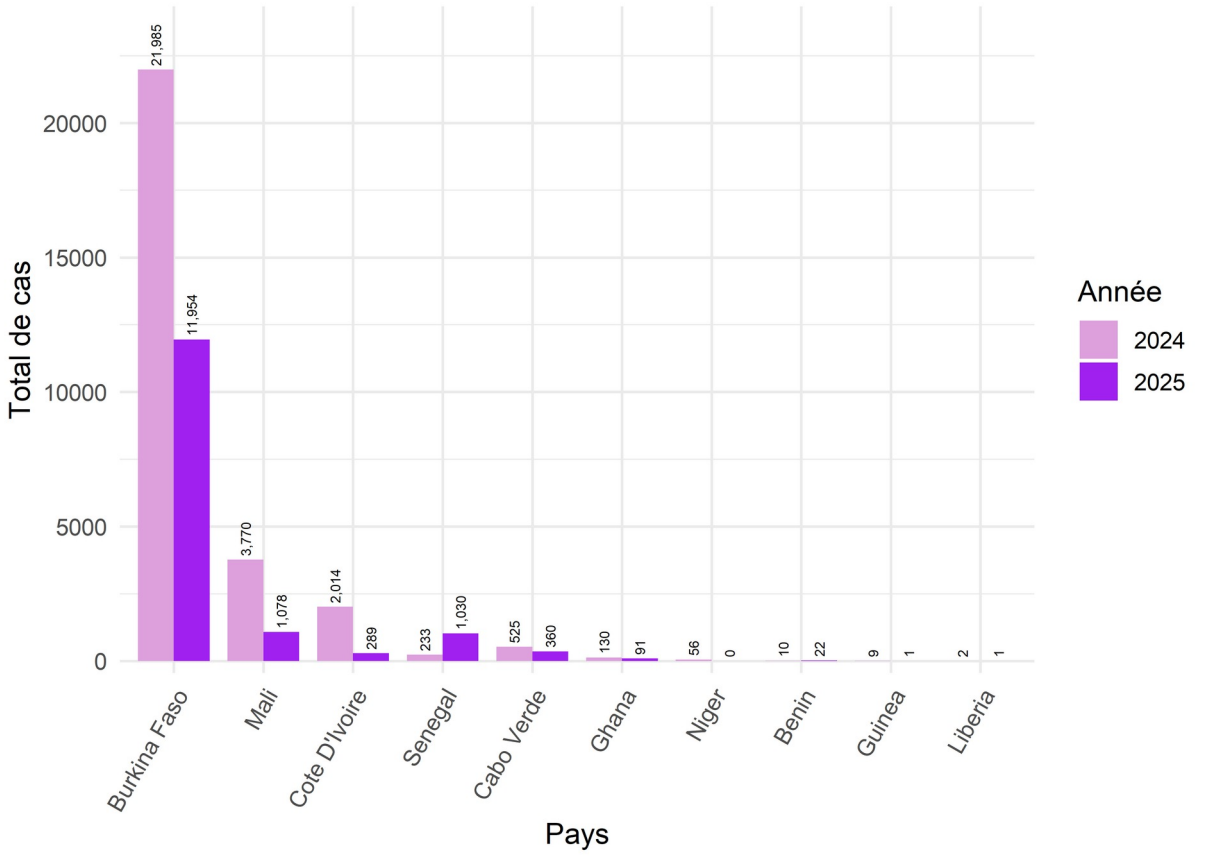


Figure 8: *Nouveaux cas par pays de la fièvre de Dengue au cours du 1er semestre (janvier–juin), 2025 et 2024 (données SIMR Pays)*

Le Burkina Faso, bien que n'ayant pas déclaré d'épidémie en 2025, présente des valeurs hebdomadaires très élevées. Ainsi, comme le présente la Figure 9 des pics de 800 cas suspects de dengue par semaines étaient observés en février 2025. Cependant, la courbe a connu une baisse importante et soutenue, se fixant à moitié après 5 semaines.

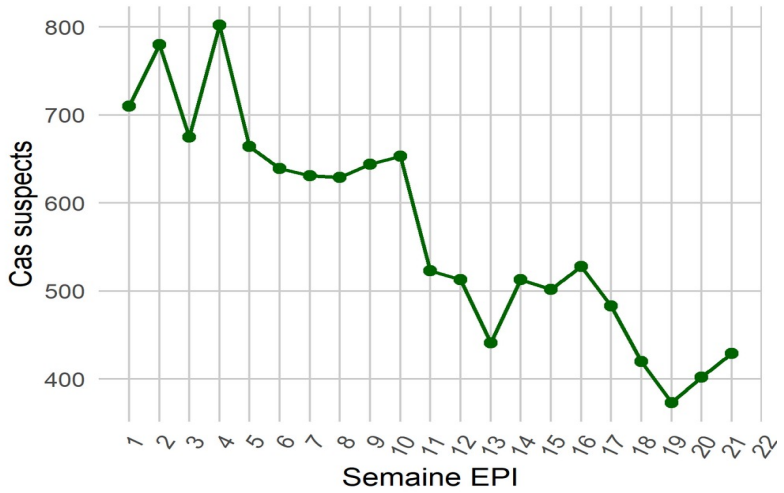


Figure 9: *Évolution hebdomadaire de nouveaux cas de Dengue au Burkina Faso en 2025 (données SIMR pays).*

L'évolution de nouveaux cas dengue en 2025 est bien semblable à celle de 2024. Mais entre mai et juin, nous assistons une baisse significative de cas de la maladie dans la région (Figure 10).

