



**Harmonization for Health in Africa**

---

**Rapport de l'Atelier technique HHA sur le choléra en  
Afrique de l'ouest et du centre**

***Échange d'expériences, Coordination  
et Planification stratégique***

Dakar  
2 - 4 octobre 2013

---

RAPPORT FINAL

## Avertissement

Les opinions techniques exprimées au cours de l'atelier et dans le rapport ne reflètent pas nécessairement celles des agences HHA et autres organisations participantes.

## Table des Matières

<b>Avertissement</b>	<b>Page 2</b>
<b>Remerciements</b>	<b>Page 4</b>
<b>Résumé</b>	<b>Page 5</b>
<b>1. Introduction</b>	<b>Page 7</b>
<b>2. Méthodologie</b>	<b>Page 8</b>
<b>3. Résultats Obtenus</b>	<b>Page 9</b>
<b>4. Synthèse des principales recommandations thématiques des travaux de groupes</b>	<b>Page 22</b>
<b>5. Synthèse des recommandations de l'atelier</b>	<b>Page 26</b>
<b>6. Prochaines étapes</b>	<b>Page 28</b>
<b>Annexes :</b>	
<b>Annexe 1 : Liste des participants</b>	
<b>Annexe 2 : Note technique sur le Cholera en Afrique de l'Ouest et du Centre</b>	

## Remerciements

Nos remerciements vont en premier lieu au Partenariat HHA qui a permis la tenue de cet atelier. Ils s'adressent également au comité d'organisation et à la facilitation de l'atelier :

Médecins Sans Frontières  
Action Contre La Faim  
Save the Children  
RECA Project; Regional Emergency Cluster Advisors  
ALIMA  
SOS Villages d'enfants  
IOM  
OCHA  
OMS  
UNICEF  
Université de Kinshasa – République Démocratique du Congo  
Université de Franche-Comté - France

Pour leur disponibilité et leur attention, nous tenons à remercier les bailleurs qui ont assisté aux présentations et aux échanges avec des remerciements particuliers à ECHO.

Enfin aux participants des 14 délégations venues des pays de la Région de l'Ouest et du Centre, aux différents bureaux nationaux, régionaux et des sièges des Agences, aux participants nationaux, aux Universités de Marseille, de Kinshasa et de Franche-Comté et aux partenaires des organisations non gouvernementales qui ont pu grâce à leur participation active et passionnée faire de cet atelier un succès dans la lutte contre le choléra.

## RESUME

Dans le cadre du **partenariat « Harmonisation pour la Santé en Afrique »** (HHA), un atelier technique régional sur le choléra en Afrique de l'Ouest et Centrale s'est tenu à Dakar du 02 au 04 octobre 2013.

Cette rencontre avait pour objectif de favoriser la mise en réseau de partenaires et acteurs régionaux, nationaux et de siège d'Agences intervenant dans la lutte contre le choléra, afin **d'améliorer la coordination** pour faire face aux épidémies récurrentes de choléra dans la région et **de renforcer les capacités des gouvernements et des partenaires** en vue de :

- influencer les politiques publiques des systèmes de santé en lien avec la prévention, la préparation et la réponse au choléra,
- développer de solides partenariats,
- faire progresser la base scientifique à travers la recherche appliquée et l'évaluation,
- assurer un leadership stratégique de la lutte contre le choléra à tous les niveaux : régional, national ainsi qu'au niveau des Agences des Nations Unies et bailleurs faisant partie du mécanisme HHA.

En 2012, **16 des 24 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ont connu des épidémies de choléra**, c'est à ce titre que le partenariat HHA a organisé cet atelier technique régional afin de pouvoir faire un bilan de l'état des recommandations des ateliers (sous-)régionaux et transfrontaliers depuis 2008, tirer les enseignements et s'appuyer sur les approches/stratégies gagnantes des épidémies connues, y compris l'utilisation des nouvelles technologies et des nouveaux développements de l'épidémiologie qui ont prouvé leur efficacité.

Ce sont 14 délégations (sur 16 invitées initialement, soit près de 90% de participation) représentant leur pays ainsi qu'un large panel de personnes fortement impliquées dans la lutte contre le choléra (le Bureau Régional de Dakar et du siège de New York de l'UNICEF, des Bureaux régionaux et du Bureau à Genève de l'OMS, les Universités de Franche-Comté et de Marseille + ECDC, des partenaires d'ONGs, des bailleurs) ont constitué une assistance de 70 personnes qui ont pu échanger activement et ouvertement durant les 3 jours de l'atelier.

Dans ce cadre, une vingtaine de présentations ont été proposées aux participants. Ces exposés ont repris un large panel d'expériences, en particulier :

- la lutte contre le choléra dans un pays ou une région,
- les nouveaux développements sur l'épidémiologie biomoléculaire,
- la vaccination,
- la communication pour le changement des comportements,
- l'utilisation des systèmes d'information géographique pour la mise en œuvre de réponses stratégiques.

Sur la base de ces présentations techniques, des groupes de travail regroupés par bassin ont été chargés de proposer des recommandations opérationnelles « réalistes politiquement » et faisables techniquement sur les priorités et besoins urgents en termes de lutte contre le choléra, tout en prenant en compte les recommandations des ateliers régionaux ou sous-régionaux passés depuis 2008.

Trois thèmes principaux avaient été retenus pour orienter les débats :

- **le renforcement des systèmes de santé,**
- **la coordination intersectorielle,**
- **les aspects transfrontaliers.**

A la suite de ces nombreux échanges techniques, a émergé l'idée que **l'élimination du choléra en Afrique est possible**. Cette ambition sera atteignable que si toutes les parties prenantes tant techniques que politiques s'alignent derrière cet objectif.

Cet événement a initié une dynamique forte entre les différentes délégations et partenaires qu'il s'agira de suivre et de renforcer. Ce rapport reprend l'ensemble des points clefs des présentations, des recommandations et des prochaines étapes qui sont une base pour la rédaction d'un Plan d'Action de lutte contre le choléra dans la Région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre et la mise en place d'un Comité de suivi **pour assurer la mise en œuvre des recommandations** faites lors de cet atelier.

## I. Introduction

Pour faire face au contexte actuel du choléra et aux menaces en cours dans la région d'Afrique de l'Ouest et du Centre, il convient de renforcer les capacités au niveau national, sub-national, communautaire et transfrontalier. Pour ce faire il est nécessaire de s'appuyer sur les politiques de santé, les stratégies et plans nationaux comme une plate-forme pour le leadership gouvernemental et la coordination entre les différents partenaires afin d'assurer le dialogue politique dans le cadre de la lutte contre le choléra.

Cet atelier avait pour objectif de répondre aux défis de trois principaux bassins épidémiques transfrontaliers de la région d'Afrique de l'Ouest et du Centre :

- **Bassin du lac Tchad** (Tchad, Cameroun, Nigeria et Niger)
- **Golfe de Guinée** (Côte-d'Ivoire, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Sierra Leone, Liberia et Togo).
- **Bassin du fleuve Niger** (Bénin, Burkina Faso, Niger, Mali)

Certaines questions spécifiques liées au bassin du fleuve Congo (et plus généralement dans la zone des « Grands lacs ») ont été abordées. Elles devront cependant faire l'objet d'une *ad hoc*, à prévoir dans le courant de l'année 2014 et à organiser dans le cadre de HHA. (Point repris dans la section XII « Prochaines étapes » de ce rapport).

Dans ce contexte, le Comité d'organisation a présenté en début d'atelier les objectifs et enjeux suivants :

### Objectifs

- définir les approches stratégiques pour intégrer le choléra dans les systèmes de santé et les programmes de développement dans les zones à haut risque ;
- identifier les rôles et responsabilités des différents partenaires pour la prévention et le contrôle du choléra ;
- identifier les mécanismes et actions de coordination prioritaires pour la mise en œuvre des activités aux niveaux nationaux et transfrontaliers ;
- adopter une **déclaration commune** avec une orientation stratégique et des actions.

### Enjeux

- Atelier technique régional HHA : que faire pour que ce soit ne soit pas un atelier de plus ?
- rendre les systèmes de santé résiliants aux chocs épidémiques liés au choléra ;
- mieux prendre en compte les aspects transfrontaliers au niveau régional ;
- relever le défi de la coordination des partenaires ;
- post-atelier : suivi des recommandations opérationnelles sur le terrain.

## II. Méthodologie

**Les présentations**, (durée comprise entre 10 et 15 minutes), ont été, la plupart du temps accompagnées d'un support Power Point. L'ensemble des présentations a été remis aux participants à la fin de l'atelier. Les présentations sont disponibles sur le site HHA à l'adresse suivante : [www.hha-online.org](http://www.hha-online.org)

**Les échanges, les séances de questions /réponses et des commentaires** : cet espace faisait suite à une série de présentations. Le but était d'apporter des éléments de précisions ou des compléments d'information mais aussi de permettre un court débat sur les thématiques proposées.

**Les travaux de groupe** ont été organisés le deuxième jour autour de trois thématiques (puis le troisième jour sur la finalisation des recommandations) :

- renforcement des systèmes de santé nationaux et sous régionaux
- coordination intersectorielle
- aspects transfrontaliers

**L'organisation d'une extra session sur « la place de la vaccination anticholérique dans la lutte contre le choléra »** a été proposée dans l'agenda de l'atelier suite aux nombreuses questions et intérêts suscités par la présentation ayant évoqué « L'expérience de la vaccination contre le choléra et nouvelles directives sur le stock mondial de vaccins ».



