



## APERÇU DU CHOLÉRA

Le choléra est apparu pour la première fois en Côte d'Ivoire en 1970. Depuis 1990, des épidémies importantes ont été déclarées en 1995 et entre 2001 et 2003<sup>1</sup>. La tendance générale montre une diminution annuelle du nombre de cas (Fig. 1).

Entre 2002 et 2017, la surveillance épidémiologique a enregistré 8 424 cas avec 304 décès (taux de létalité ≈ 3,6 %)². La majorité des cas choléra (66,2 %) sont notifiés dans le **District Autonome d'Abidjan** (Tab. 1).

Des épidémies de choléra transfrontalières sont observées entre la Côte d'Ivoire, le Ghana et, dans une moindre mesure, le Libéria, au fil des mouvements migratoires des pêcheurs³.

## DISTRIBUTION DU CHOLÉRA

Le District Autonome d'**Abidjan** a notifié 66,2 % des cas de choléra entre 2002 et 2017. De plus, Abidjan a enregistré des cas de choléra presque chaque année, et les épidémies durent en moyenne 15 semaines (Fig. 2 et Tab. 1).

Au sud-est du pays, le long de la frontière avec le Ghana, les districts de **Comoé** et **Lagunes** contribuent à 12,1% du nombre total de cas. Chacun de ces deux districts ont été touché 7 fois, avec des taux de létalité particulièrement élevés, en particulier à Comoé (Fig. 2 et Tab. 1).

Vers le centre du pays, les districts de **Sassandra-Marahoué** et **Lacs** ont notifié 9,1 % des cas. Les épidémies dans les deux districts ont duré en moyenne 11 semaines. Un taux de létalité significativement élevé a été observé à Lacs (Fig. 2 et Tab. 1).

Dans l'ouest du pays, principalement le long de la frontière avec le Libéria, les districts de **Montagnes** et de **Bas-Sassandra** ont notifié 7,1% de tous les cas. À Bas-Sassandra, sur la côte atlantique, le taux de létalité global était de 7,5% et les épidémies ont duré près de 11 semaines en moyenne (Fig. 2 et Tab. 1).

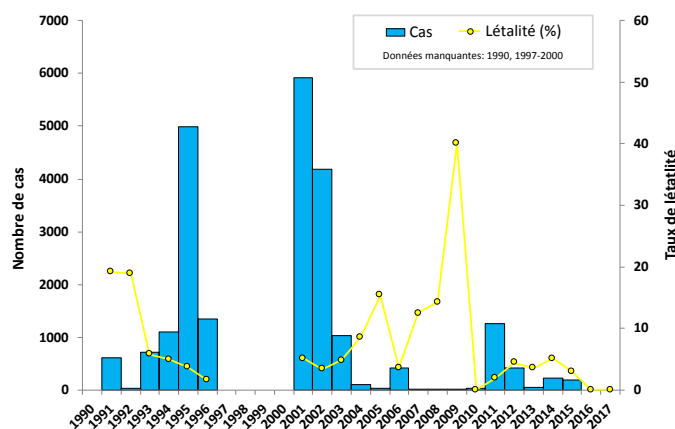
Il n'y a aucune tendance saisonnière relative aux épidémies de choléra en Côte d'Ivoire avec des cas enregistrés tout au long de l'année (Fig. 3).

