ECOWAS REGIONAL CENTRE FOR SURVEILLANCE AND DISEASE CONTROL (ECOWAS-RCSDC)

CENTRE RÉGIONAL DE SURVEILLANCE ET CONTRÔLE DES MALADIES DE LA CEDEAO (CRSCM-CEDEAO)

CENTRO REGIONAL DE VIGILÂNCIA E CONTRÔLO DE DOENÇAS DA CEDEAO (CRVCD-CEDEAO)

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE — EPIDEMIOLOGICAL BULLETIN

Semaine / Week 3 - 4 (12 - 25/01/2026) — **16 février 2026 / february 16, 2026**

Contenu

- Aperçu global des urgences de santé publique.
- Situation épidémiologique du Mpox.
- Situation épidémiologique de la Rougeole.
- Situation épidémiologique de la Diphtérie.
- Mise à jour sur l'infection au virus Nipah en Inde.

Contents

- Global overview of public health emergencies.
- Epidemiological situation of Mpox.
- Epidemiological Situation of Measles.
- Epidemiological situation of Diphtheria.
- Update on Nipah Virus Infection in India.

Nouvel événement / New event : Pays	Aperçu des urgences de santé publique dans l'espace CEDEAO / Overview of Public health emergencies in ECOWAS region
	Epidémies en cours / Ongoing Epidemic
Fièvre Hémorragique de Crimée Congo / Crimean Congo Hemorrhagic Fever : Senegal	Choléra /Cholera : Nigeria,
	Dengue/ Dengue Fever: Senegal, Nigeria
	Diphtérie / Diphteria : Guinea, Nigeria
	Fièvre Jaune / Yellow Fever: Liberia.
	Fièvre Lassa / Lassa Fever: Guinea, Liberia, Nigeria.
	Mpox / Mpox: Ghana, Guinea, Liberia, Nigeria.
	Poliovirus circulant type 2 dérivé de souche vaccinale/ circulating Vaccine-Derived Poliovirus type 2 (cVDPV2): Nigeria, Senegal
	Fièvre de la vallée du Rift / Rift Valley Fever : Senegal
	Rougeole / Measles: Guinea, Senegal, Togo.

Sources: OOAS _ Regional Data Warehouse (https://data.wahooas.org); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

Aperçu des autres urgences de santé publique en Afrique hors de l'espace CEDEAO Overview of other public health epidemics in Africa outside ECOWAS	
Nouvel événement / New event Pays	Autres epidémies en cours en Afrique hors de l'espace CEDEAO/ Other ongoing epidemics in Africa outside Ecowas region
Fièvre de Dengue / Mpox Dengue Fever : Central African Republic (CAR)	Anthrax/ Anthrax: South-Sudan,
	Choléra/Cholera: Angola, Burundi, DRC, Ethiopia, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibia, South Sudan, Tanzania, Zambia.
	Diphtérie/ Diphtheria: Chad, Mauritania, Niger, South Africa.
	Fiévre de la vallée du Rift/ Rift Valley Fever : Mauritania
	Mpox/ Mpox : Burundi, CAR, Congo, DRC, Kenya, Madasgascar, Malawi, Mozambique, Rwanda, South Africa, South Sudan, Tanzania, Uganda, Zambia
	Maladie à Virus Marburg/ Marburg Virus Disease : Ethiopia
	Poliomyélite (PCDVc2) / Poliomyelitis (cVDPV2): Chad
	Rougeole / Measles : Burundi, Cameroun, CAR, Ethiopia, Kenya, Namibia South-Africa,