### III. Résultats obtenus

Synthèse des présentations reprenant les points clefs des messages et des commentaires qui s'en sont suivis et qui ont alimenté les recommandations.

#### 1. Liens entre HHA, Renforcement des systèmes de santé et Choléra.

Dr. Mawuli Adzodo, Point Focal Systèmes de santé, OMS AFRO/ISTWA

Le choléra est une menace pour la santé publique en Afrique. Cependant, une Afrique de l'Ouest et du Centre libérée du choléra est techniquement possible.

L'élimination du choléra n'est possible que dans un contexte de systèmes nationaux de santé robuste, avec un PNDS holistique, cohérent et équilibré.

Ainsi pour aller vers l'élimination du choléra en Afrique de l'Ouest et du Centre, il serait souhaitable de :

- appuyer le renforcement des systèmes nationaux de santé dans le cadre de la mise en œuvre du PNDS et du Compact national ;
- adopter une plateforme HHA unique et harmonisée de mise en œuvre de la Reforme de Santé dans toutes les Politiques Sectorielles) ;
- élaborer un Plan sous régional HHA de lutte intégrée contre la maladie avec l'accent sur l'élimination du choléra, la promotion de l'eau, assainissement et hygiène; intégré au PNDS et Compact national de chaque pays ;
- mettre en place une communauté de pratique « lutte intégrée contre la maladie » y compris le Cholera, eau-assainissement et hygiène;
- animer un réseau sous régional« lutte intégrée contre la maladie » y compris le Cholera, eau-assainissement et hygiène; intégré au site WEB HHA avec des échanges sud-sud entre les pays ciblés.

#### 2. Tendances du choléra en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Dr. Sebastião Nkunku, Technical Officer, OMS /ISTWA

#### Conclusions à retenir

- le choléra reste une menace pour la santé publique en Afrique de l'Ouest et du Centre. C'est un indicateur clef de l'insuffisance du développement social;
- le renforcement de la collaboration intersectorielle est essentielle pour améliorer l'accès des populations à l'eau potable et aux installations sanitaires la collaboration transfrontalière est fortement recommandée pour le renforcement de la surveillance et la réponse aux flambées épidémiques;
- le plaidoyer reste important pour la mobilisation des ressources.

Vu le rôle de premier plan joué dans la communauté pour prévenir et réduire la mortalité due au choléra, il est indispensable de renforcer le nombre d'agents de santé de première ligne et notamment les agents communautaires et les techniciens de laboratoire.

Comment peut-on diminuer le taux de létalité parfois élevé dans certaines contrées ? Il a été suggéré lors des discussions d'assurer un suivi journalier des taux de létalité, d'une bonne prise en charge des malades dans les normes de traitement, de mobiliser la communauté pour une consultation précoce dans les unités de soins en cas de suspicion de choléra ou toutes autres maladies diarrhéiques aiguës.

Il est également à noter que les infrastructures basiques comme les latrines améliorées et la disponibilité d'eau potable (dans le cadre du développement intégral) doivent concourir à la prévention de maladies d'origine hydrique comme le choléra.

### **3. Panel sur la prévention, la préparation et la réponse aux épidémies de choléra en Afrique de l'Ouest et du Centre : Exemples de terrain de la RDC, de la Cote d'Ivoire et du Sénégal.**

#### **3.1 Expérience de la lutte contre le choléra en RDC.**

Dr. Vital Mondongue Makuma, OMS RDC.

A partir de 2005, il y a eu un début de recherche sur la dynamique des épidémies de choléra en RDC, les zones sanctuaires ont été considérées comme des foyers résiduels qui expliquent l'entretien de la maladie et des épidémies dans le pays.

En fonction de ces études, le premier plan stratégique 2008-2012 d'élimination du choléra a été adopté en 2007 cependant la mise en œuvre de ce plan a souffert d'un manque de financement, néanmoins quelques expériences pilotes ont été une réussite.

Avec le concours de tous les secteurs et d'un certain nombre d'ONG, des ouvrages de déserte d'eau ont été soit réhabilités, soit construits sur base des données épidémiologiques.

En 2013, un nouveau plan stratégique 2013-2017 a été rédigé et adopté. Les axes stratégiques sont : Surveillance, Prévention, Eau, Hygiène et Assainissement, Prise en charge des cas Coordination, Promotion de la recherche, Communication et la Vaccination anticholérique.

Une feuille de route a été élaborée pour la mise en œuvre de ce plan. Elle comprend notamment la mise en place d'un comité National Multi sectoriel de Lutte Contre le Choléra sous l'égide du Premier Ministre, l'élaboration des Plans Opérationnels de mise en œuvre et de Suivi (national, Provincial et District) et l'élaboration d'un Plan de Mobilisation des Ressources.

La mobilisation de ressources et la construction progressive de la « multisectorialité » autour d'activités acceptées par tous font parties des leçons apprises entre le premier et le deuxième plan.

Les défis majeurs dans la mise en œuvre du plan restent l'implication effective des autres secteurs, le financement des activités à large échelle et la mise en œuvre des activités transfrontalières.

#### **3.2 Défis de la lutte contre le choléra en milieu rural, expérience d'ALIMA en RD Congo -**

Géza Harczi, Référent Médical des programmes. ALIMA

En aidant le MSP de la RDC à la prise en charge de plus de 5,000 cas dans les 4 Provinces de l'Ouest et au Katanga, ALIMA a été confronté aux nombreux défis posés par des interventions complexes en milieu rural

isolé au sein d'un système de santé aux capacités limitées, auprès de populations fortement exposées au risque et difficiles à atteindre.

Parce que les démarrages/redémarrages d'épidémies dans ces zones se caractérisent par un excès de létalité inacceptable, il est nécessaire de travailler au renforcement :

1. de la surveillance, pour la détection précoce des flambées et la déclaration des épidémies (eg sites-sentinelles et surveillance communautaire pour pallier au sous-rapportage ; investigations conjointes dès alerte ; rapide confirmation biologique ; seuils d'alerte restant sensibles...)
2. de la préparation, à travers l'allocation de moyens et l'engagement des décideurs, bailleurs et acteurs qui doivent restés sensibles malgré la complexité et la récurrence des flambées ;
3. des capacités de riposte, qui doivent viser à :
  - la réduction des délais de réponse (eg. prépositionnement d'intrants au niveau district périphérique...)
  - la synergie des actions (MSP/ONG, Santé/WaSH),
  - la complémentarité du dispositif (importance des PRO et des moyens de référencement ; l'implication sur le CTC, très consommateur en temps et ressources, entraînant souvent retard en périphérie)

Le coût humain de ces épidémies, et celui des réponses d'urgence répétées, devraient questionner les modes d'implication (sorties d'urgence et stratégies de retours) et guider les décisions pour la mise en œuvre de stratégies et mesures complémentaires visant l'élimination.

### 3.3 Situation du choléra en Côte d'Ivoire – Epidémies de Choléra entre 2001 et 2011 –

Dr. Emilienne N'Guetta – INHP

La conclusion de la présentation propose la stratégie de lutte suivante utilisée lors des épidémies :

- Formation d'ASC et volontaires
- Formation des leaders communautaires
- Sensibilisation des ménages touchés ou exposés
- Diffusion de spots audio et TV de sensibilisation
- Diffusion d'émission de sensibilisation
- Diffusion de support de communication

### 3.4 Prévention du Cholera dans les grands rassemblements humains au Sénégal.

Dr. Ibrahim Oumar Ba, Chef de la Division Surveillance et Riposte Vaccinale –MSAS.

Au Sénégal, les rassemblements humains sont fréquents. Il existe de nombreux foyers religieux qui reçoivent des pèlerins provenant du Sénégal et de l'extérieur (Europe, Amérique, Afrique...). A titre d'exemple pour le "*Grand Maggal de Touba*", la population du district estimée à 685.782 habitants se retrouve à plus de trois (3) millions en moins de trois (3) semaines

**Le Dispositif de prévention mis en place est basé sur la Région Médicale**

- **Les Intervenants du niveau national :**
  - le Ministère de l'Hydraulique

- le Ministère de la Santé et de l'Action sociale :
    - le Service National de l'Hygiène
    - le Service National de l'Education et de l'Information pour la Santé
    - la Division de la Prévention Individuelle et Collective
    - la Division de la Surveillance et Riposte Vaccinale
  - Les partenaires : Unicef, USAID...
- **Les intervenants au niveau local :**
    - La Région Médical
    - Le District
    - La Croix Rouge
    - Le Service Régional de l'Hygiène et les Sous Brigades d'Hygiène
    - Les relais communautaires, les associations de jeunes, les associations de femmes
- **Les interventions**
    - Visites à domicile
    - Contrôle des denrées alimentaires
    - Chloration des eaux de boissons
    - Mise en place des "trappes à vibron"
- **Contenu des communications**
    - Traitement des eaux de boissons
    - Salubrité des aliments (bien cuire, laver les légumes avec de l'eau javellisée...)
    - Lavage des mains au savon (avant de manger, à la sortie des toilettes...)
- **Canaux de communication**
    - Communication de masse : spots radio et télévisés, affiches...
    - Communication Interpersonnelle (entretien, visites à domicile...)

#### 4. Nouveaux développements sur l'épidémiologie biomoléculaire (Sierra Leone, Guinée, Haïti et RDC).

Pr. Renaud Piarroux – Université de Marseille.

L'épidémiologie du choléra est en train de connaître une révolution du fait de découvertes récentes découlant de l'utilisation d'outils de biologie moléculaire comme la PCR (polymerase chain reaction), le génotypage et le séquençage total du génome des souches isolées dans l'environnement et chez les patients.