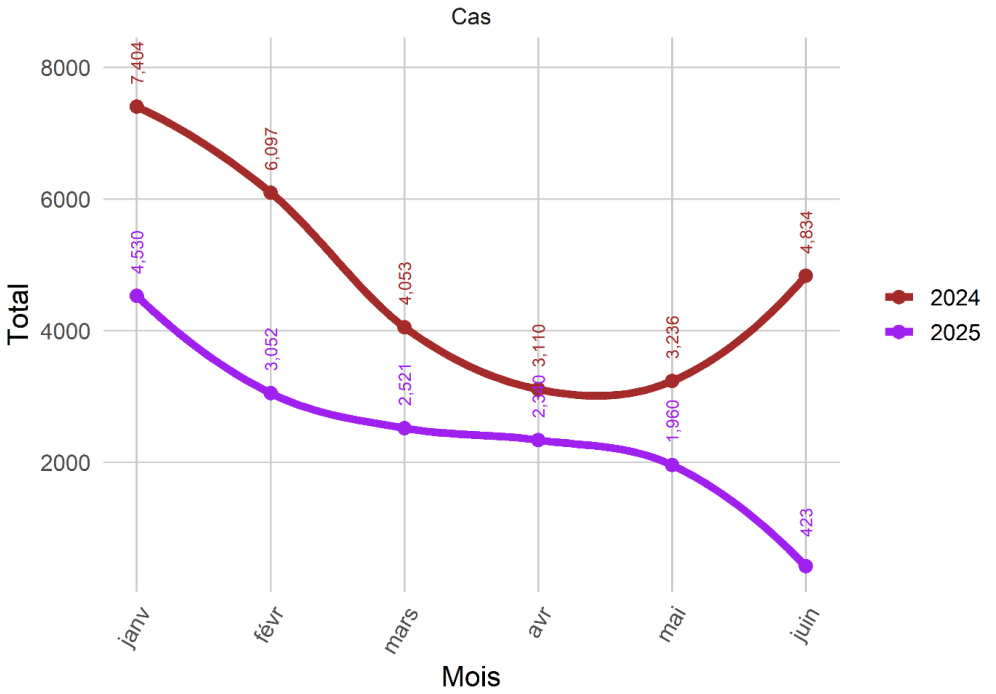


Figure 10: *Évolution mensuelle comparative de cas de dengue en Afrique de l'ouest au cours du premier semestre, 2024 et 2025 (données SIMR Pays)*

3.5 SITUATION DE LA MÉNINGITE DANS LA RÉGION

La méningite représente une des maladies épidémiques les plus fréquentes et les plus importantes en termes de mortalité. Néanmoins, il est à constater sous la base de données disponibles que le nombre de cas et de décès sont en légère baisse au cours des deux premiers trimestres de l'année 2025 comparée à la même période 2024 (Figure 11 et Figure 12).

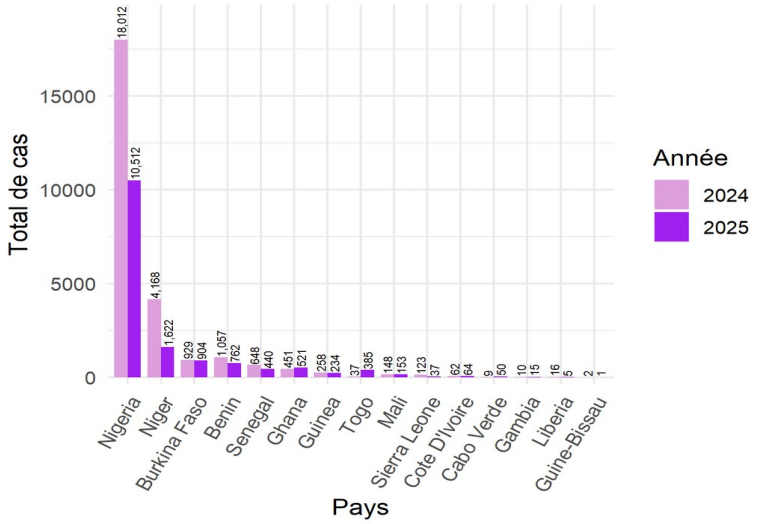


Figure 11: *Incidence comparative de Méningite (cas suspects) au premier semestre, 2025 et 2024 par pays (Données SIMR Pays)*

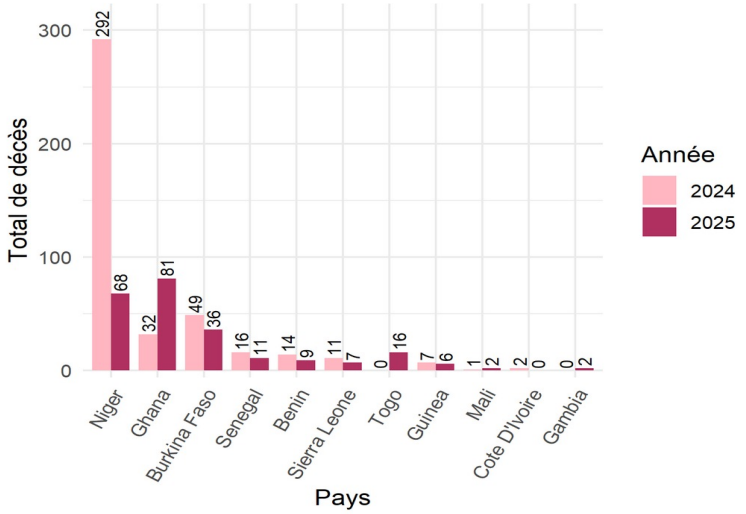
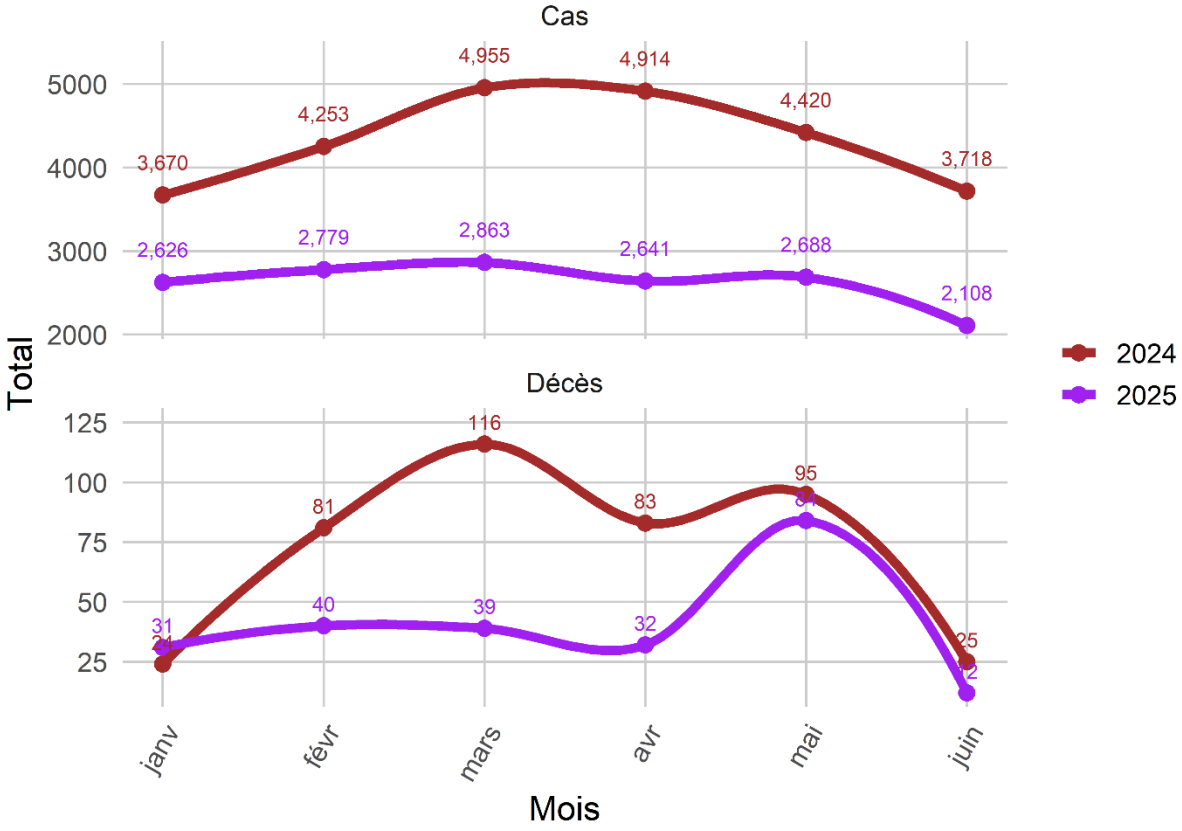