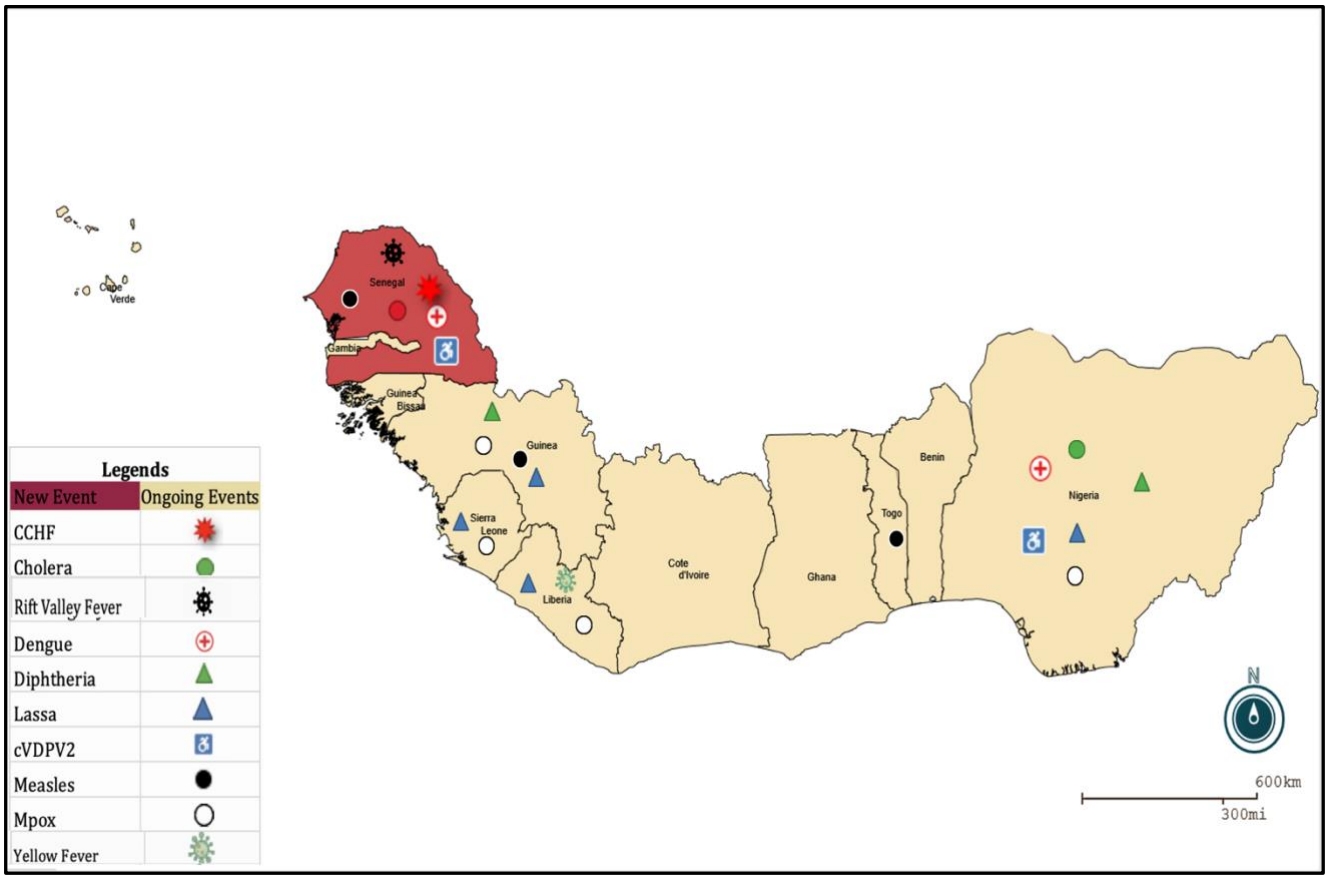

***Figure 1** : Aperçu des urgences de santé publique dans la CEDEAO à la semaine 4, 2026 / Overview of Public Health Emergencies in ECOWAS region as of Week 4, 2026.*

Sources: OOAS _ Regional Data Warehouse (https://data.wahooas.org); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

Situation Épidémiologique du Mpox

Le Centre régional de surveillance et de contrôle des Maladies (CRSCM) de la CEDEAO continue de suivre la situation du Mpox dans la région. Entre les semaines épidémiologiques 3 et 4, **104 nouveaux cas confirmés et aucun nouveau décès** ont été enregistrés dans 4 États membres, ainsi qu'il suit :

- **Guinea:** 53 cas
- **Liberia:** 38 cas
- **Ghana:** 7 cas
- **Nigeria:** 6 cas

Au total, à la semaine épidémiologique 4 de 2026, **227 cas confirmés et aucun décès** ont été signalés dans **4 États membres de la CEDEAO**. La répartition de ces cas est la suivante :

- **Guinée :** 126 cas
- **Liberia :** 65 cas
- **Ghana :** 26 cas
- **Nigeria :** 10 cas

L'évolution des cas de Mpox au sein de la CEDEAO est résumée dans la figure 2 et le tableau 1.

Epidemiological Situation of Mpox

The ECOWAS Regional Centre for Surveillance and Disease Control (RCSDC) continues to monitor the **Mpox** situation in the region. From Week 3 to 4, **104 new confirmed cases** with **no new deaths** were recorded in four (4) ECOWAS members states. The breakdown of these confirmed cases as follows:

- **Guinea:** 53 cases
- **Liberia:** 38 cases
- **Ghana:** 7 cases
- **Nigeria:** 6 cases

Overall, as of Epi Week 4 of 2026, **227 confirmed cases with no case-related deaths** have been reported from **4 member states of ECOWAS**. The distribution of these cases is as follows:

- **Guinea:** 126 cases
- **Liberia:** 65 cases
- **Ghana:** 26 cases
- **Nigeria:** 10 cases

The evolution of Mpox cases within ECOWAS is summarized in figure 2 and table 1.

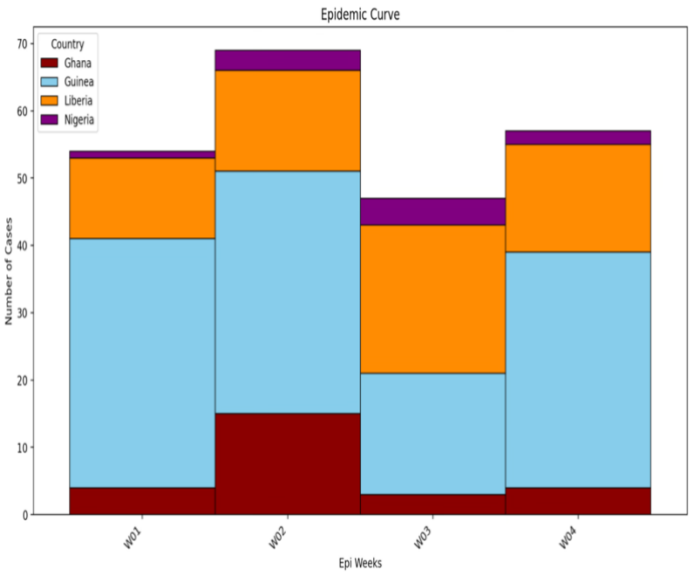

Figure 2. Courbe épidémique hebdomadaire des cas de Mpox notifiés dans la CEDEAO à la semaine 4 de 2026. / Epidemic curve by weeks for cases reported in ECOWAS as of week 4 of 2026.

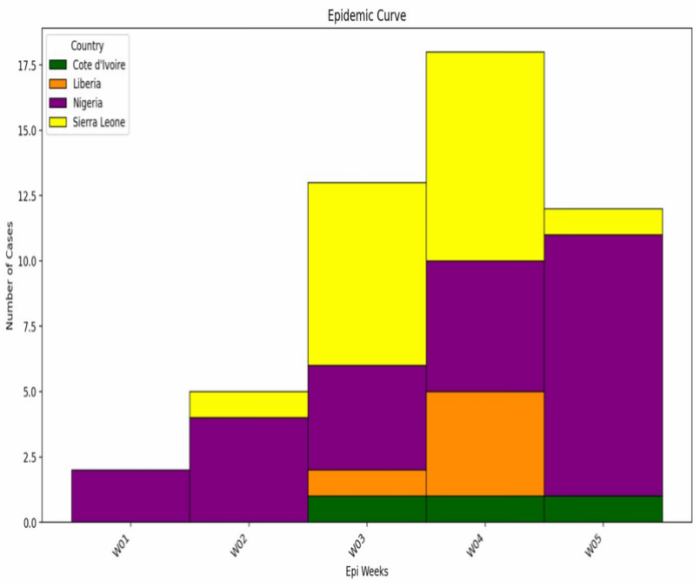

Figure 3. Courbe épidémique hebdomadaire des cas de Mpox notifiés dans la CEDEAO à la semaine 4 de 2025. / Epidemic curve by weeks for cases reported in ECOWAS as of week 4 of 2025.