Ce sont, par exemple, ces outils qui ont permis de confirmer l'origine népalaise de l'épidémie d'Haïti, montrant au passage que les souches environnementales n'avaient joué aucun rôle dans l'émergence et la diffusion de l'épidémie. Même après deux années, les dernières études montrent qu'il n'y a eu aucun échange entre les souches environnementales haïtiennes et la souche épidémique qui continue d'évoluer pour son propre compte.

En Guinée, l'utilisation de la biologie moléculaire a permis de remettre en question le dogme de l'origine lagunaire des épidémies qui frappent ce pays de manière itérative. La dernière épidémie est en effet liée à un clone importé d'un pays voisin qui présentait en outre une pathogénicité accrue (souche hybride).

En République Démocratique du Congo, les études microbiologiques viennent de montrer que l'épidémie qui a diffusé sur l'ensemble du pays en 2011 et 2012 était liée à un clone particulier révélé par un profil particulier de résistance aux antibiotiques et confirmé par génotypage.

Plus globalement, il apparaît de plus en plus clair que les épidémies de choléra sont liées à la diffusion nationale, transfrontalière et parfois transcontinentale par vagues successive de variants dérivant d'un clone unique apparu au vingtième siècle dans le Golfe du Bengale. Ce lignage unique de toutes les souches responsables d'épidémies de choléra et cette diffusion par vagues successives suivies d'extinctions régionale ou mondiale modifie radicalement la vision que l'on a des épidémies de choléra et de leur rapport à l'environnement.

En Afrique, comme en Haïti, cela pourrait ouvrir des perspectives d'élimination pour peu que l'on maîtrise mieux les déterminants de la diffusion des épidémies liées à des clones émergents.

*« Considérons la recherche opérationnelle comme un outil indispensable à la définition de **stratégies gagnantes** »*

*« Si des études venaient à montrer qu'en Afrique, les souches environnementales ne jouent pas un rôle prépondérant, alors ce serait encore plus facile pour la lutte*

*« Quand on croit que c'est possible, on se bat mieux pour le rendre possible »*

Pr. Renaud Piarroux (Université de Marseille).

## 5. Gestion des cas de choléra, étude de cas en Afrique de l'Ouest.

Iza Ciglonecki, Innovation Unit Cholera Expert - MSF Genève.

- Le choléra est une maladie mortelle si elle n'est pas traitée. La mortalité reste élevée au début des épidémies et dans les milieux ruraux.. Cela montre l'absence de préparation pour traiter les patients dès que les cas apparaissent.
- Les stratégies de traitement doivent être aussi décentralisées que possible, et devraient inclure des centres de traitement du choléra pour référer les cas compliqués et sévères, des unités décentralisées dans les milieux ruraux et des points de réhydratation par voie orale aussi proches que possible des cas.
- Il est nécessaire
  - d'améliorer la détection précoce et la déclaration des épidémies. d'améliorer la préparation au-delà du niveau central, qui doit comprendre des zones d'isolement prédéfinis dans les centres de santé et les hôpitaux,
  - de pré-positionner le matériel de prise en charge au niveau le plus bas (qui peut inclure des outils de diagnostic simples tels que les tests de diagnostic rapide)
  - de développer la formation continue du personnel à tous les niveaux
- La prise en charge des malades du choléra lors d'une épidémie exige beaucoup de ressources dans des délais très courts, à la fois au niveau logistique et humain (médical et non médical ainsi que dans l'assainissement), ces personnes doivent être identifiées au préalable, ainsi que le mécanisme de paiement de ce personnel supplémentaire.

**Certains points ont été soulevés lors de la discussion :**

- **Pourquoi MSF est rarement directement impliqué au niveau communautaire, sur la promotion de la santé,... ?**  
En effet, et cela est dû au fait qu'il y a souvent beaucoup d'autres acteurs impliqués sur ce volet. C'est pour cela que MSF se concentre habituellement sur les soins directs aux patients car il n'y a pas d'autres acteurs soutenant ces besoins.
- **MSF arrête souvent son support assez rapidement ?**  
Dans la prise en charge des cas, cela se fait généralement lorsque le nombre de cas commence à diminuer et quand il est considéré que les structures en charge peuvent gérer sans une aide supplémentaire.
- **Est-il vraiment possible d'organiser la préparation au niveau le plus bas ?**  
C'est possible si des ressources sont dédiées. Il y a un besoin pour plus d'aide structurelle. Un investissement en période pré-épidémique pourrait considérablement réduire les délais mais aussi les coûts de l'organisation des soins (organisation des structures, la formation du personnel, etc..) et ne pas partir de zéro à chaque fois que l'épidémie commence.

« La plateforme choléra régionale WCARO pourrait assurer que l'information (données/bulletins épidémiologiques) de l'OMS arrive effectivement jusqu'aux points focaux choléra des Ministères et des plateformes nationales de coordination choléra en les identifiant et les ajoutant dans la mailing-list du weekly cholera »

« Le fonctionnement actuel des Clusters, le système de financement des interventions ne permettent pas une intervention rapide, pourtant cruciale lors d'une épidémie de choléra ».

Médecins Sans Frontières.

## 6. Communication et Choléra.

Mika Kunieda, C4D – Bureau Régional de l'UNICEF

La présentation a mis l'accent sur deux types de faiblesses observées dans les programmes de communication pour le changement de comportement (CCC) qui visent à lutter contre le choléra. Les initiatives de CCC sont souvent élaborées sans tenir compte de la recherche épidémiologique. En conséquence, les zones à risques, les groupes à risques et les comportements à risques sont souvent mal identifiés. Il est important de baser les stratégies de CCC sur des données épidémiologiques pour l'identification des zones, des acteurs à mobiliser, et des comportements à promouvoir. Pour qu'un plan de CCC atteigne des résultats, il doit être basé sur une analyse des contextes de transmission et des données sociales: bref, sur des évidences scientifiques.

On constate aussi qu'en matière de CCC, les stratégies utilisées dans la région visent surtout à *promouvoir l'information auprès des populations*. Or, la présentation a tenté de démontrer que l'information n'est pas le seul élément déclencheur faisant changer le comportement des individus.

L'exemple du Ghana a été présenté pour illustrer une approche qui intègre *la promotion de l'information dans les médias de masse avec la facilitation de discussions au niveau communautaire*. Les stratégies de communication qui combinent à la fois *communication interpersonnelle et communication de masse* produisent généralement de meilleurs résultats en matière de CCC.

L'UNICEF a mis à la disposition des participants à l'atelier une boîte à images portant sur la prévention du choléra. Nous avons visionné le film *The story of cholera* qui raconte comment un jeune garçon devient un

agent de changement dans sa communauté pour éradiquer le choléra de son village. Ce film est disponible sur le site de *Global Health Media Project* en français, en anglais et en plusieurs langues africaines locales (dont le malinké, le sousou, le guéré et le krio).

*« Ciblage stratégique basé sur l'analyse épidémiologique des comportements à risques, des populations à risques et des zones à hauts-risques, en définissant des stratégies de communication combinant la communication de masse avec la communication de proximité »*

(C4D – UNICEF)

## **7. Utilisation de GPS/SIG pour la mise en œuvre des stratégies d'intervention en zones urbaines.**

Jessica Dunoyer – Expert Choléra – Action Contre la Faim

Bertrand Sudre – UMR CNRS Chrono-environnement – UFC/ ECDC

L'objectif de la session était de montrer comment les Systèmes d'Informations Géographiques peuvent aider à définir et orienter des stratégies de réponse immédiates et sur le long terme. Cette idée est principalement illustrée par un cas pratique de réponse en zone urbaine dans la ville de Conakry en République de Guinée en 2012. Cette réponse a été menée par Action Contre la Faim et la Croix Rouge de Guinée en collaboration avec la Division Prévention et Lutte contre la Maladie et l'Université de Franche Comté.

En zone urbaine, la mise en œuvre des activités de réponse se fait de manière ciblée dans le temps, dans l'espace et pour les populations les plus exposées à partir d'outils cartographiques et épidémiologiques. Les coordonnées GPS des domiciles des patients sur une base journalière pendant les visites domiciliaires et sont ensuite entrées dans un logiciel SIG libre d'exploitation type QGIS<sup>1</sup>. L'identification sur une base hebdomadaire ou bi-hebdomadaire des regroupements de cas permet d'orienter l'activité d'IEC de proximité et la distribution de kits d'hygiène.

L'avantage de l'approche cluster par rapport à l'approche quartier est la finesse de l'analyse. Il est alors concevable de s'affranchir des limites des quartiers et d'envisager une intervention à l'intersection de plusieurs quartiers. Les regroupements de cas observés sur une période supérieure à quatre (4) semaines sont appelés "clusters permanents" et sont vraisemblablement le résultat d'une transmission plus complexe. L'investigation de terrain des clusters permanents va permettre de réorienter les activités de riposte dans un environnement où la transmission est complexe. L'accès à l'eau potable, et à l'assainissement ainsi que les pratiques à risque doivent être étudiés. Un lien possible entre les patients doit également être recherché comme par exemple une école, un marché, un port ou une source d'eau. Ce travail d'investigation nécessite un esprit d'observation, d'analyse et de la curiosité. L'utilisation de Systèmes d'Informations Géographiques a permis de développer une stratégie de réponse d'urgence en zone urbaine basée sur l'identification des zones à risque et des modalités de transmission.