**Tableau I.** Paramètres épidémiologiques des épidémies de choléra par district en Côte d'Ivoire, 2002-2017<sup>2</sup>

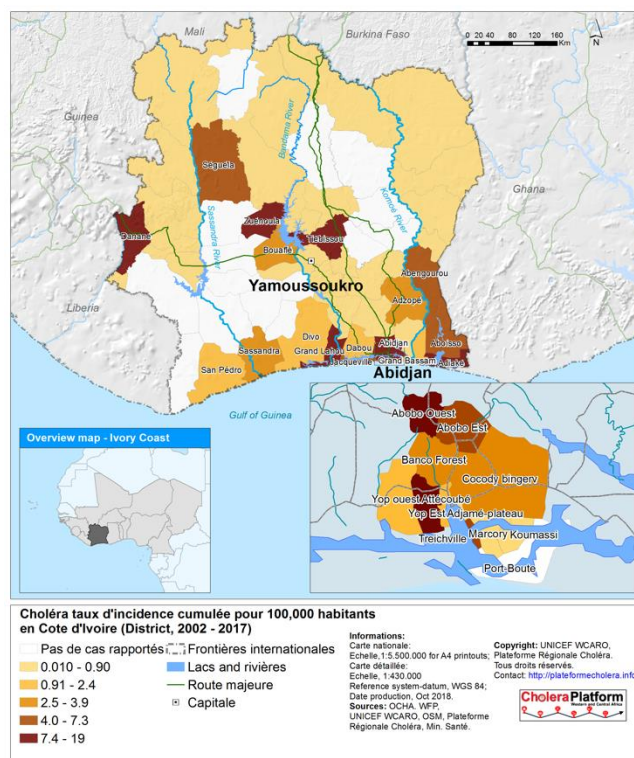
District	Cas / Décès [1]	% du total des cas	Taux de létalité (%)	Réurrence (nbre d'épidémies)	Durée épidémique [2] (moyenne en semaines)
Abidjan	5 569 / 135	66,2	2,4	14	15
Comoé	571 / 45	6,8	7,9	7	7,86
Sassandra-Marahoué	539 / 18	6,4	3,3	3	11,33
Lagunes	442 / 16	5,3	3,6	7	7,14
Montagnes	385 / 8	4,6	2,1	3	7,67
Lacs	228 / 20	2,7	8,8	2	11
Bas-Sassandra	214 / 16	2,5	7,5	3	10,67
Woroba	193 / 10	2,3	5,2	2	4
Gôh-Djiboua	161 / 18	1,9	11,2	2	8,5

**Note :** [1] Total des cas = 8 424 et des décès = 304 entre 2002 et 2017  
[2] Moyenne de semaines entre 2002 et 2017.

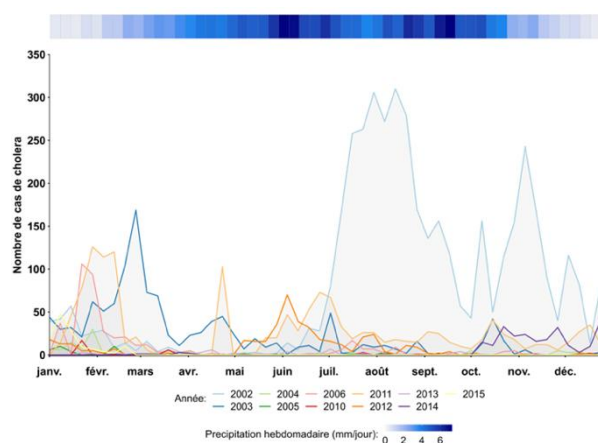
**Figure 1.** Nombre annuel de cas de choléra et taux de létalité en Côte d'Ivoire, 1990 – 2017<sup>1</sup>



**Figure 2.** Incidence cumulée du choléra par département en Côte d'Ivoire, 2002-2017<sup>2</sup>



**Figure 3.** Nombre hebdomadaire de cas de choléra et médiane des précipitations en Côte d'Ivoire, 2002 – 2017<sup>2,4</sup>



**Note :** Seules les années où des cas ont été signalés sont représentées.

# CHOLERA HOTSPOTS

Les zones à haut risque sont situées (Fig. 4 et Tab. 3) :

- Dans la capitale Abidjan ;
- À la frontière avec le Ghana : Adiaké, Aboisso, Abengourou et Adzopé ;
- Autour du lac Kossou : Bouafilé et Tiébissou ;
- Sur la côte atlantique : San Pédro, Divo et Grand-Lahou ;
- Dans le nord-ouest : Séguéla.