Sources: OOAS _ Regional Data Warehouse (https://data.wahooas.org); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

***Tableau 1** : Répartition des cas de Mpox par Etat Membre de la CEDEAO à la semaine 4 de 2026 / Distribution of Mpox cases by ECOWAS Member State as of Week 4, 2026.*

Pays Country	Semaine 3 à Semaine 4,2026 Week 3 to Week 4, 2026.		Total 2025	
	Confirmés Confirmed	Décès Death	Confirmés Confirmed	Décès Death
Côte d'Ivoire	0	0	79	1
Gambia	0	0	1	0
Ghana	27	0	944	7
Guinée	126	0	2 042	6
Liberia	65	0	1 451	8
Nigeria	10	0	435	6
Senegal	0	0	5	0
Sierra-Leone	0	0	5 442	60
Togo	0	0	88	0
Total ECOWAS	**227**	**0**	**10 487**	**88**

La comparaison des tendances de Mpox au cours des quatre premières semaines épidémiologiques montre des différences nettes entre 2025 et 2026. En 2026**, le nombre de cas** est nettement plus élevé et se caractérise par une forte hausse culminant en semaine 2, principalement portée par la Guinée et le Libéria. En revanche, 2025 a montré un schéma plus faible mais **en constante augmentation** de la semaine 1 à la semaine 4, avec des cas répartis plus progressivement entre les pays déclarants, indiquant une propagation progressive (voir figure 3).

Dans l'ensemble, **2026 reflète une dynamique** d'épidémie à forte intensité avec un pic précoce, tandis que 2025 montre une propagation régionale plus lente et soutenue, avec des implications potentiellement plus larges sur la transmission transfrontalière.

L'incidence élevée du début 2026 reflète probablement **une continuité épidémiologique** provenant de la transmission de la fin 2025, incluant des chaînes non détectées ou subcliniques qui se sont intensifiées au début de l'année 2026.

Comparison of Mpox trends in the first four epidemiological weeks shows clear differences between 2025 and 2026. In 2026 **case counts** are markedly higher and characterized by a sharp surge peaking in Week 2, largely driven by Guinea and Liberia. In contrast, 2025 demonstrated a lower but **steadily increasing pattern** from Week 1 through Week 4, with cases more gradually distributed across reporting countries, indicating progressive propagation (see figure 3).

Overall, **2026 reflects a high-intensity**, early peaking outbreak dynamic, whereas 2025 shows slower, sustained regional spread with potentially broader cross-border transmission implications.

The elevated early 2026 incidence likely reflect **epidemiological carryover** from late 2025 transmission, including undetected or subclinical chains that intensified at the start of the year.

Sources: OOAS _ Regional Data Warehouse (https://data.wahooas.org); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

Compte tenu des risques de propagation de la Mpox au sein de la CEDEAO, le CRSCM continue de soutenir les efforts régionaux et rappelle les recommandations suivantes :

1. **Sensibilisation du Public** : poursuivre les campagnes éducatives sur le Mpox, avec des messages clairs sur la prévention, la transmission, les symptômes et les consultations médicales. Encourager la connaissance pour prévenir la propagation et réduire la stigmatisation associée aux séquelles physiques et psychologiques. Incorporer des témoignages de personnes touchées par le Mpox dans les campagnes de sensibilisation pour humaniser le message.

2. **Surveillance et Réponse** : Renforcer les systèmes de surveillance pour une détection rapide des cas de Mpox. Assurer une notification rapide et une gestion des cas rigoureuse.

3. **Capacités de Tests de Laboratoire** : Soutenir les laboratoires nationaux et régionaux pour tester efficacement les échantillons de Mpox, en comblant les lacunes existantes.

4. **Collaboration Transfrontalière** : Encourager une coopération renforcée entre pays voisins pour une surveillance coordonnée, un partage de données efficace et une réponse commune aux épidémies, afin de limiter la propagation du Mpox.

5. **Vaccination** : Renforcer la campagne de vaccination préventive pour les populations à risque, en ciblant efficacement les groupes vulnérables. Une approche collaborative entre autorités de santé publique, organisations internationales et communautés locales est cruciale pour augmenter la couverture vaccinale. Évaluer et adapter régulièrement les stratégies de vaccination en fonction des retours d'expériences et des données épidémiologiques.

Considering the risks of Mpox spread within ECOWAS, the Regional Centre for Surveillance and Disease Control (RCSDC) continues to support regional efforts and reminds of the following recommendations:

1. **Public Awareness**: Continue educational campaigns about Mpox, with clear messages on prevention, transmission, symptoms, and medical consultations. Encourage knowledge to prevent spread and reduce stigma associated with physical and psychological sequelae. Incorporate testimonials from affected individuals in awareness campaigns to humanize the message.

2. **Surveillance and Response**: Strengthen surveillance systems for the rapid detection of Mpox cases. Ensure prompt reporting and strict case management.

3. **Laboratory Testing Capacity**: Support national and regional laboratories to effectively test Mpox samples, addressing existing gaps.

4. **Cross-Border Collaboration**: Encourage enhanced cooperation between neighboring countries for coordinated surveillance, effective data sharing, and a joint response to outbreaks, in order to limit the spread of Mpox.

5. **Vaccination**: Strengthen preventive vaccination campaigns for at-risk populations, effectively targeting vulnerable groups. Collaborative approaches between public health authorities, international organizations, and local communities are crucial for increasing vaccination coverage. Regularly assess and adapt vaccination strategies based on feedback and epidemiological data.

Sources: OOAS _ Regional Data Warehouse (https://data.wahooas.org); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

6. **Recherche Épidémiologique** : Intensifier les efforts de recherche pour mieux comprendre l'épidémiologie de la Mpox.

7. **Formation Continue des Professionnels de la Santé** : Renforcer les capacités des professionnels de la santé par des formations sur la détection, la gestion des cas, l'isolement et le contrôle des infections. Une formation adéquate contribuera à une gestion efficace des cas et à la prévention des infections dans les établissements de santé.

6. **Epidemiological Research**: Intensify research efforts to better understand Mpox epidemiology.

7. **Ongoing Training for Health Professionals**: Enhance the capacities of healthcare professionals through training on detection, case management, isolation, and infection control. Adequate training will contribute to efficient case management and infection prevention in healthcare settings.

Situation épidémiologique de la Rougeole

À la semaine 4 de l'année 2026, presque tous les États membres de la CEDEAO ont signalé des cas de rougeole, à l'exception du Cabo Verde, qui n'a enregistré aucun cas, et du Nigéria, où les données ne sont pas disponibles. Un total de **807 cas suspects a été rapporté dans la région, dont 73 confirmés et 2 décès** (**voir tableau N°2**).