En fin d'épidémie, une analyse spatiale rétrospective des regroupements de cas a permis d'identifier dix-huit (18) regroupements de cas significatifs dans le temps). Des actions de prévention « bouclier » doivent

---

1 <http://www.qgis.org/>

être initiées dans ces zones à haut risque dès que des cas sont enregistrés au niveau du pays ou dans les préfectures côtières de la Guinée et des pays frontaliers (Sierra Léone, Guinée Bissau).

L'outil cartographique à l'échelle d'une ville, d'un pays ou d'une sous-région permet de représenter les zones transfrontalières de déclenchements des épidémies. Grâce à la cartographie, nous obtenons un outil de plaidoyer auprès des bailleurs de développement pour la mise en œuvre d'interventions WASH dans des zones précises où sévissent les épidémies de choléra de manière récurrente.

**Une pièce de théâtre a été présentée. Elle met en scène de façon amusante une simulation d'investigation et de riposte au choléra sur le terrain, avec géo-localisation des patients et ajustement de l'approche opérationnelle.**

## **8. Expérience de la vaccination contre le choléra en Guinée et nouvelles directives sur le stock mondial de vaccins.**

Les éléments clés de la présentation de la Guinée (Conakry).

Dr. Yacouba Kande – Responsable Immunisation – Ministère de la Santé.

- L'une des composantes innovantes de la riposte aux flambées épidémiques de choléra est **la stratégie de vaccination de masse** en période critique dans les communautés à haut risque (surtout à l'échelle des localités se trouvant le long de la côte atlantique et plus précisément dans les zones insulaires) ; stratégie couplée à la sensibilisation des populations sur les mesures de prévention et à la distribution des kits (solution de chlore et savon), (intégration WASH-Santé);
- La coordination et le suivi des activités de riposte avec les partenaires intégrant : la réunion des comités de gestion des épidémies, la mise en place d'équipes d'intervention (investigation), le suivi des stocks de sécurité, la gestion des données et l'implication des autorités ;
- L'organisation logistique et opérationnelle de la campagne de vaccination, les leçons apprises et perspectives ;
- Le renforcement des capacités à travers le réseau des sites sentinelles impliquant effectivement les autres acteurs du niveau communautaire, de même que la prise en charge des malades ;
- Du point de vue des résultats de cette vaccination et tenant compte de l'engagement des autorités, de la mobilisation des communautés et des partenaires on peut penser que cette approche peut être encouragée car elle semble constituer un outil précieux pour réduire ou freiner les flambées épidémiques
- L'organisation de la surveillance post vaccinale dans le dessein de comprendre les autres aspects liés à l'efficacité du vaccin et l'impact de ces interventions dans les communautés ;
- La poursuite du plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

Les discussions ont permis d'obtenir des informations relatives à cette approche validée par l'OMS ; et également d'avoir une idée des stocks prévisionnels et des possibilités de mobilisation de ces stocks.

**Nota Bene : La présentation sur les nouvelles directives des stocks de vaccins faite par le Dr. Alexandro Costa (Team Lead EVS) du Bureau de l'OMS à Genève est disponible sur le site web au même titre que les autres présentations.**



## 9. Panel sur les mécanismes de coordination, surveillance et systèmes d'alerte précoce et gestion de l'information.

Dr. Amara Jambai – Ministry of Health and Sanitation.

### Coordination

- un groupe de coordination nationale a été créé et répliqué au niveau du district.
- un plan d'intervention national a été élaboré
- un groupe de travail « présidentiel » a été créé pour mobiliser le soutien des donateurs
- des effets des actions de riposte aux flambées ont été observées sur une courbe épidémiologique, avec une coordination à temps plein de la mobilisation WASH et social.

### Défis et leçons apprises

- partager de l'information sur une base quotidienne à travers des réunions et de la distribution des mises à jour quotidiennes épidémiologiques.
- surveiller régulièrement la tendance de la maladie pour la détection précoce des flambées dans les quartiers.
- mise en place d'un mécanisme de coordination technique de lutte contre le choléra.
- implication des institutions publiques, en particulier les bureaux du Président et des différents Ministères de tutelle.
- engagement de la société civile et le secteur privé: les entreprises de téléphonie cellulaire (messages envoyés gratuitement), véhicules et d'autres soutiens logistiques fournis par les entreprises du secteur privé.

### Discussions : messages clefs

- l'épidémie de choléra doit être déclarée dans un délai raisonnable afin que les partenaires puissent répondre de façon appropriée.
- la coordination transfrontalière actuelle entre la Guinée et la Sierra Leone doit être considérée comme une « bonne pratique ».
- Il a été observé que la plupart des partenaires étaient WASH et que MSF a été pleinement engagé dans la gestion des cas.

**Le soutien des donateurs ne devrait pas dépendre d'une déclaration formelle d'une situation d'urgence humanitaire.**

## 10. « Extra Session » sur la Vaccination Orale contre le choléra (OCV).

Modératrice: Heather Papowitz (UNICEF).

Panelistes: Kate Alberti (UNICEF), Alejandro Costa (WHO), Iza Ciglenecki (MSF Geneva), Dr. Yocubi (MoH Guinée).

Cette session spéciale a souligné la nécessité de partager l'information sur les propriétés de la vaccination et les stratégies d'utilisation. Des enjeux comme la sécurité des vaccins, les ressources à long terme qui pourrait être détournés du WASH et les meilleurs options d'utilisation des vaccins.

Jusqu'à présent, Shanchol est le meilleur vaccin oral peut être donnée aux personnes âgées de plus d'un an. Il est nécessaire de livrer deux doses de vaccin avec un intervalle de deux semaines. Le vaccin est sûr et a montré une efficacité à 62% après trois ans. Les données sur l'efficacité dans quatre et cinq ans seront disponibles prochainement. Le prix est actuellement de 1.85 US\$ la dose. Il est présenté en ampoules

mono dose. Une recherche pour évaluer la thermo-stabilité du vaccin et l'efficacité d'une seule dose est en cours.

Le groupe international de coordination (IGC) en charge de la gestion des stocks au niveau mondiale a présenté que 800.000 doses sont disponibles pour la vaccination réactive et que 2.000.000 doses seront disponibles mi 2014.

Les ministères de la santé et les ONGs ont besoin de renseignements sur la vaccination. L'OMS et l'UNICEF travaillent à la préparation de « positions papers » et de documents informatifs. Les deux organisations soulignent que l'OCV devrait être utilisée en faisant partie de stratégies intégrées pour la prévention du choléra qui priorisent la planification, la coordination, la surveillance, le secteur WASH, la gestion des cas et la mobilisation communautaire. Le Ministère de la Santé de Guinée et MSF ont partagé leur expérience positive de l'utilisation de l'OCV comme riposte intégrée aux épidémies.

L'OMS et l'UNICEF recommandent l'utilisation de la vaccination dans des contextes épidémiques et endémiques. L'expérience d'utilisation de la vaccination a montré que cette vaccination semble faisable and acceptable. Il est extrêmement important de documenter l'utilisation de la vaccination avec la surveillance et la cartographie, pour bien identifier les zones de haut risque et aussi pour évaluer l'impact potentiel.

### **11. Préparation et réponse aux épidémies de choléra en 2013 au Niger.**

Dr. Abaché Ranaou, Directeur de la Surveillance et de la Riposte aux Epidémies-MSP

Sur les 12 épidémies enregistrées par le Niger depuis 1971, les quatre dernières ont connu un raccourcissement des intervalles inter épidémiques qui est passé d'environ 8 ans à un an. Des districts à risque, douze zones de (re)démarrage ont été identifiées qui font aujourd'hui l'objet d'investigations plus poussées pour mieux comprendre la dynamique de l'épidémie et mieux définir les stratégies de lutte.

#### **Défis/Questions**

Les principaux défis auxquels nous sommes confrontés sont les suivants : (i) faible mobilisation des ressources de l'Etat 10% décaissés sur une ligne budgétaire régulièrement alimenté, (ii) faible capacité des laboratoires des régions dans la confirmation des cas (iii) mobilité du personnel formé et plusieurs nouveaux agents affectés non formés, (iv) insuffisance de collaboration sous régionale (transfrontalière) dans la lutte et (v) mauvaise gestion des déchets biomédicaux sur les sites de prise en charge.

#### **Leçons apprises**

De cette lutte, nous retenons les leçons suivantes : (i) la désinfection systématique à base communautaire et dans le délai requis (24 heures) réduit la transmission et diminue les flambées, (ii) la promotion de l'assainissement total piloté par les communautés, (iii) l'existence d'une Task Force améliore considérablement la coordination, (iv) la réalisation des évaluations/études permet une meilleure compréhension de la dynamique de l'épidémie choléra et (v) la nécessité de mettre en place un mécanisme de surveillance à l'échelle « Sous-Régionale ».

#### **Perspectives**

Quelques perspectives à court, moyen et long terme à savoir : (i) l'élaboration d'un plan stratégique de surveillance et riposte 2014-2018 en tenant compte du contexte régional (transfrontalier) et des Recherches épidémiologiques, (ii) l'opérationnalisation du réseau national des laboratoires, (iii) l'amélioration de la transmission régulières des données, (iv) **la création d'un compte dépôt pour l'année**

**2014** au ministère des finances pour le compte du ministère de la santé pour loger les fonds des épidémies afin d'améliorer leur mobilisation et réduire les retards dans les interventions, (v) **la réalisation d'une étude** complémentaire sur la biologie moléculaire et les déterminants socio-anthropologiques et (vi) la poursuite de la mise en œuvre **du Schéma Directeur de l'alimentation en eau potable** des villages insulaires et riverains du fleuve par le Ministère de l'hydraulique et de l'Assainissement avec l'appui des PTF.