## RECOMMANDATIONS STRATÉGIQUES

Les zones à haut risque sont situées pour la plupart le long de la côte et à la frontière avec le Ghana, où la transmission du choléra a été constatée chez des populations mobiles telles que les pêcheurs migrants<sup>5</sup> (Tab. II). Cela souligne l'importance des activités transfrontalières et la mise en place d'un système d'alerte précoce transfrontalière, dans les districts côtiers le long du golfe de Guinée, du Ghana à la Guinée-Bissau via la surveillance des mouvements migratoires des pêcheurs<sup>5</sup>.

Dans les départements régulièrement touchés, les plans de préparation et de réponse doivent être développés et mis en œuvre, incluant: (1) le renforcement des systèmes de détection précoce et de réponse rapide dont la surveillance à base communautaire et les alertes transfrontalières; (2) la mise en place de mécanismes de coordination intersectoriels et transfrontaliers; (3) le renforcement des capacités sur la gestion des épidémies; (4) le pré-positionnement ciblé d'intrants et (5) la préparation de plans et de messages de communication (Tab. II). En raison de la létalité élevée, des formations sur la gestion des épidémies, le pré-positionnement d'intrants et la réhydratation précoce dans la communauté sont fortement recommandés en particulier dans les départements de Abengourou, Adiaké, Aboisso, Divo, Bouafilé et Tiébissou. Les programmes durables d'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène doivent être menés en priorité dans les hotspots de Type 1 et Type 2 (Tab. II et Fig. 5).

### Population et pratiques à haut risque<sup>3</sup>

- Les pêcheurs, transformateurs et commerçants des produits de la pêche à Adiaké, Grand Bassam, Abidjan, Jacquerville, Grand-Lahou, Fresco, Sassandra et San Pédro ;
- Le commerce régulier et le flux de travailleurs entre le Ghana (Jomoro) et la Côte-d'Ivoire (Adiaké, Aboisso) ;
- Les commerçants et les chauffeurs d'autobus sur la route côtière Abidjan – Lagos.

Figure 4. Carte des cholera hotspots par département en Côte d'Ivoire, 2002-2017<sup>2</sup>

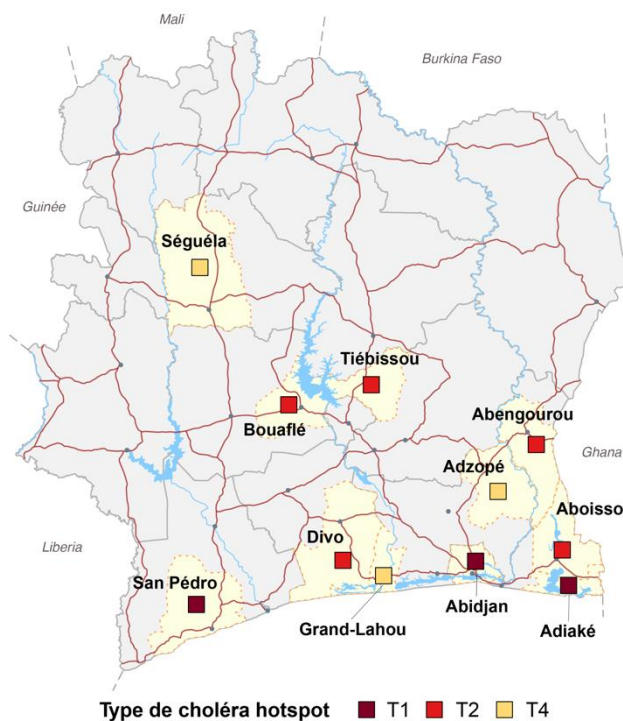


Figure 5. Estimation de l'accès à l'eau et à l'assainissement en Côte d'Ivoire, 2000-2015<sup>6</sup>