Epidemiological Situation of Measles

In week 4 of 2026, almost all ECOWAS Member States have reported cases of measles, except for Cabo Verde, which has recorded no cases, and Nigeria, where data are not available. A total of **807 suspected cases has been reported in the region, including 73 confirmed cases and 2 deaths** (**see Table 2**).

Tableau 2 : Répartition des cas de Rougeole dans l'espace CEDEAO à la semaine 4, 2025 / Distribution of Measles cases in ECOWAS region as of Week 4, 2025.

Pays Country	Suspects Suspected	Confirmés Confirmed	Décès Deaths	Données Utilisées Data used
Benin	137	0	1	Week 4
Cabo Verde	0	0	0	Week 4
Côte d'Ivoire	27	3	0	Week 3
The Gambia	0	0	0	Week 4
Ghana	150	0	0	Week 4
Guinea	104	25	1	Week 4
Guine-Bissau	0	0	0	Week 4
Liberia	46	0	0	Week 1
Nigeria	PD / NA			
Senegal	43	8	0	Week 4
Sierra Leone	11	0	0	Week 4
Togo	289	37	0	Week 4
TOTAL ECOWAS	807	73	2	

ND / NA : Pas disponibles / Not available.

Sources: OOAS _ Regional Data Warehouse (https://data.wahooas.org); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

Pendant la même période de 2025, les mêmes États membres ont signalé **2.281 cas suspects, dont 207 cas confirmés et 8 décès**. Entre la semaine 4 de 2025 et la semaine 4 de 2026, on observe une nette diminution **des cas suspects (-64,6 %), des cas confirmés (-64,7 %) et des décès (-75 %)**, reflétant une amélioration de la situation épidémiologique et une réduction significative du fardeau rapporté.

Cette baisse pourrait être attribuée aux efforts soutenus de lutte contre la maladie, notamment le renforcement de la vaccination de routine et des campagnes de vaccination ciblées.

Toutefois, il est important d'analyser ces données avec prudence, car elles peuvent évoluer au fur et à mesure de la révision des informations. De plus, la comparaison reste limitée par l'absence de données pour le Nigéria, pays très peuplé dont les chiffres pourraient fortement influencer les totaux régionaux.

La rougeole demeure un défi sanitaire majeur au sein des États membres de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO). Les couvertures vaccinales pour les deux doses restent trop souvent inférieures aux 95 % nécessaires pour assurer l'immunité collective, comme le montrent les données de 2023 et 2024 (**voir tableau N°3**). Ces couvertures insuffisantes laissent une population sensible importante, favorisant la survenue de cas et la transmission persistante dans la région.

Cette situation exclut toutefois le Cabo Verde, qui n'a pas connu de flambée depuis les épidémies de 1997 et 2000, grâce à des taux de vaccination supérieurs à 95 % depuis 2001 et à l'avantage géographique lié à l'absence de frontières terrestres partagées.

During the same period of 2025, the same Member States reported **2,281 suspected cases, including 207 confirmed cases and 8 deaths**. Between week 4, 2025 and week 4, 2026, there was a clear decrease in **suspected cases (-64.6%), confirmed cases (-64.7%) and deaths (-75%)**, reflecting an improvement in the epidemiological situation and a significant reduction in the reported burden.

This decline could be attributed to sustained efforts to control the disease, including the strengthening of routine immunization and targeted vaccination campaigns.

However, it is important to analyze this data with caution, as it may change as the information is revised. In addition, the comparison remains limited by the absence of data for Nigeria, a highly populated country whose figures could strongly influence regional totals.

Measles remains a major health challenge in the Member States of the Economic Community of West African States (ECOWAS). Vaccination coverage for both doses too often remains below the 95% needed to ensure herd immunity, as shown by data from 2023 and 2024 (see table **N°3**). These insufficient coverages leave a large susceptible population, favouring the occurrence of cases and persistent transmission in the region.

However, this situation excludes Cabo Verde, which has not experienced an outbreak since the 1997 and 2000 outbreaks, thanks to vaccination rates above 95% since 2001 and the geographical advantage of the lack of shared land borders.

Sources: OOAS _ Regional Data Warehouse (https://data.wahooas.org); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

Tableau 3 : Couverture vaccinale de la 1ère et 2ème dose contre la rougeole par Etat Membre de la CEDEAO en 2023 et 2024/ 1st and 2nd dose measles vaccination coverage by ECOWAS Member State in 2023 and 2024.

Countries	Data Source	Measles-containing vaccine 1st dose (MCV1), Coverage %		Measles-containing vaccine 2nd dose (MCV 2), Coverage %	
		2023	2024	2023	2024
Benin	Official	78	70	-	-
	WUENIC	52	44	-	-
Cabo Verde	Official	-	98.5	-	98
	WUENIC	95	95	86	86
Côte d'Ivoire	Official	93	98	42.72	64
	WUENIC	70	75	31	48
Gambia	Official	80.19	83.26	73.09	83.47
	WUENIC	80	83	73	83
Ghana	Official	90	90	78.5	78.5
	WUENIC	90	90	79	79
Guinea	Official	52	60	35	45
	WUENIC	52	60	26	45
Guine-Bissau	Official	63	65	-	53
	WUENIC	72	65	36	45
Liberia	Official	99	80.45	60	43.16
	WUENIC	82	82	60	60
Nigeria	Official	60	51	37	30
	WUENIC	54	57	33	35
Senegal	Official	76	86.5	64.3	79.2
	WUENIC	87	87	74	79
Sierra-Leone	Official	107.28	103	100.6	92
	WUENIC	90	90	73	73
Togo	Official	86.41	80.8	71.84	57.7
	WUENIC	81	81	67	69

*WUENIC : WHO/UNICEF Estimates of National Immunization Coverage Estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale

Le Centre Régional de Surveillance et de Contrôle des Maladies (CRSCM) de la CEDEAO appelle à poursuivre les efforts qui reposent principalement sur :

1. La poursuite de la vaccination systématique avec deux doses de vaccin contre la rougeole (MCV1 + MCV2) dans le calendrier national et atteindre une couverture élevée (>95 %) indispensable pour l'immunité collective.

2. La conduite des campagnes de rattrapage ciblées dans les zones à faible couverture et de vaccination en masse d'âges élargis selon le risque.