## **12. Vers l'élimination du choléra en Afrique : rôle moteur des pays et devoir d'accompagnement des partenaires.**

Didier Bompangue, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, RDC et  
Laboratoire Chrono-Environnement, UMR - CNRS, Université de Franche-Comté.

La brutale et violente flambée épidémique de choléra en Haïti, épidémie en cours depuis novembre 2010, est venue rappeler à ceux qui l'avaient déjà oublié, que le choléra demeure encore en ce début du 21<sup>e</sup> siècle, un des plus importants fléaux de santé publique dans le monde. La réponse de la communauté internationale à travers l'initiation d'un plan d'élimination du choléra en Haïti et en République Dominicaine témoigne de la prise de conscience du danger que pourrait représenter l'endémisation du choléra dans cette région du monde.

La rapidité de la structuration et de l'engagement international à avancer vers l'élimination du choléra dans l'île d'Hispaniola contrastent avec la léthargie et le peu d'intérêt général accordés à la gestion du choléra en tant que maladie en sur le continent africain

Pourtant, jusqu'en 2009, l'Afrique était le continent qui où plus de 95% des cas et 99% de décès dû au choléra on été rapportés dans le monde. Les flambées épidémiques à répétitions ont totalement désorganisé les systèmes de santé des pays touchés par ces épidémies récurrentes.

Heureusement, des expériences positives permettant d'entrevoir différemment le futur dans la lutte contre le choléra en Afrique ne manquent pas tant à l'échelle mondiale qu'à l'échelle de l'Afrique.

Le plan stratégique multisectoriel d'élimination du choléra en RDC (2013-2017) récemment adopté par le Ministère de la Santé Publique de la République Démocratique du Congo avec l'appui des partenaires techniques comme l'OMS et l'UNICEF est un modèle de ce que devrait être l'organisation de la lutte contre le choléra actuellement dans les pays d'Afrique.

*«L'épidémiologie du choléra dans les pays d'Afrique permet de dire que l'élimination est possible. Soyons courageux, ambitieux et osons l'élimination car elle est possible ».*

(Didier Bompangue - Université de Kinshasa – Université de Franche Comté).

### 13. Panel des bailleurs internationaux sur le financement de la lutte contre le choléra: Mises à jour et perspectives.

Max Schott- Humanitarian Affairs Officer au Bureau Regional Afrique de l'Ouest et Central OCHA

OCHA a effectué une présentation portant sur les contributions humanitaires faites au sujet pour lutter contre le choléra (par pays, par bailleurs, par agence requérante) dans les 24 pays de l'Afrique de l'Ouest et Centrale pendant les 10 dernières années. Au total, entre janvier 2004 et septembre 2013, plus de 151 millions de US\$ ont été mis à disposition pour les projets « cholera », tels qu'enregistrés dans le Financial Tracking System (FTS). Ce chiffre doit être lu avec prudence car seules les contributions enregistrées sur FTS et pour lesquelles le mot « choléra » est mentionné dans la description sont reflétées. Ainsi, il est possible d'identifier une augmentation constante des contributions depuis 2004 qui ont atteint un montant de 45 millions US\$ l'année 2012. OCHA a aussi rappelé l'existence du Fonds central d'intervention d'urgence (CERF - Central Emergency Response Fund) qui peut être sollicité en cas d'épidémie de choléra (selon les critères de sauvegarde de vie)

Christophe Valingot - Coordonnateur Régional du Secteur Eau et Assainissement au Bureau Régional d'ECHO.

ECHO s'intéresse particulièrement à la problématique choléra en Afrique de l'Ouest et Centrale.

Le financement de la réponse au choléra se fait soit au travers des budgets pays (country HIP), soit au travers d'une ligne de financement spécifique pour la réponse aux épidémies (HIP Epidemic 2). Ces dernières années, la part du financement du HIP Epidemic dédié à la lutte contre le choléra n'a fait qu'augmenter, pour atteindre plus de 4 M € en 2012 pour l'Afrique de l'Ouest.

Les épidémies de choléra touchent l'ensemble des pays de la région, les pays côtiers aussi bien que le Sahel - et l'Afrique Centrale ;

Alors que les épisodes épidémiques sont récurrents et que la fréquence devient plus importante, la réponse des Etats et de la communauté humanitaire n'a toujours pas la rapidité et la qualité souhaitée, et la mortalité reste supérieure au seuil acceptable de 1% défini par l'OMS.

Avec des épisodes inter-épidémiques pouvant atteindre 3-4 ans, la mémoire institutionnelle semble disparaître et les réponses apportées face à de nouvelles flambées ne tiennent pas compte des leçons du passé et des avancées des stratégies de lutte dans la région.

Suite à ce constat, le bureau ECHO pour l'Afrique de l'Ouest a élaboré une stratégie de financement de la lutte contre le choléra basée sur le travail de capitalisation régionale, qui comprend plusieurs volets :

- la préparation et le renforcement des capacités (y compris en période inter-épidémique)
- la réponse précoce, dès l'apparition des premiers cas dans un pays
- la réponse d'urgence - à l'échelle - si démarrage épidémique
- l'évaluation de la réponse et la capitalisation / identification des besoins en renforcement
- le plaidoyer pour les investissements à long terme de réduction du risque cholera dans les zones les plus affectées et le renforcement des systèmes de santé.

L'objectif de cet appui financier spécifique est d'améliorer la cohérence, la rapidité et la qualité des interventions de réponse aux épidémies de choléra en Afrique de l'Ouest, tout en renforçant les capacités de gestion de ces épidémies par les Ministères de la Santé.

---

[1] La part du financement ECHO dans la réponse au cholera représente 19% du montant total des financements internationaux mobilisés depuis 2004, selon OCHA (FTS tracking)

[2] Le texte officiel de la décision épidémie (HIP Epidemic) peut être trouvé à l'adresse suivante :  
[http://ec.europa.eu/echo/files/funding/decisions/2013/HIPs/epidemics\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/echo/files/funding/decisions/2013/HIPs/epidemics_en.pdf)

## IV. Synthèse des principales recommandations thématiques des travaux de groupe

Les travaux de groupe ont été organisés sur les 3 thèmes suivants :

- renforcement des systèmes de santé nationaux et sous-régionaux (deux groupes)
- coordination intersectorielle
- aspects transfrontaliers

Les principes de base des travaux de groupe étaient :

- reconnaissance des processus initiés pour la lutte contre le choléra dans les dernières années (on ne part pas de rien)
- pas une nouvelle série de recommandations, juste la mise en exergue de certains points clés
- choix démocratique des sujets à mettre en avant par les acteurs nationaux spécialistes de la lutte contre le choléra – et non des thèmes imposés par le comité de facilitation

Les groupes de travail ont été définis par bassins sous-régionaux, afin notamment de faciliter les discussions sur les aspects transfrontaliers.

Groupe 1	Bassin Fleuve Niger	Mali, Niger, Burkina Faso
Groupe 2	Bassin Lac Tchad	Cameroun, Tchad, Niger, Nigeria
Groupe 3	Cote Atlantique (Golfe de Guinée + Sénégal)	Sénégal, Guinée Bissau, Guinée
Groupe 4	Golfe de Guinée (Ouest)	Guinée, Sierra Leone, Liberia, Côte d'Ivoire
Groupe 5	Golfe de Guinée (Est)	Côte d'Ivoire, Togo, Ghana, Benin

### Organisation des travaux de groupe

Le comité d'organisation avait organisé en 20 sous-thèmes sens exact ?

- des conclusions de l'Atelier de Dakar et de l'Afro-Mémorandum OCHA-OMS-Unicef de 2008,
- des accords d'Abuja d'octobre 2010,
- des résolutions de la 64<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé de mars 2011,
- des propositions de l'Atelier de Maroua de décembre 2011,

Les sous-thèmes avaient été répartis en fonction des 3 thématiques de l'atelier (renforcement des systèmes de santé nationaux et sous régionaux, coordination multisectorielle, aspects transfrontaliers). La liste des 20 sous-thèmes avec les références aux recommandations est présentée en annexe 1.

Chaque participant avait à sa disposition les recommandations des précédents ateliers dans leur formulation originelle, organisée sous forme d'un tableau par thématique (voir annexes 2 et 3).

Chaque groupe a ainsi pu travailler un ou plusieurs sous-thèmes lors de l'atelier HHA, afin de mettre en exergue les points spécifiques les plus importants, en s'appuyant, au besoin, sur les recommandations passées.

Chaque sous-thème développé par les groupes l'ont été avec trois angles de discussion : état des lieux, obstacles et ce qu'il reste à faire.