Figure 12: *Le nombre de Décès de la méningite au cours du premier semestre par pays, 2025 vs 2024*

La Figure 13 décrit l'évolution des cas et des décès sur la même période entre les deux années. Les courbes d'évolution ne sont pas fortement différentes en dehors du fait que 2025 a connu moins de charge en incidence et en mortalité que 2024.



Fi
gure 13: *Méningite — Évolution mensuelle (janvier–juin) — Total régional (Cas & Décès)*

3.6 SITUATION DE LA RAGE DANS LA RÉGION

La rage fait partie de la liste des maladies zoonotiques sur surveillance dans le cadre One Health. En réalité, la rage continue à être un grave problème de santé publique dans la plupart des pays de la CEDEAO. Selon les données disponibles, un total de 45 décès humains dus à la rage ont été notifiés au cours du 1er semestre 2024 et 46 décès au titre de la même période de 2025. Le Tableau 5 montre la distribution des cas par trimestre et par pays qui ont notifiés. En plus de cas déclarés, nous devons reconnaitre que la notification de la rage n'est pas exhaustive. Beaucoup de cas n'arrivent pas aux hôpitaux et ne sont donc pas notifiés.

Tableau 5: *Cas de décès des humains par la rage, 2024/2025*

Pays	Trim.1 2024	Trim.1 2025	Trim.2 2024	Trim.2 2025	Sem.1 2024	Sem.2 2025
1. Benin	2	6	6	7	8	13
2. Burkina Faso	ND	ND	ND	ND	ND	ND
3. Cap Vert	ND	ND	ND	ND	ND	ND
4. Côte d'Ivoire	ND	ND	ND	ND	ND	ND
5. Gambie	ND	ND	ND	ND	ND	ND
6. Ghana	4	5	4	7	8	12
7. Guinée	4	2	3	3	7	5
8. Guinée-Bissau	1	ND	1	ND	2	ND
9. Liberia	ND	1	ND	ND	ND	1
10. Mali	2	1	4	1	6	2
11. Niger	4	1	4	1	8	2
12. Sénégal	ND	ND	ND	ND	ND	ND
13. Sierra Leone	ND	ND	ND	ND	ND	ND
14. Togo	1	3	5	8	6	11
Total	**18**	**19**	**27**	**27**	**45**	**46**

Au niveau mondial, l'OMS estime que la rage entraîne des dizaines de milliers de décès chaque année, dont 40 % parmi les enfants de moins de 15 ans. Il est reconnu que les morsures et les griffures de chien, sont à l'origine d'environ 99 % des cas de rage humaine, qui peut être évitée grâce à la vaccination des animaux et à la prévention des morsures. Mais la vaccination systématique des animaux est très précaire voir absente dans les pays de la CEDEAO. Les raisons peuvent être différentes. Mais la réalité est l'absence totale des vaccins pour couvrir les besoins.

Dans le cadre de l'approche une seule santé, il est défini comme objectif de « mettre fin aux décès humains dus à la rage transmise par les chiens grâce à une approche globale. Cet objectif a été fixé en 2015 par des organisations quadripartites (OMS OMSA, FAO et Programme des Nations unies pour l'environnement) avec l'Alliance Mondiale contre la Rage, qui travaillent ensemble dans le cadre de l'initiative « United Against Rabies » (Unis contre la rage). Bien qu'il soit essentiel d'améliorer la prophylaxie post-exposition, celle-ci ne peut à elle seule mettre fin à la transmission de la rage.

La rage chez l'homme provient principalement des chiens, qui constituent le principal réservoir de la maladie. Une vaccination stratégique massive des chiens, coordonnée au sein des pays et entre eux, associée à une prophylaxie post-exposition, pourrait éliminer la rage canine en Afrique. Une lutte coordonnée contre la rage entre les pays pourrait conduire à des résultats plus équitables sur le plan social et écologique en réduisant le nombre de vies humaines perdues à presque zéro et en éliminant éventuellement la maladie. C'est ainsi que l'engagement de Gavi pourrait contribuer considérablement à réduire les inégalités en matière d'accès au vaccin et à atteindre l'objectif de zéro cas de rage humaine d'ici 2030.