3. Le renforcement de la surveillance cas-par-cas avec notification rapide, de confirmation en laboratoire enquête des cas et suivi des contacts.

The ECOWAS Regional Centre for Surveillance and Disease Control (RCSDC) calls for continued efforts which are mainly based on:

1. Continuation of routine vaccination with two doses of measles vaccine (MCV1 + MCV2) in the national schedule and achieving high coverage (>95%) essential for herd immunity.

2. The conduct of targeted catch-up campaigns in areas with low coverage and mass vaccination of older ages according to risk.

3. Strengthening case-by-case surveillance with rapid reporting, laboratory confirmation, case investigation, and contact tracing.

Sources: OOAS _ Regional Data Warehouse (https://data.wahooas.org); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

4. La réponse rapide aux flambées avec une déclaration immédiate, vaccination d'urgence ciblée, isolement des cas contagieux, recherche active de cas et gestion des contacts.

5. La gestion clinique et réduction de la morbidité avec une prise en charge des cas graves et l'administration de vitamine **A** aux enfants atteints pour réduire mortalité et complications.

6. Le renforcement des systèmes de santé avec la maintenance de la chaîne du froid, la formation du personnel, l'approvisionnement en vaccins et l'intégration de la vaccination avec d'autres services de santé pour améliorer la couverture.

7. La communication et lutte contre l'hésitation vaccinale par des campagnes d'information adaptées aux communautés, mobilisation des leaders locaux et la surveillance des rumeurs et réponses rapides via communication de crise.

8. Le renforcement des politiques et mesures réglementaires par exemples des exigences de vaccination pour l'entrée à l'école, recommandations pour voyageurs.

9. Le renforcement de la coopération régionale/internationale et le soutien technique incluant le partage d'information transfrontalière, aide pour campagnes de masse, approvisionnement en intrants.

10. Le renforcement de la recherche et les innovations telles que la cartographie des couvertures, les technologies de surveillance génomique.

4. Rapid outbreak response with immediate notification, targeted emergency vaccination, isolation of contagious cases, active case finding and contact management.

5. Clinical management and morbidity reduction with management of severe cases and administration of vitamin **A** to affected children to reduce mortality and complications.

6. Strengthening health systems with cold chain maintenance, staff training, vaccine supply, and integration of immunization with other health services to improve coverage.

7. Communication and fight against vaccine hesitancy through information campaigns adapted to communities, mobilization of local leaders and monitoring of rumours and rapid responses via crisis communication.

8. Strengthening policies and regulatory measures, e.g. vaccination requirements for school entry, recommendations for travellers.

9. Strengthening regional/international cooperation and technical support including cross-border information sharing, assistance for mass campaigns, supply of inputs.

10. Strengthening research and innovations such as cover mapping, genomic surveillance technologies.

Sources: **OOAS _ Regional Data Warehouse (https://data.wahooas.org); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.**

Situation Épidémiologique de la Diphtérie

La diphtérie, une infection bactérienne évitable par la vaccination causée par ***Corynebacterium diphtheriae***, a connu une résurgence notable dans la région de la CEDEAO depuis 2022, en particulier au **Nigeria et en Guinée**.

Depuis le début de l'année 2026, **441 cas suspects ont été signalés, dont 363 confirmés et entraînant 11 décès (taux de létalité de 3%)** dans deux États membres de la CEDEAO :

1. **Nigeria** : **400 cas suspects, dont 330 confirmés et 8 décès (létalité de 2,4%)** signalés dans trois États du pays.

2. **Guinée** : **41 cas suspects, dont 33 confirmés et 3 décès (létalité de 9%)** rapportés dans la préfecture de Siguiri, à la frontière avec le Mali.

Epidemiological Situation of Diphtheria

Diphtheria, a vaccine-preventable bacterial infection caused by ***Corynebacterium diphtheriae***, has seen a notable resurgence in the ECOWAS region since 2022, particularly in **Nigeria and Guinea**.

Since the beginning of 2026, **441 suspected cases have been reported, of which 363 confirmed, resulting in 11 deaths (case fatality ratio of 3%)** in two ECOWAS Member States:

1. **Nigeria**: **400 suspected cases, including 330 confirmed, with 8 deaths (case fatality ratio 2.4%)** reported in three states of the country.

2. **Guinea**: **41 suspected cases, including 33 confirmed, with 3 deaths (case fatality rate of 9%)** reported in the prefecture of Siguiri, on the border with Mali.

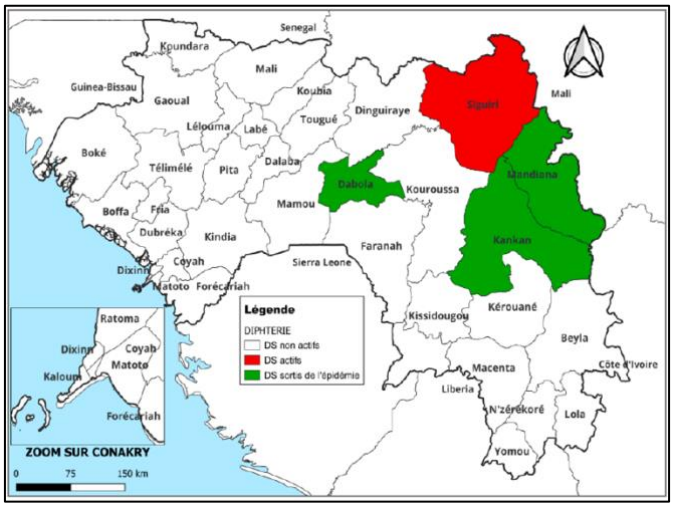

***Figure 4**: Distribution Spatiale des foyers actifs de diphtérie, Guinée, S-04, 2026 / Spatial Distribution of Active Diphtheria Outbreaks, Guinea, W-04, 2026.*