## Résultats des travaux de groupe

### THEME I- Renforcement des systèmes de santé nationaux et sous-régionaux

**Sous thème** - Recherche épidémiologique renforcée et ciblage des zones à risque et des populations vulnérables **(Mali, Niger, Burkina Faso)**

**Sous thème** - Surveillance et détection à base communautaire **(Niger, Nigeria, Tchad, Cameroun)**

#### Etat des lieux

- (+) Etude épidémiologique du bassin du lac Tchad avec identification des espaces à haut risque;
- (+) Réunions transfrontalières pendant la réponse épidémique;
- (+) Actions WASH durables avec sensibilisation mais pas en lien avec la surveillance détection communautaire ;
- (-) Initiatives communautaires ;
- (-) Prévention WASH découplée de la détection communautaire ;
- (-) Définition communautaire existante mais communiquée uniquement lors de la réponse ;

#### Obstacles

- Moyens financiers faibles pour les agents de santé communautaires;
- Focus réduits en dehors des épidémies;
- Distance entre les Centres de Santé et les foyers des communautés affectées;
- Populations nomades ou flottantes à risque échappant au système de santé;
- Manque de financement des plans de contingence;

#### Ce qu'il reste à faire

- Investissement communautaire durable WASH par-delà l'urgence épidémique;
- Communication transfrontalière inter-santé mais aussi communautaire de détection des cas profanes à l'échelle du district etc.;
- Opportunité de former les agents de santé à rapporter les rumeurs et les communiquer en zone transfrontalière ;
- Une étude épidémiologique au niveau pays et à l'échelle du bassin;
- mieux utiliser la proximité de laboratoires dans le pays voisin pour raccourcir le temps d'attente des résultats;
- étude des souches microbiologique;
- diffusion des données d'un secteur à un autre; cadre transfrontalier d'échanges;
- utiliser les données épidémiologiques pour proposer des activités de prévention dans les zones et pour les populations cibles et déblocage rapide des fonds au moment de l'urgence.

## THEME II - Coordination intersectorielle

**Sous thème** - Ciblage des zones, des populations à risque, et des facteurs à risque avec appui de la recherche (**Sénégal, Guinée- Bissau, Guinée**) et (**Sierra Leone, Guinée et Liberia**)

**Sous thème** - Renforcer le WASH pour réduire le choléra / maladies diarrhéiques - à long terme (**Guinée, Sierra Leone, Liberia**)

### Etat des lieux

- (+) Echange de bulletins hebdomadaires entre Guinée, Sénégal, Gambie et Mali (niveau central)
- (+) Réunion transfrontalière Sénégal-Mali et Mauritanie
- (-) Les échanges d'informations ne sont pas formalisés entre pays
- (-) Difficultés d'accès aux informations de Guinée Bissau, Mauritanie
- (-) Difficulté de faire avancer la réunion transfrontalière entre Guinée et Guinée Bissau

### Obstacles

- Manque de ligne de communication clairement établie
- Absence d'unité de coordination élue pendant la réunion avec des Termes de Références précis.
- Absence de suivi des recommandations

### Ce qu'il reste à faire

- Mettre en place une unité de coordination transfrontalière formelle avec TDR claires (composition, missions, fonctionnement,...)
- Mettre en place un cadre de communication formelle entre les pays (présidence tournante)
- Demande d'engagement des pays d'ici 2014 d'élaborer des plans de prévention, préparation, et réponse au cholera disponible, opérationnel et actualise en période inter épidémique
- Développer le partenariat entre le secteur WASH et les Ministères de la santé avec les institutions / partenaires scientifiques pour appuyer la recherche nécessaire;
- Développer des programmes de recherche sous-régionale ;
- Développer les capacités de recherches sur le cholera dans les pays (MoH, les écoles de santé publique, etc.)
- Les acteurs du développement sont présents, mais ne sont pas nécessairement liés à des programmes sur le choléra. Il est nécessaire de les amener à s'intéresser aux "points chauds" connus.
- Faire un plaidoyer pour des plans à long terme avec les acteurs du développement en mettant l'accent sur les zones à haut risque liées aux plans pluriannuels multisectoriels sur le choléra.

## THEME III - Aspects transfrontaliers

**Sous thème** - Echange d'information et plateformes transfrontalières (**Guinée, Sierra Leone, Liberia**)

**Sous thème** - Financement national des coopérations transfrontalières (**Ghana, Benin, Togo et Côte d'Ivoire**)

### Etat des lieux

- Collaboration entre les trois pays au cours des épidémies et des réunions organisées, rencontre transfrontalière entre la Sierra Leone et la Guinée, avec ACF et maintenant des officiers de surveillance nationale du district frontalier qui ont des réunions régulières.



- Coordination au niveau du district frontalier (Kambia) et continuer à apprendre de l'exemple de la coordination sur la poliomyélite à la frontière.
- Récente réunion organisée par le HCR avec les principales parties prenantes au sujet de la planification d'urgence en cas d'afflux de population

#### **Obstacles**

- Barrière de la langue

#### **Ce qu'il reste à faire**

- Rédiger un Protocole d'accord entre les deux pays pour une collaboration transfrontalière.
- Définir les modalités des échanges transfrontaliers avec précision lors d'un prochain sommet **multilatéral** de type Abuja,
- Mettre en place une plateforme multisectorielle transfrontalière pour mettre en œuvre des interventions Wash long terme dans les « zones à risques » du choléra.
- Tenir des réunions régulières transfrontalières avec un plan clair et des résultats attendus;
- Editer un bulletin hebdomadaire "Choléra" qui comprend l'analyse faite par une organisation (à désigner) et partager avec tous les intervenants présents sur cette problématique transfrontalière.

## V. Synthèse des recommandations de l'atelier.

En tenant compte des recommandations faites depuis 2008 dans le cadre de la lutte contre le choléra en Afrique de l'Ouest et du Centre, et notamment :

- des conclusions de l'Atelier de Dakar et de l'Afro-Mémorandum OCHA-OMS-Unicef de 2008,
- des accords d'Abuja d'octobre 2010,
- des résolutions de la 64<sup>ème</sup> Assemblée mondiale de la Santé de mars 2011,
- des propositions de l'Atelier de Maroua de décembre 2011,
- des conclusions de l'Atelier sous Régional de Kinshasa en mars 2013.

**Les participants de l'atelier technique HHA sur le choléra en Afrique de l'Ouest et du Centre ;**

Reconnaissent la pertinence des précédentes recommandations et soulignent certaines avancées et bonnes pratiques ces cinq dernières années dans le cadre de la lutte contre le choléra ;

Soulignent l'importance

- qu'un comité de suivi accompagne la mise en œuvre des recommandations adressées aux parties prenantes (gouvernements, agences, mécanismes de coordinations...)
- qu'un plan d'action soit disponible avant la fin de l'année 2013 et mis en œuvre dès le début de l'année 2014.
- de poursuivre le ciblage des zones à haut risque du choléra et des populations vulnérables au choléra.

Et **recommandent les actions suivantes :**

### Réponses multisectorielles au niveau national

1. Développer et soutenir les capacités locales de surveillance de première ligne à base communautaire.
2. Renforcer la surveillance en matière de détection précoce en améliorant ainsi la rapidité du diagnostic du choléra par le pré-positionnement des tests de diagnostics rapides (TDR) pour accélérer la déclaration des épidémies et le soutien aux laboratoires (formations et intrants).
3. Développer la recherche sur le choléra aux niveaux régional, sous-régional et national, en associant le renforcement des capacités locales dans les pays de la région et les investigations des contextes de transmission ainsi que les études d'impact.
4. Renforcer, par des approches transdisciplinaires, l'identification des zones à haut-risques et des populations vulnérables au choléra.
5. Renforcer la mise en œuvre des plans de préparation et de riposte par le déblocage des fonds et le pré-positionnement d'intrants essentiels afin de permettre une prise en charge précoce des populations vulnérables et dans les zones d'accès difficile.

6. Utiliser les outils d'information géographique (SIG, GPS), les résultats de la biologie moléculaire, et les avancées comme la vaccination ciblée (zones difficiles d'accès et à hauts-risques) en tant que partie intégrante des stratégies de réponse opérationnelle.
7. Mettre en œuvre des stratégies multisectorielles de préparation, de réponse rapide et de réduction des risques basées sur les bonnes pratiques identifiées dans la région.

### **Dynamiques transfrontalières**

8. Développer une stratégie multisectorielle régionale d'élimination du choléra en Afrique de l'Ouest et du Centre en mobilisant tous les acteurs sur cet objectif commun.
9. Encourager les accords bilatéraux et multilatéraux qui définissent les modalités de coopérations transfrontalières.
10. Accélérer le partage hebdomadaire des données épidémiologiques du choléra dans les pays de la région en précisant les alertes transfrontalières.

### **Mécanismes de financement et leadership**

11. Soutenir un plaidoyer pour le financement à long terme en lien avec les acteurs de développement dans les zones à haut risque pour le choléra et obtenir l'engagement des bailleurs internationaux et des partenaires techniques et financiers d'intégrer la lutte contre le choléra dans leur stratégie d'appui au développement.
12. Assurer la disponibilité par les Gouvernements des fonds d'urgence pour la lutte contre les épidémies.

## VI. Prochaines étapes

Organiser un atelier, proposer des recommandations et créer une dynamique forte avec l'ensemble des partenaires de la Région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre n'est qu'une étape qui doit impérativement être suivie par des actions précises et un engagement fort de **chaque partie prenante** dans la lutte contre le choléra.