Cependant, pour atteindre cet objectif, les pays doivent déployer des efforts coordonnés et rapides. Des vaccins antirabiques sûrs, efficaces et abordables pour les chiens, développés conformément aux normes de l'Organisation mondiale de la santé animale, sont maintenant disponibles. Sur la base des résultats de la recherche et à l'instar de l'élimination mondiale de la peste bovine en 2011, l'élimination de la rage canine en Afrique semble réalisable grâce à la coordination entre les pays africains. Le Bureau interafricain des ressources animales, le Centre panafricain de vaccins vétérinaires et les communautés économiques régionales préparent actuellement une feuille de route pour une campagne panafricaine coordonnée d'élimination de la rage. Cette initiative s'aligne sur les aspirations de l'Agenda 2063 de l'Union africaine « l'Afrique que nous voulons » et sur le plan d'action conjoint One Health. Tous les outils sont donc disponibles pour atteindre l'objectif de zéro cas de rage humaine d'ici 2030, dans l'intérêt de la santé humaine et animale, si les parties prenantes concernées assurent la coordination, la coopération, la communication et le renforcement des capacités.

04

4. SITUATION DU PALUDISME DANS LA RÉGION

WEST AFRICAN HEALTH ORGANISATION
ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE
ORGANIZAÇÃO OESTE AFRICANA DA SAÚDE

Sept des quinze pays de la région ont partagé les données sur le paludisme. Comme précisé en introduction, le paludisme constitue toujours la maladie endémique la plus importante dans presque tous les pays de la CEDEAO. Ceci à l'exception de Cabo Verde déclaré exempt de la maladie par l'OMS. En l'absence des données du Nigeria, le Niger, le Burkina Faso et la Guinée sont les trois pays avec plus de nombre de cas à la fin du premier semestre 2025. Par rapport à la même période en 2024, on observe une augmentation des cas au Niger et en Guinée.

Le Tableau 6 présente des nombres de cas de paludisme de près de 3 millions en 6 mois au Niger. Au Burkina et en Guinée, ils approchaient 2 millions. Les décès également sont en nombre important, entre 400 et 600 pour le semestre. La disponibilité des données pour les pays qui sont en phase avancée du processus d'élimination, aurait permis de faire le contraste au niveau régional.

Tableau 6: *Évolution des cas et décès de paludisme déclarés au premier semestre entre 2024 et 2025*

Pays	Premier Semestre 2024		Premier Semestre 2025	
	Cas	Décès	Cas	Décès
1. Bénin	ND	ND	ND	ND
2. Burkina Faso	2,092,542	711	1,779,816	432
3. Cabo Verde	5	NA	3	NA
4. Côte d'Ivoire	ND	ND	ND	ND
5. Gambie	ND	ND	ND	ND
6. Ghana	ND	ND	ND	ND
7. Guinée	1,592,337	284	1,737,381	464
8. Guinée Bissau	123,755	163	125,792	61
9. Liberia	ND	ND	ND	ND
10. Mali	745,115	736	167,006	430
11. Niger	2,486,104	434	2,818,271	ND
12. Nigeria	ND	ND	ND	ND
13. Sénégal	ND	ND	ND	ND
14. Sierra Leone	736,902	842	697,968	554
15. Togo	ND	ND	ND	ND
Total	**7,776,760**	**3,170**	**7,159,398**	**1,941**

Les évolutions des infections dans le premier semestre pour ce qui concerne les pays les plus touchés sont présentés dans la Figure 14. De façon générale, les pays qui présentent le plus de cas (les pays du sahel), observent une baisse soutenue au fur et à mesure que la saison sèche s'avance. Cependant, la Guinée présente une courbe croissante depuis le début de l'année.