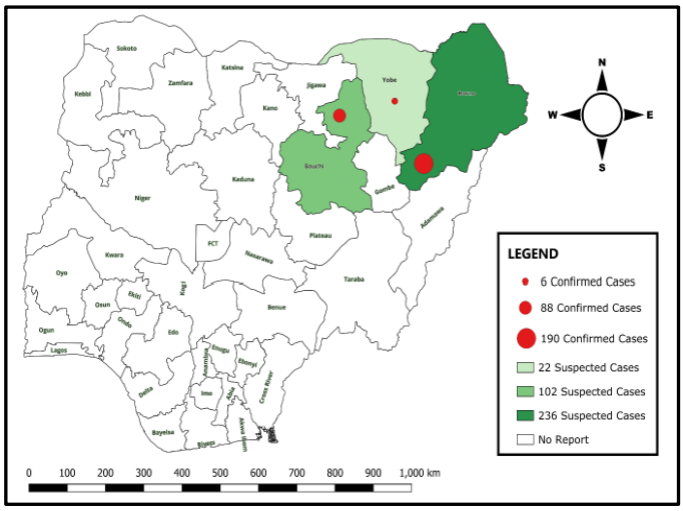

***Figure 5**: Distribution des cas de diphtérie au Nigéria, S-03, 2026 / Distribution of Diphtheria Case in Nigeria, W-03, 2026.*

Sources: OOAS _ Regional Data Warehouse (https://data.wahooas.org); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

Selon les analyses fournies par le Nigeria sur la période 2022-2026, **64,8 %** du total des cas confirmés concernent des enfants âgés de **1 à 14 ans**, et seulement **14,3 %** d'entre eux ont été entièrement vaccinés contre la diphtérie. Cette épidémie dans la CEDEAO continue de se propager en raison d'une couverture vaccinale très faible, qui résulte d'une adhésion défaillante à la vaccination systématique, de difficultés d'approvisionnement en vaccins et d'un manque d'information au sein des communautés.

En plus des deux foyers identifiés dans la CEDEAO, des pays voisins tels que **le Niger, la Mauritanie et le Tchad** font également face à des éclosions actives de diphtérie, ce qui accroît le risque de transmission transfrontalière et souligne l'urgence d'une action coordonnée à l'échelle régionale.

La prévention repose principalement sur la vaccination systématique, incluant un schéma de primovaccination durant la petite enfance et des rappels à intervalles réguliers. Après un cas confirmé, il est recommandé d'évaluer et de vacciner si nécessaire les contacts, d'envisager une antibioprophylaxie et de rechercher d'éventuels porteurs.

Le Centre Régional de Surveillance et de Contrôle des Maladies (CRSCM) de la CEDEAO encourage les États membres à :

1. Atteindre une couverture de vaccination de 95 % pour les trois doses primaires recommandées avant l'âge de 2 ans.

2. Inclure une dose de rappel pour les enfants d'âge scolaire (5-14 ans) afin d'atteindre une couverture de 95 %.

3. Administrer de façon précoce l'anatoxine antidiphtérique (DAT) aux cas détectés afin de réduire le risque de décès.

According to analyses provided by Nigeria over the period 2022-2026, **64.8%** of global confirmed cases are in children aged **1 to 14 years**, and only **14.3%** of them have been fully vaccinated against diphtheria. This epidemic in ECOWAS continues to spread due to very low vaccination coverage, which is the result of poor adherence to routine immunization, difficulties in vaccine supply and a lack of information within communities.

In addition to the two identified outbreaks in ECOWAS, neighbouring countries such as **Niger, Mauritania and Chad** are also facing active outbreaks of diphtheria, increasing the risk of cross-border transmission and underscoring the urgency of a coordinated regional response.

Prevention is mainly based on routine immunization, including a primary vaccination schedule in early childhood and regular boosters. After a confirmed case, it is recommended to assess and vaccinate contacts, if necessary, to consider antibiotic prophylaxis and to look for possible carriers.

The ECOWAS Regional Centre for Surveillance and Disease Control (RCSDC) encourages Member States to:

1. Achieve 95% vaccination coverage for the three recommended primary doses by 2 years of age.

2. Include a booster dose for school-aged children (5-14 years) to achieve 95% coverage.

3. Administer diphtheria antitoxin (DAT) early to detected cases to reduce the risk of death.

Sources: OOAS _ Regional Data Warehouse (https://data.wahooas.org); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

Mise à jour sur l'infection au virus Nipah en Inde

Le 13 janvier 2026, une infection au virus Nipah (NiV) a été confirmée à l'Institut national de virologie de Pune, en Inde. **Au 27 janvier 2026**, le Ministère indien de la Santé et du Bien-être familial (MoHFW) a signalé **deux cas confirmés de NiV** dans l'État du Bengale occidental.

Les deux personnes infectées sont des soignants travaillant dans le même hôpital privé à Barasat, dans le district de North 24 Parganas. Elles ont présenté des symptômes caractéristiques d'une infection sévère à NiV à la fin décembre 2025 et ont été hospitalisées début janvier 2026. **Au 21 janvier 2026**, l'un des patients était toujours sous ventilation mécanique, tandis que l'autre, ayant souffert d'une maladie neurologique sévère, a depuis connu une amélioration de son état.

À la suite de ces deux cas confirmés, les autorités sanitaires indiennes ont identifié et testé **196 personnes contacts**, y compris des professionnels de santé et des membres de la communauté. Tous les échantillons prélevés sur ces personnes contacts se sont révélés négatifs pour le NiV.

L'infection à NiV est une maladie zoonotique grave, bien que rare. Le virus Nipah (Henipavirus nipahense) est un virus hautement pathogène de la famille des Paramyxoviridae, genre Henipavirus. Il se transmet à l'homme par le biais d'animaux infectés, tels que les chauves-souris, ou par des aliments contaminés par la salive, l'urine ou les excréments d'animaux porteurs du virus. De plus, la maladie peut se transmettre directement d'une personne à une autre par contact étroit avec une personne infectée.

Selon l'OMS, jusqu'à **11 %** des individus infectés demeurent asymptomatiques, et la proportion de cas asymptomatiques semble dépendre de la souche spécifique de NiV (**Clade I : NiV-B et Clade II : NiV-M**). Les individus symptomatiques peuvent présenter des symptômes respiratoires légers à une détresse respiratoire sévère ou une encéphalite. Les personnes infectées par la souche NiV-B sont plus susceptibles ...

Update on Nipah virus Infection in India

On January 13, 2026, Nipah virus (NiV) infection was confirmed at the National Institute of Virology in Pune, India. **As of 27 January 2026**, the Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW) of India has reported **two confirmed cases of NiV** in the state of West Bengal.

The two infected people are health workers working in the same private hospital in Barasat, North 24 Parganas district. They developed symptoms characteristic of severe NiV infection at the end of December 2025 and were admitted to hospital at the beginning of January 2026. **As of 21 January 2026,** one of the patients was still on mechanical ventilation, while the other, having suffered from a severe neurological illness, has since experienced an improvement in his condition.