C'est dans ce cadre que le Comité d'organisation de cet atelier propose aux partenaires les étapes suivantes au vu des discussions et recommandations de l'atelier ;

- Création d'un **Comité de suivi** des recommandations établies représentant l'ensemble des acteurs au niveau régional qui sera en charge d'élaborer **un Plan d'action** pour assurer une mise en œuvre des actions dès le début de l'année 2014.
- Afin de garder une dynamique forte entre les partenaires investis dans la lutte contre le choléra (par-delà le Comité de suivi), un Forum de discussion sera créé dans les prochaines semaines.
- Au vu des besoins d'échanges concernant le Bassin « des Grands Lacs », un atelier technique sous régional devra se tenir dans le courant du 1<sup>er</sup> semestre 2014.
- Les agences membres du partenariat HHA qui ont participé à l'atelier assurent un plaidoyer à la réunion régionale des Directeurs de HHA (en novembre 2013) pour un engagement politique et financier de HHA sur les priorités qui seront reprises dans l'agenda (financement de l'atelier du Bassin des Grands Lacs,...).
- Le Comité de suivi s'engage à **travailler étroitement avec HHA** :
  - pour un plaidoyer auprès des Etats de la Région pour permettre l'adoption d'accord bilatéraux et multilatéraux en vue de la création de cadres pour la coopération transfrontalière
  - obtenir un engagement fort des Gouvernements dans la lutte contre le choléra en suivant les principes de la déclaration de Paris.
  - pour que HHA joue un rôle dans la coordination et le suivi de la mise en œuvre des stratégies nationales et régionales et de ces recommandations.

## Conclusion

La tenue de cet atelier a initié une dynamique forte entre les différentes délégations et partenaires. **L'élimination du choléra en Afrique est techniquement possible.** Si toutes les parties prenantes tant techniques que politique s'alignent derrière cet objectif, alors **cette ambition sera atteignable.**

Il s'agit maintenant d'entretenir et de poursuivre la mobilisation de tous afin de continuer le renforcement de la coordination entre les partenaires et le **développement d'une vision commune dans la lutte contre le choléra en Afrique de l'Ouest et du Centre**

## Annexe 1 : LISTE PARTICIPANTS

1 WAHO	Dr Félicité Chokki-Lalaye
2 WHO	Alexandro Costa
3 WHO	Nsenga Ngoy
4 WHO	Sebastiao Nkunku
5 WHO	Berthé Adama
6 WHO	Adzodo René
7 ECHO	Christophe Valingot
8 ECHO	Jean-Louis Mosser
9 UNICEF	Francois Bellet
10 UNICEF	Jerome Pfaffmann
11 UNICEF	Kathryn Alberti
12 UNICEF	Heather Papowitz
13 UNICEF	Marie-Thérèse Guigui
14 UNICEF	Remy Mwamba
15 UNICEF	Olivier Krins
16 UNICEF	Gloria Puertas
17 UNICEF	Pierre Yves Oger
18 MEAHA	Issa Boro
19 Ministère Sante	Martin Yamba Beyas
20 UNICEF	Marie Josee Deblois
21 UNICEF	Racine KANE
22 UNICEF	Mika Kunieda
23 SAVE THE CHILDREN	Fatou Mbow
24 SAVE THE CHILDREN	Amie Kone
25 ACF	Anne Berton
26 ACF	Jainil Didaraly
27 ACF	Jessica Dunoyer
28 MSF	Stephane Doyon
29 MSF	Yann Lelevrier
30 MSF	Iza Ciglonecki
31 MSF Spain	Jamal Mrrouch
32 Alima	Géza Harcsi
33 Alima	Richard Kojan
34 Alima	Eric Barte de St Fare
35 Oxfam	Joachim Peeters

36 IOM	Jean François Aguilera
37 SOS Villages d'enfants	Benedetta Niederhaeusern
38 SOS Villages d'enfants	Laurie Foucteau
39 OCHA	Max Schott
40 Solidarites International	Sophie Kehren
41 Université de Franche Comté & ECDC	Sudre Bertrand (Dr)
42 Université de Marseille (AP-HM)	Renaud Piarroux (Pr)
43 Université de Marseille (AP-HM)	Sandra Moore
44 Université Kinshasa/Franche Comte	Didier Bonpangue
45 Africhol	Delphine Sauvageot
46 INTERNATIONAL MEDICAL CORPS	Atilio Rivera - Vasquez
47 INTERNATIONAL MEDICAL CORPS	Topher Finley
48 IRC	Justine Landegger
49 IRC	Ruwan Ratnayake
50 Secretariat HHA	Alice Soumare
51 ADRA Senegal	Michel-Andre KANOR
52 Fonds Mondial	Sarah Watson
53 Ministere Santé NIGER	Hamido GARBA
54 CISP NIGER	Fabrizio Cavalazzi
55 Fed.Min of Water Resources	Felicia Bimpe Ojeyongi
56 Ministere Santé SENEGAL	Ibrahim Oumar BA
57 Ministere Santé SENEGAL	Koura Coulibaly
58 Ministere Hydraulique et Assainissement	Thiam
59 OMS SENEGAL	Malang Coly
60 Ministere Sante SENEGAL	Jerome Clouzeau
61 Ministry of Health and Sanitation	Amara Jambai
62 Ministry of Health and Sanitation	Theresa Mariama Boima
63 Freetown Urban Consortium Coord.	Johnson Mubatsi
64 UNICEF	Faustin Ekah Ekwele
65 Ministere Santé	Ali Abdoulaye Abderaman
66 INHP	Emilienne N'Guetta
67 OMS RDC Vital	Mondongue MAKUMA
68 OMS RDC Kanembe	Marie Rosine SAMA
69 UNICEF – DRC	Rose Nkiko
70 DHP	Fanta Comara DALI
71 OMS	Bisimwa Ruhana

72 UNICEF	Amelie Leduc
73 Ministry of Health	Emmanuel Dzotsi
74 Ministry of Water Resources	Enoch Ofosu
75 Ministère Santé	Yacouba Kande
76 UNICEF	Alama Keita
77 UNICEF	Katrin Lopes Rodrigues
78 Ministry of Health and Social Welfare	Edith Marten Horace
79 UNICEF	Mussa Uwesu
80 DNS	Ibrahim Cisse
81 Solidarites International	Anne-Gaelle Lebeau
82 Ministère Sante Publique	Ranaou Abache
83 Ministère Eau	Hamidou Garba

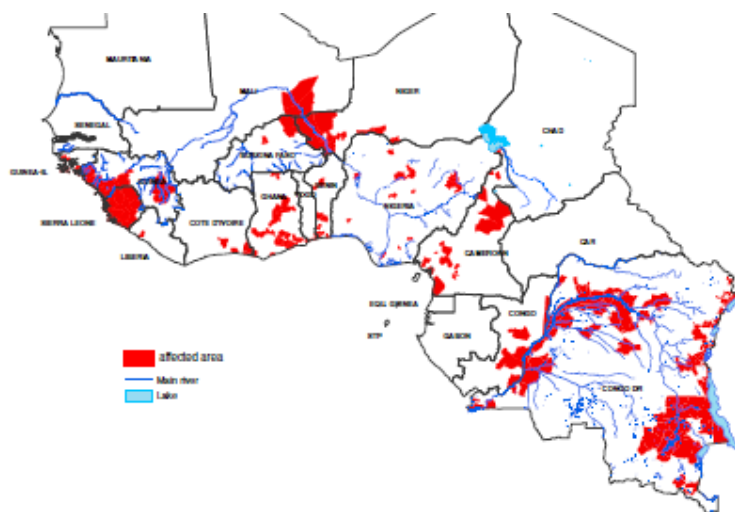
**Harmonization for Health in Africa (HHA)**  
**Atelier technique sur le choléra en Afrique de l'Ouest et Centrale**  
**Note Technique pour les Participants à l'Atelier**

**1. Aperçu général de la situation actuelle du choléra en Afrique de l'Ouest et Centrale**

Le choléra est endémique dans plus de 50 pays, la plupart se trouvant en Asie et en Afrique<sup>2</sup>. La septième pandémie, qui a débuté en 1961, affecte quelque 3 000 000 voire 5 000 000 de personnes causant ainsi entre 100 000 et 120 000 morts chaque année. En 2011, la 64<sup>ème</sup> Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) a reconnu que le choléra n'est pas suffisamment pris en compte, malgré sa prévalence sous forme épidémique dans les zones endémiques et non endémiques, causant des souffrances chez des millions de personnes, notamment parmi les populations vulnérables<sup>3</sup>.

La région d'Afrique de l'Ouest et Centrale (AOC) est sévèrement affectée. En 2012, 15 pays ont connu des épidémies de choléra (Figure 1), avec un total de 81 728 cas rapportés et un taux de létalité de 1,8%, donc supérieur au taux de létalité global déclaré pour le choléra (1,2% en 2012)<sup>4,5</sup>. Avec les standards actuels de soins, on estime que la mortalité liée au choléra pourrait être réduite à 0,2%, même dans des milieux aux ressources limitées<sup>6</sup>.