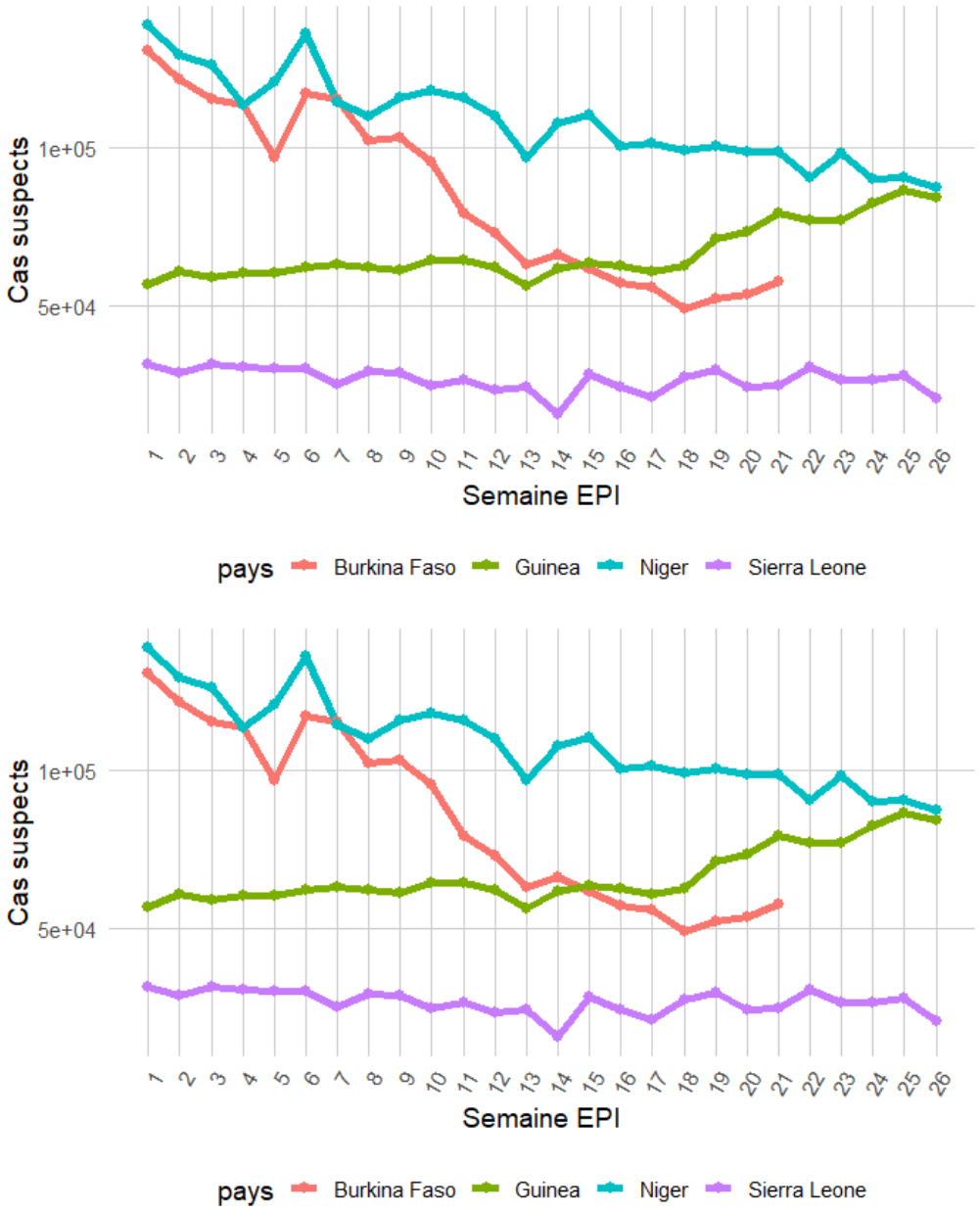


Figure 14: *Paludisme — Évolution hebdomadaire (Semaine 1 à 26) dans les pays les plus touchés*

05

5. SITUATION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET NÉONATALE DANS LA RÉGION

WEST AFRICAN HEALTH ORGANISATION
ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE
ORGANIZAÇÃO OESTE AFRICANA DA SAÚDE

Le Tableau 7 présente les valeurs déclarées de décès maternels et de décès néonataux par les pays qui déclarent systématiquement ces événements.

5.1 DÉCÈS MATERNELS

Parmi les pays qui déclarent les décès maternels, la Côte d'Ivoire, le Bénin et le Burkina Faso portent les plus lourds fardeaux. Cependant, comme présenté dans le Tableau 7, les valeurs sont en baisse dans les pays les plus affectés en 2025 par rapport à 2024. Cependant, elles sont en hausse dans les pays les moins affectés (Sénégal, Mali, Ghana. Togo, Libéria et Guinée Bissau).

Tableau 7: *Évolution des décès maternels et néonatals déclarés au premier semestre entre 2024 et 2025*

Pays	Décès maternels S1 2024	Décès maternels S1 2025	Décès néonataux S1 2024	Décès néonataux S1 2025
1. Benin	414	411	2,153	2,244
2. Burkina Faso	465	358	6,413	ND
3. Cap Vert	ND	ND	ND	ND
4. Cote D'Ivoire	510	330	ND	ND
5. Gambie	ND	ND	ND	ND
6. Ghana	87	77	299	264
7. Guinée	201	197	494	409
8. Guinée-Bissau	20	36	132	174
9. Liberia	63	49	148	ND
10. Mali	86	125	447	370
11. Niger	ND	ND	ND	ND
12. Nigeria	ND	ND	ND	ND
13. Sénégal	83	130	973	1,348
14. Sierra Leone	ND	ND	ND	ND
15. Togo	55	83	528	912
Total	**1 984**	**1 796**	**11 587**	**5 721**

La Figure 15 décrit deux pics de mortalité en 2024 (février et mai). Les valeurs de 2025 présentent juste le pic du mois de mai avec au contraire un creux important en février.