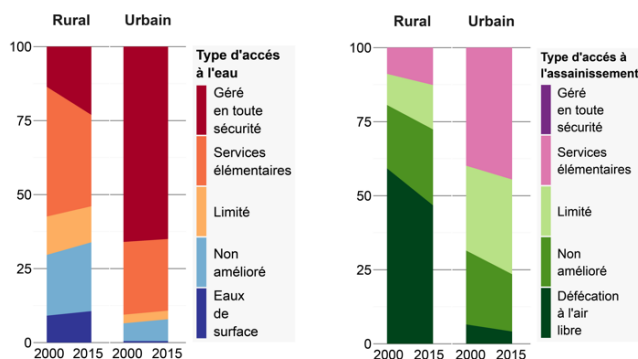


Table II. Synthèse de la classification des zones prioritaires en Côte d'Ivoire, 2002-2017

District	Département	% du total des cas	Réurrence (nbre d'épidémies)	Durée épidémique (médiane, en semaines)	Emergence (sem. de début médiane)	Taux d'attaque par semaine (médiane par 10 000 hab.)	Taux de létalité (%)	Zone frontalière	Type de hotspot
BAS-SASSANDRA	SAN PEDRO	1,5	3	8	6 [1 - 50]	0,08	3,1	Non	Type 1
	ABENGOUROU	2,2	2	8	28,5 [25 - 32]	0,37	12,0	Oui	Type 2
COMOE	ABOISSO	2,3	2	10,5	19,5 [18 - 21]	0,28	5,2	Oui	Type 2
	ADIAKE	1,9	3	9	27 [20 - 41]	0,22	7,0	Oui	Type 1
ABIDJAN	ABIDJAN	66,2	9	14	22 [0 - 45]	0,02	2,4	Non	Type 1
GOH-DJIBOUA	DIVO	1,9	2	9,5	46,5 [43 - 50]	0,16	11,2	Non	Type 2
LACS	TIEBISSOU	2,3	2	9,5	19 [6 - 32]	0,82	7,3	Non	Type 2
LAGUNES	ADZOPE	1,6	2	7,5	25 [23 - 27]	0,2	0	Non	Type 4
	GRAND-LAHOUE	2	2	7,5	41 [31 - 51]	0,88	3,0	Non	Type 4
SASSANDRA-MARAHOUÉ	BOUAFLE	1,3	2	11	29,5 [9 - 50]	0,14	9,2	Non	Type 2
WOROBA	SEGUELA	2,1	2	4	23,5 [16 - 31]	1	3,4	Non	Type 4

Note: Type 1 : Zone de très haute priorité avec une fréquence élevée (≥3 épidémies) et une durée épidémique longue (≥8 semaines). Type 2 : Zone de haute priorité avec une fréquence modérée (2 épidémies) et une durée épidémique longue. Type 4 : Zone de priorité basse avec une fréquence modérée, une durée courte (<8 semaines) et une incidence élevée.

### Références

1. Atlas de la santé mondiale. WHO : <http://apps.who.int/globalatlas>.
2. Données de la surveillance épidémiologique 2002-2017, Ministère de la santé de la Côte d'Ivoire.
3. Heyerdahl, L. and al., 2014. Rapport préliminaire : étude socio-anthropologique sur les pêcheurs et le choléra. Africhol.
4. Données de précipitation, Famine Early Warning Systems Network (<http://www.fews.net>)
5. Sudre, B., Bompangue, D., 2009. Épidémiologie du choléra et d'évaluation du système d'alerte précoce en République de Guinée. UNICEF, Université de Franche-Comté.
6. Joint Water Supply and Sanitation Monitoring Programme, WHO, UNICEF, 2015

### Auteurs

Moore S. PhD, Dunoyer J. Ing., Green K. H. PhD, Rossi M. MSc, Lucaccioni H. PhD, Sudre B. MD PhD.

### Remerciements

Graveleau J. d'UNICEF WCARO, Blanc D. du Bureau régional pour de l'Afrique de l'Ouest d'ECHO. Avec le soutien financier de l'UNICEF et de l'Office d'aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO).

### Contact

contact@plateformecholera.info