Following these two confirmed cases, Indian health authorities have identified and tested **196 contacts,** including health workers and community members. All specimens collected from these contact persons were negative for NiV.

NiV infection is a serious, albeit rare, zoonotic disease. Nipah virus (Henipavirus nipahense) is a highly pathogenic virus in the family Paramyxoviridae, genus Henipavirus. It is transmitted to humans through infected animals, such as bats, or through food contaminated with the saliva, urine, or feces of animals carrying the virus. In addition, the disease can be transmitted directly from person to person through close contact with an infected person.

According to the WHO, up to **11%** of infected individuals remain asymptomatic, and the proportion of asymptomatic cases appears to depend on the specific strain of NiV (**Clade I: NiV-B and Clade II: NiV-M**). Symptomatic individuals may experience mild respiratory symptoms to severe respiratory distress or encephalitis. People infected with the NiV-B strain are more likely …

Sources: **OOAS _ Regional Data Warehouse (https://data.wahooas.org); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.**

… de développer une pneumonie atypique et de graves problèmes respiratoires, y compris un syndrome de détresse respiratoire aigu.

Les symptômes initiaux de l'infection à NiV peuvent inclure une fièvre, des maux de tête, des myalgies (douleurs musculaires), des nausées, des vomissements, un mal de gorge, une toux et/ou un inconfort respiratoire. Une encéphalite aiguë peut se développer avec les symptômes suivants : vertiges, somnolence, altération de l'état de conscience et d'autres signes neurologiques indicatifs. Dans les cas graves, l'encéphalite et les convulsions se produisent et peuvent entraîner un coma dans les 24 à 48 heures. La progression vers l'encéphalite indique un mauvais pronostic, avec un décès généralement constaté dans un délai médian de six jours après l'apparition des symptômes. Le taux de létalité (CFR) lors des épidémies en Asie varie de **40 % à 75 %,** selon les capacités locales de détection précoce et de gestion clinique.

Le diagnostic de laboratoire du NiV peut être établi pendant les phases aiguë et convalescente de la maladie par RT-PCR à partir de fluides corporels et la détection d'anticorps via ELISA.

Il n'existe actuellement ni médicament ni vaccin homologué pour l'infection à NiV ; cependant, des soins de soutien précoces (équilibre hydrique et électrolytique, oxygènation si nécessaire, prise en charge de la fièvre, des convulsions, du choc..) peuvent améliorer les chances de survie.

Le NiV peut infecter et provoquer des maladies cliniques ou subcliniques chez des animaux domestiques tels que les chiens, les chats, les porcs, les chevaux, les chèvres et les moutons. La maladie est similaire à celle des humains, c'est-à-dire qu'elle peut être neurologique ou respiratoire. Elle semble être principalement aiguë et autolimitée, mais peut également être fatale.

… to develop atypical pneumonia and severe breathing problems, including acute respiratory distress syndrome.

Initial symptoms of NiV infection may include fever, headache, myalgia (muscle aches), nausea, vomiting, sore throat, cough, and/or respiratory discomfort. Acute encephalitis may develop with the following symptoms: dizziness, drowsiness, altered state of consciousness, and other indicative neurological signs. In severe cases, encephalitis and seizures occur and may result in coma within 24 to 48 hours. Progression to encephalitis indicates a poor prognosis, with death usually occurring within a median of six days after the onset of symptoms. The case fatality rate (CFR) during outbreaks in Asia ranges from **40% to 75%**, depending on local capacities for early detection and clinical management.

Laboratory diagnosis of NiV can be made during the acute and convalescent phases of the disease by RT-PCR from bodily fluids and antibody detection via ELISA.

There is currently no licensed drug or vaccine for NiV infection; However, early supportive care (fluid and electrolyte balance, oxygenation, if necessary, management of fever, convulsions, shock, etc.) can improve the chances of survival.

NiV can infect and cause clinical or subclinical diseases in domestic animals such as dogs, cats, pigs, horses, goats, and sheep. The disease is similar to that of humans, that is, it can be neurological or respiratory. It appears to be mostly acute and self-limited but can also be fatal.