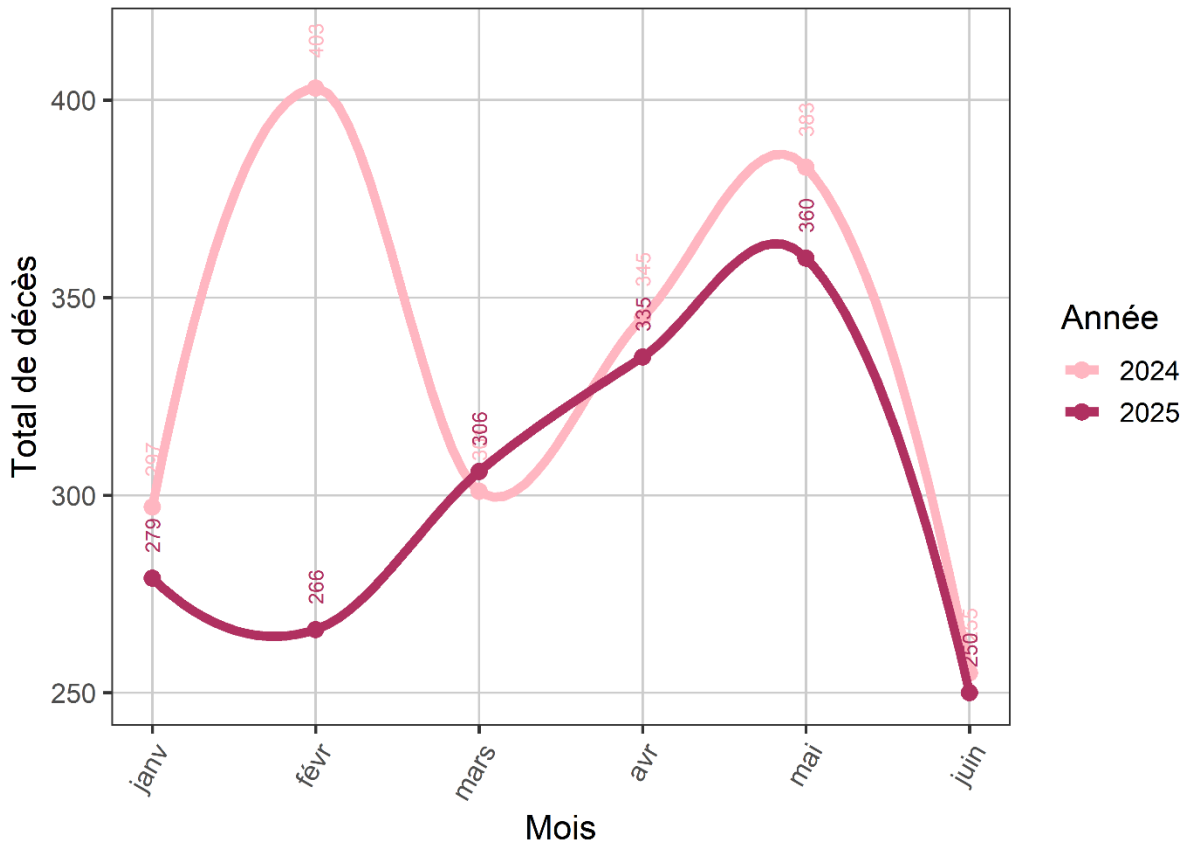


Figure 15: *Les cas de Décès maternels notifiés dans les pays de la CEDEAO au cours du premier semestre, 2024 & 2025 (SIMR, Pays)*

La Figure 16 présente la courbe de mortalité comparée dans les 3 pays les plus touchés. Le premier pays, la Côte d'Ivoire enregistre des niveaux les plus élevés en 2025 par rapport à 2024. Le Bénin et le Burkina Faso présentent des courbes grossièrement superposables sur le premier semestre des deux années.

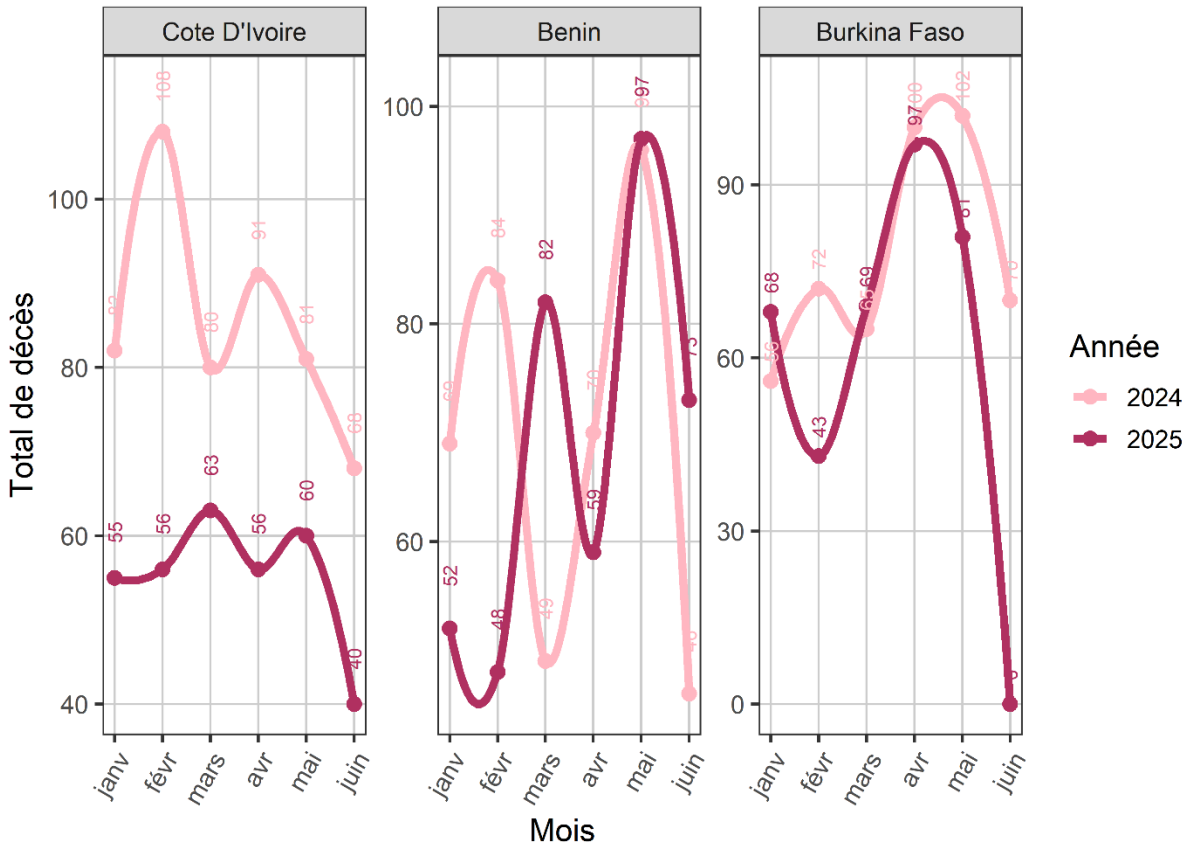


Figure 16: *Evolution mensuel de cas de Décès maternels notifiés par pays avec les plus de cas, 2025 vs 2024 (SIMR Pays)*

5.2 DÉCÈS NÉONATAUX

Les décès néonataux sont malheureusement en hausse dans la région. Même si la Figure 17 ne présente pas les décès du premier semestre au Burkina Faso (qui présente les plus grandes valeurs en 2024), elle présente quasi systématiquement des hausses dans les autres pays.

En conséquence du commentaire précédent, l'apparente supériorité des décès néonataux de 2024 sur ceux de 2025 présentés dans la Figure 18 cache principalement le manque d'information de 2025 au Burkina Faso.

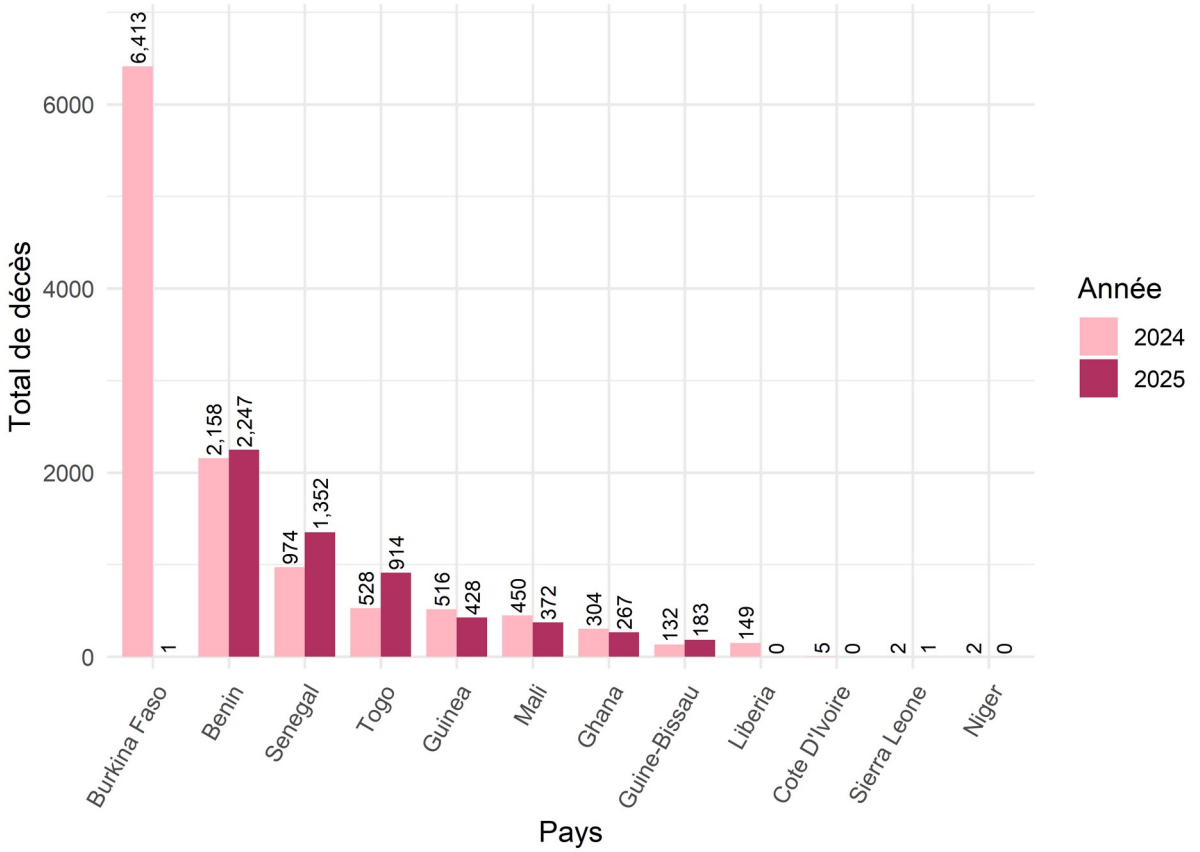


Figure 17: *Décès néonataux — Semestre 1 (janv–juin) — 2025 vs 2024 — par pays*

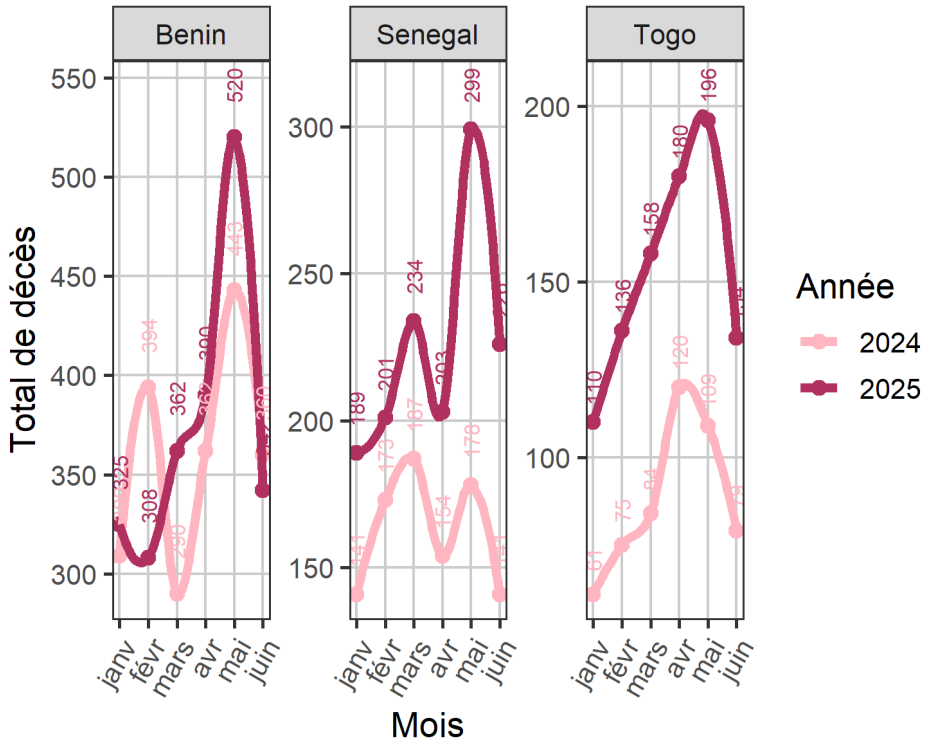


Figure 19: *les cas Décès néonataux par mois et par pays avec plus de cas au cours du premier semestre, 2025 vs 2024 (SIMR,*

Pays)