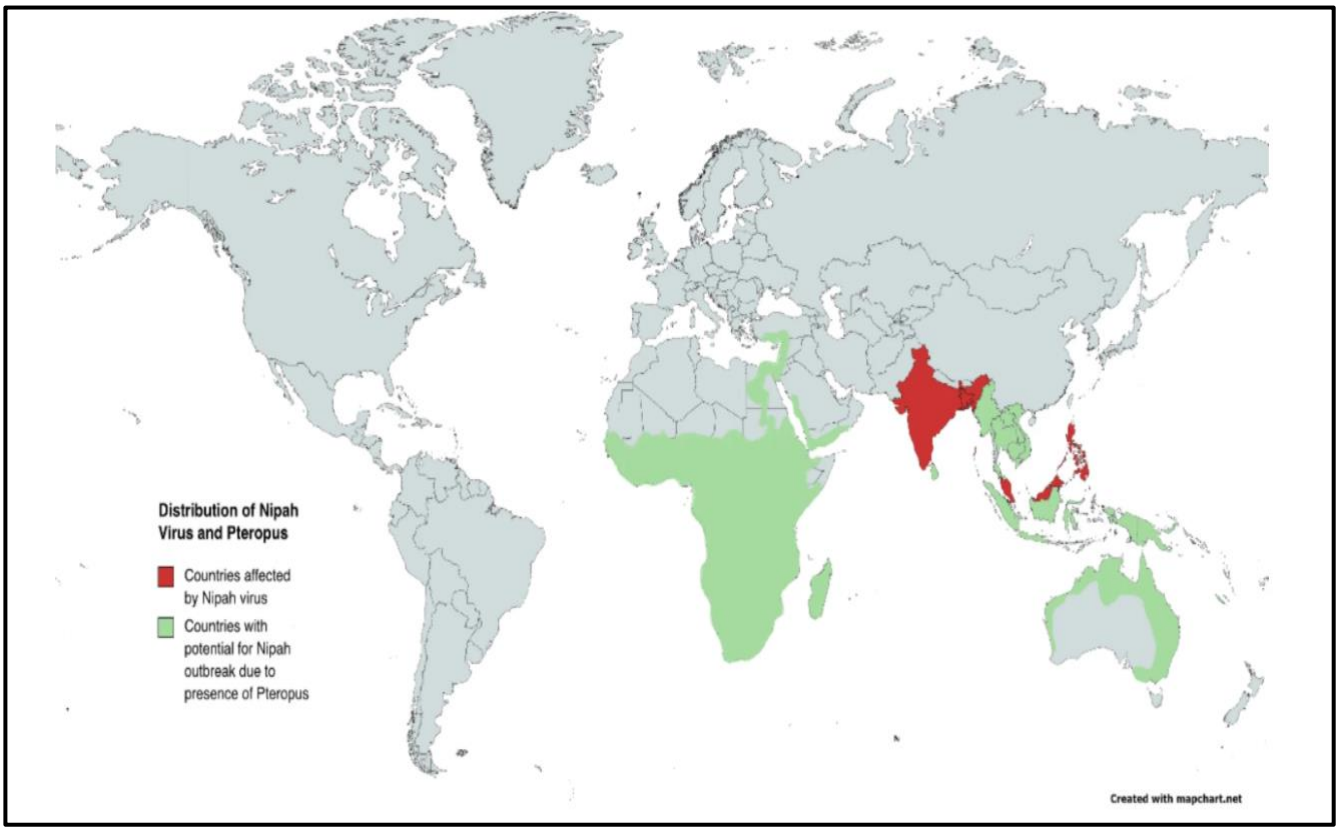

Figure 6* : Distribution des pays affectés par le virus nipah ces derniéres années et des pays potentiellement menacés par une future épidémie de virus Nipah / *Distribution of nipah virus affected countriestis last years and potential countries under threat of future nipah virus outbreak

Le Virus Nipah a été isolé et identifié pour la première fois en 1998 lors d'une épidémie parmi les éléveurs de porcs en Malaisie. Depuis, plusieurs épidémies de la maladie à NiV en Asie du Sud et du Sud-Est ont été signalées. Pour la présente flambée, l'OMS évalue le risque posé par le Nipah comme modéré au niveau infranational, et faible aux niveaux national, régional et mondial.

En raison des échanges multiformes entre la CEDEAO et l'Asie du Sud et du Sud-Est, ainsi que de la probable présence du virus Nipah chez les chauves-souris frugivores africaines du genre Eidolon, de la famille des Pteropodidae (détection d'anticorps contre le virus Nipah), le Centre Régional de Surveillance et de Contrôle des Maladies (CRSCM) de la CEDEAO recommande aux États membres de :

1- **Renforcer la surveillance :** notamment aux niveaux des portes d'entrée, par la détection ..

The Nipah virus was first isolated and identified in 1998 during an outbreak among pig farmers in Malaysia. Since then, several outbreaks of NiV disease in South and Southeast Asia have been reported. For this outbreak, WHO assesses the risk posed by Nipah as moderate at the subnational level, and low at the national, regional and global levels.

Due to the multifaceted exchanges between ECOWAS and South and Southeast Asia, as well as the probable presence of Nipah virus in African fruit bats of the genus Eidolon, of the family Pteropodidae (detection of antibodies against the Nipah virus), the ECOWAS Regional Centre for Surveillance and Disease Control (RCSDC) recommends that Member States:

1- **Strengthen surveillance:** in particular at the entrance gates, by detecting …

Sources: OOAS _ Regional Data Warehouse (https://data.wahooas.org); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

… des personnes fébriles et en formant les professionnels de santé à reconnaître les symptômes caractéristiques de l'infection.

2- **Améliorer les capacités des laboratoires :** en leur fournissant des équipements permettant de réaliser des diagnostics RT-PCR et ELISA de manière rapide et efficace, ainsi qu'en formant le personnel de laboratoire aux techniques de détection du virus Nipah.

3- **Élaborer des protocoles d'intervention et de gestion des cas, incluant une allocation adéquate de ressources.**

4- **Renforcer l'éducation et la sensibilisation des communautés** sur les interactions appropriées avec les animaux domestiques et sauvages, la protection des aliments (notamment par le lavage des fruits et la pasteurisation des jus de palmiers de lait) et la réduction des risques de transmission interhumaine.

5- **Poursuivre le renforcement des mesures de prévention et de contrôle des infections** dans les établissements de santé.

Le CRSCM continue de suivre de près la situation épidémiologique et communiquera les mises à jour pertinentes régulièrement.

… febrile people and by training health professionals to recognise the characteristic symptoms of the infection.

2- **Improving laboratory capacity:** by providing equipment to perform RT-PCR and ELISA diagnostics quickly and efficiently, as well as by training laboratory staff in Nipah virus detection techniques.

3- **Develop intervention and case management protocols, including appropriate allocation of resources.**

4- **Strengthen education and awareness raising of communities** on appropriate interactions with domestic and wild animals, food protection (including through washing of fruit and pasteurization of milk palm juice) and reduction of the risks of human-to-human transmission.

5- **Continue to strengthen infection prevention and control measures** in health facilities.

The RCSDC continues to closely monitor the epidemiological situation and will communicate relevant updates on a regular basis.

Sources: OOAS _ Regional Data Warehouse (https://data.wahooas.org); Sitrep / Weekly bulletin / NPHI Website of Member States; WHO_AFRO Website and OEW.

Editorial Production Team / Contact points:

1. **Dr. Franck ALE,** Principal Program Officer Surveillance and Early Warming, Regional Centre for Surveillance and Disease Control (RCSDC), fale@rcdc.wahooas.org

2. **Dr Babacar FALL**, Health Communication Officer, Regional Centre for Surveillance and Disease Control (RCSDC), bfall@rcdc.wahooas.org

3. **Dr Victor FATIMEHIN,** Technical Advisor at Regional Centre for Surveillance and Disease Control (RCSDC), vfatimehin@support.wahooas.org

4. **Dr Mariame Bonkano Laurent COMLAN,** Technical Advisor at Regional Centre for Surveillance and Disease Control (RCSDC), mlaurentcomlan@support.wahooas.org

Editorial Advisory Group:

1. **Dr Melchior Athanase Joël Codjovi AÏSSI**, Director General of the West African Health Organization (WAHO).

2. **Dr Mamadou DIARRASSOUBA,** Executive Director of the ECOWAS Regional Centre for Surveillance and Disease Control (ECOWAS_RCSDC).