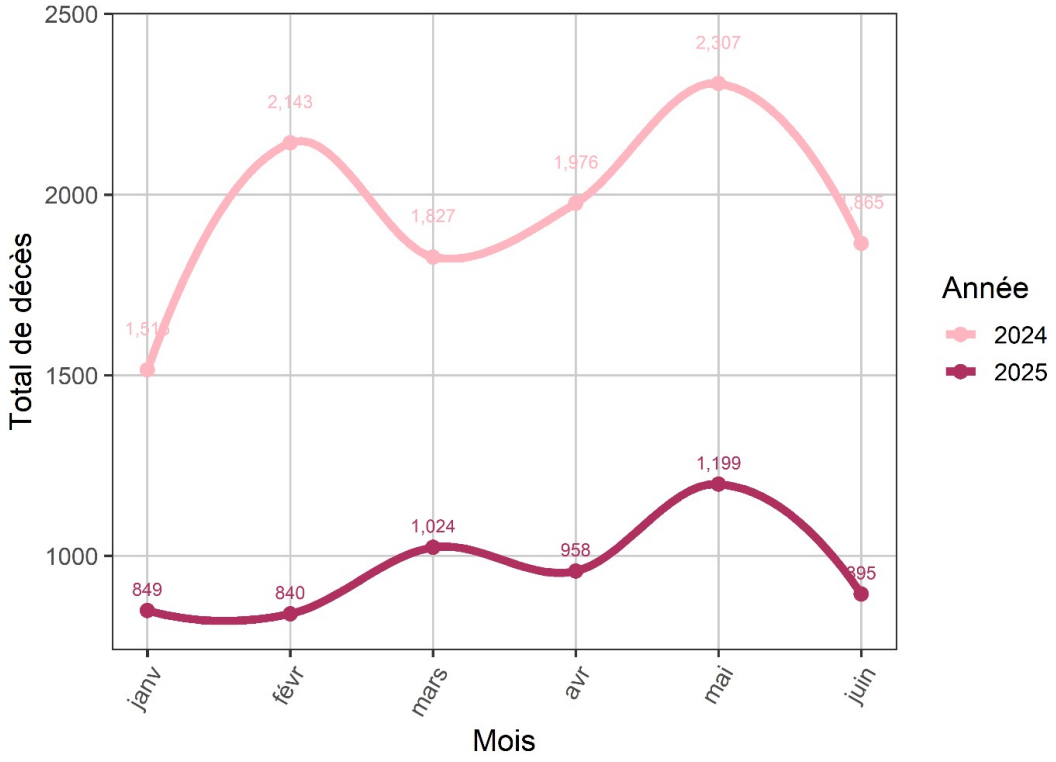


Figure 18: *Décès néonataux — Évolution mensuelle (janvier–juin) — Total régional*

6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le présent rapport présente une évolution globale de la situation sanitaire au premier semestre 2025. Il est constaté une baisse notable des infections pour la majorité des maladies sous surveillance par rapport au premier semestre 2024. Toutefois, certains foyers épidémiques, tels que ceux de la grippe aviaire, persistent dans la région. Ainsi, le fait d'avoir la notification des cas suspects de maladies comme Ébola et Zika montre aussi une surveillance renforcée et active dans les pays : il vaut mieux ~~de~~ détecter des faux cas que laisser passer sans détection des maladies potentiellement épidémiques. Cette tendance souligne à la fois les progrès réalisés dans la surveillance vers le contrôle des maladies et les défis qui demeurent.

Concernant la rougeole, son augmentation d'année en année pose un énorme problème à tous les systèmes de santé. Cela ne se réfère pas seulement à la rougeole, mais aussi à toutes les autres maladies à prévention vaccinale. Du point de vue épidémiologique, le Niger a connu une forte croissance des cas jusqu'à la semaine 15, tandis que la Guinée a observé un pic en avril suivi d'un recul. Par ailleurs, plusieurs pays, notamment la Guinée, le Bénin, le Ghana, et le Togo, ont enregistré une hausse des décès notifiés liés à la rougeole, alors que le Niger, malgré une incidence élevée, a signalé un plus faible nombre de décès qu'en 2024. Le contrôle de la rougeole, dépend presque exclusivement de la bonne couverture vaccinale.

La dengue connait une diminution importante de son incidence, avec une réduction de moitié du nombre de cas au Burkina Faso, le pays le plus affecté.

Les cas de décès maternel connaissent une baisse dans plusieurs pays, tels que la Côte d'Ivoire, le Bénin et le Burkina Faso, alors qu'ils augmentent dans d'autres pays comme le Sénégal, le Mali et le Ghana. Les décès néonataux sont généralement en progression dans la plupart des pays, sauf au Burkina Faso. Ces évolutions invitent à une attention renouvelée sur les politiques de santé maternelle et infantile, en ciblant prioritairement les zones où la situation se détériore.

Au regard de ces résultats, plusieurs recommandations sont proposées. Le renforcement des campagnes de vaccination, en particulier contre la rougeole, doit être poursuivi afin de combler les lacunes persistantes. Il est également crucial de réduire les inégalités sanitaires par un soutien ciblé aux pays et régions où la mortalité maternelle et néonatale régresse peu. Par ailleurs, la systématisation de la surveillance syndromique intégrée permettra une détection plus rapide et une intervention précoce sur les foyers multiples. Enfin, une meilleure coordination régionale facilitant le partage des données et l'harmonisation des protocoles de riposte est essentielle pour renforcer la résilience collective face aux menaces sanitaires.

Le rapport met en lumière des progrès tangibles dans la gestion des maladies prioritaires tout en soulignant des fragilités géographiques et thématiques qu'il convient d'adresser rapidement. Un effort soutenu, fondé sur une stratégie intégrée incluant vaccination, la surveillance renforcée et la coopération régionale, est indispensable pour assurer la pérennité des avancées et améliorer la santé publique dans la région.

ÉQUIPE ÉDITORIALE

Tome CA
Chargé de Programme Principal
Systèmes d'Informations Sanitaires

Serge M.A. SOMDA
Consultant, Expert en Information Sanitaire

Damola C. OLAJIDE
Chargé de Programme, Bases de Données

Alpha B. SY SAVANE
Consultant, Expert en Informatique Sanitaire (WAHIT)

RELECTEURS / RÉVISION

Mr Ali SANI
Directeur, Département de la Planification et de l'Information Sanitaire

Sibraogo Richard GUISSOU
Chargé de Suivi-Évaluation

Aboubacar ISSA
Chargé de Programme Planification

Thierno Souleymane BARRY
Consultant, Suivi Évaluation

EDITOR EN CHEFE

Dr Melchior Athanase Joël Codjovi AÏSSI,
Directeur Général.



WEST AFRICAN HEALTH ORGANISATION
ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE
ORGANIZAÇÃO OESTE AFRICANA DA SAÚDE