**Figure 1: Régions affectées par des épidémies de choléra en Afrique de l'Ouest et Centrale, Semaines 1-52, 2012**



Source: UNICEF WCARO, Février 2013

<sup>2</sup> Harris JB et al. Cholera. Lancet 2012;379, 9835, 2466-76

<sup>3</sup> WHO 2011. 64th World Health Assembly (WHA), Geneva, 16-24 May 2011. Resolutions and Decisions [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64-RECI/A64\\_RECI-en.pdf#page=21](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-RECI/A64_RECI-en.pdf#page=21)

<sup>4</sup> UNICEF WCARO Cholera Weekly Update, Week 52, 2012

<sup>5</sup> WHO WER 31, 2013, 88, 321–36

<sup>6</sup> Harris JB et al. Cholera. Lancet 2012;379, 9835, 2466-76



En 2011, le poids de la maladie dans la région d'Afrique de l'Ouest et Centrale était même plus lourd avec 105 393 cas et des taux de létalité rapportés allant de 2,3 à 4,7%<sup>7</sup>. En 2013, un total de 20 608 cas de choléra et un taux de létalité général de 1,9% ont été enregistrés entre la 1<sup>ère</sup> et la 26<sup>ème</sup> semaine dans la région, parmi lesquels 17 987 cas (87%) ont été enregistrés en République Démocratique du Congo.<sup>8</sup>

Le nombre de cas rapportés en AOC est sans doute considérablement sous-estimé en raison de l'inadéquation des laboratoires et des structures de prise en charge des cas (en particulier dans les zones rurales) et des systèmes de surveillance épidémiologique, ainsi que des mesures économiques, sociales et politiques n'incitant pas au rapportage effectif des cas<sup>9,10,11</sup>. L'OMS estime que les cas officiellement rapportés, selon la définition des normes de cas de l'OMS, ne représentent que 5 à 10% du nombre total de cas apparaissant annuellement à travers le monde<sup>12</sup>. L'UNICEF fait savoir qu'il est important d'enregistrer les cas observés chez les enfants de moins de 5 ans et de traiter ceux présentant une diarrhée aqueuse aiguë indépendamment de cette définition de cas<sup>13</sup>. En 2002, Lanata & al ont démontré, en utilisant 0,05% comme proportion des cas de diarrhée supposée être causés par le choléra, qu'au niveau mondial, 11 millions de cas de choléra font leur apparition chaque année chez les enfants de moins de 5 ans<sup>14</sup>.

En Afrique de l'Ouest et du Centre, les populations affectées en premiers lieux appartiennent souvent à des groupes sociaux bien spécifiques, demeurées hautement vulnérables au choléra dans des espaces transfrontaliers, maritimes ou lacustres<sup>15</sup>. Les reprises épidémiques semblent plus relever d'un phénomène de métastabilité entretenu par les mouvements de populations, que d'une réelle endémicité quand bien même supportée par les milieux aquatiques. Les épidémies les plus explosives apparaissent comme rebondissant en saison des pluies après l'apparition de cas de choléra souvent sous-estimés à l'intersaison en saison sèche, ou en persistance de l'année civile précédente

Sur la base d'investigations réalisées par ACF au Tchad (2011), en Sierra Leone et en Guinée (2012), la Plateforme Régionale de Choléra d'Afrique de l'Ouest et Centrale a validé la catégorisation faite par ACF des principaux contextes de transmission du choléra en AOC. Ils se présentent comme suit: a) par l'eau de boisson ; b) lors des rassemblements de population ; c) au sein de groupes sociaux-professionnels spécifiques ; d) en intra-domiciliaire ; e) au sein des structures de prises en charge ; f) durant les funérailles<sup>16,17</sup>.

---

<sup>7</sup> [http://www.unicef.org/media/media\\_60032.html](http://www.unicef.org/media/media_60032.html)

<sup>8</sup> UNICEF WCARO. Cholera Weekly Cholera Update, Week 26, 2013

<sup>9</sup> Sack DA. When should cholera vaccine be used in cholera-endemic areas? J Health Popul Nutr 2003; 21: 299-303

<sup>10</sup> Griffith DC et al. Review of reported cholera outbreaks worldwide, 1995-2005. Am J Trop Med Hyg 2006; 75: 973-7

<sup>11</sup> Zuckerman JN et al. The true burden and risk of cholera: implications for prevention and control. Lancet Infect Dis 2007; 7: 521-30

<sup>12</sup> Ali M., et al. Bulletin of the WHO 2012;90:209-18A

<sup>13</sup> UNICEF. Cholera Toolkit. 2013

<sup>14</sup> Lanata CF, Mendoza W, Black RE. Improving diarrhoea estimates. WHO 2002

<sup>15</sup> UNICEF. Cholera Outbreak in WCA: Weekly Update, 2013 (Week 26)

<sup>16</sup> ACF-UFC. Le choléra au Tchad en 2011 et les stratégies d'intervention associées. Stratégie du coup de poing : définition du mécanisme de réponse d'urgence Surveillance transfrontalière et Stratégie du bouclier.

<http://wca.humanitarianresponse.info/fr/system/files/documents/files/Rapport%20ACF%20%20cholera%20Tchad%202011.pdf>

<sup>17</sup> ACF-UFC. Le choléra transfrontalier en Sierra Leone et Guinée en 2012 et les stratégies d'intervention associées.

[http://wca.humanitarianresponse.info/en/system/files/documents/files/RapportCholera\\_2013.pdf](http://wca.humanitarianresponse.info/en/system/files/documents/files/RapportCholera_2013.pdf)

## I. Principales composantes des stratégies de préparation et de réponse/lutte contre le choléra

Des interventions rapides et efficaces sont nécessaires pour réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux épidémies de choléra. Les capacités de préparation et de réponse sont intimement liées, d'autant plus que la prise en charge efficace du choléra n'est possible qu'à travers la combinaison de stratégies. Pour une planification rationnelle des interventions, les décideurs politiques et les acteurs doivent connaître le poids causé par la maladie et les populations à risque.

Au niveau global, les stratégies actuelles de lutte ne se sont pas avérées très efficaces dans les régions du monde les plus affectées par le choléra, et beaucoup de questions demeurent en suspens<sup>18</sup>, avec notamment le cas des récentes épidémies apparues en Haïti, au Pakistan et au Zimbabwe dont les échecs ont mis en évidence des lacunes<sup>19</sup>.

### Préparation

L'OMS et l'UNICEF plaident en faveur de solides programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques comme meilleur moyen de prévention des épidémies<sup>20</sup>. Sur le long terme, l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable, de l'hygiène personnelle et un assainissement adéquat sont les meilleurs moyens de prévenir le choléra. Ceci doit être combiné avec l'éducation sanitaire, des systèmes d'alerte précoce et de surveillance très bien structurés, des évaluations judicieuses des risques épidémiologiques, la disponibilité d'agents de santé bien formés, des capacités de diagnostic et des intrants médicaux, ainsi que la mise en œuvre de la communication pour le changement de comportement et le changement social au niveau des communautés. En outre, les politiques et stratégies opérationnelles notamment la coordination, la planification, la logistique et approvisionnements, ainsi que les stratégies de communication tant à l'intérieur qu'au delà des frontières sont nécessaires pour mener à bien des programmes de lutte contre le choléra efficaces et mis en œuvre en temps opportun.

Dans le Cadre Régional Intégré de la Surveillance et de la Riposte à la Maladie, l'OMS et l'UNICEF recommandent conjointement l'élaboration de **Plans Nationaux Multisectoriels de Préparation et de Riposte à l'Urgence Choléra** et d'y inclure les éléments suivants:

- Mesures de coordination, de mise en œuvre et de suivi de la lutte: qu'est-ce qui doit être fait, quand et par qui, comment l'information doit-elle circuler, comment les responsabilités sont-elles assignées (ou partagées) entre les institutions (et au sein des institutions entre les agents), qui prend les décisions, qui est responsable à chaque niveau ;
- Stocks et Logistique: qu'est-ce qui est disponible et qu'est-ce qui est nécessaire, où sont distribués les stocks, comment sont-ils distribués, quand et comment sont-ils renouvelés, comment y accéder;
- Communication: Comment faciliter le dialogue communautaire sur le choléra et la diarrhée dans les zones affectées, sans susciter la peur et la panique (stratégie de planification) et quel est le matériel de communication (cartes, schémas, graphiques, etc.) à produire et à pré-positionner pour faciliter le dialogue communautaire;
- Capacités nationales: comment renforcer les capacités nationales afin de s'assurer qu'elles mettent en œuvre et suivent de manière efficiente les mesures de lutte, qu'elles utilisent adéquatement le

<sup>18</sup> Harris JB et al. Cholera. Lancet 2012;379, 9835, 2466-76

<sup>19</sup> Ryan ET (2011) The Cholera Pandemic, Still with Us after Half a Century: Time to Rethink. PLoS Negl Trop Dis 5(1): e1003. doi:10.1371/journal.pntd.0001003

<sup>20</sup> <sup>20</sup> Un cas de choléra doit être suspecté lorsque : (1) dans une zone qui n'est pas connue pour héberger la maladie, un patient âgé de 5ans ou plus, développe une déshydratation sévère ou décède des suites d'une diarrhée aqueuse aiguë, ou (2) dans une zone où il y a épidémie, un patient âgé de 5ans ou plus, développe une diarrhée aqueuse, avec ou sans vomissement. Un cas de choléra est confirmé lorsque le Vibrio Cholerae O1 ou O139 est isolé de quelconque patient présentant la diarrhée.

<sup>21</sup> Cholera preparedness UNICEF/WHO joint recommendations

[http://www.unicef.org/wcaro/documents\\_publications\\_2431.html](http://www.unicef.org/wcaro/documents_publications_2431.html)

matériel, facilitent le dialogue communautaire et diffusent les messages appropriés de manière efficace ;

- Mobilisation des ressources: comment développer une stratégie afin de mobiliser des fonds et des partenaires rapidement.

## Réponse/lutte contre le choléra<sup>22</sup>

### Détection des cas

L Le sous-rapportage global des cas de choléra produit un impact négatif sur les efforts de lutte. Lors d'une épidémie, les meilleures mesures de contrôle sont la détection précoce des cas et un rapide traitement des patients. La surveillance aux portes d'entrée des reprises épidémiques du choléra demeure un élément clé, conjointement avec la mise en place de sites sentinelles et de systèmes affûtés d'alerte précoce<sup>23</sup>. La 64<sup>ème</sup> résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé a exhorté les États membres à "renforcer la surveillance et le rapportage du choléra conformément au Règlement Sanitaire International de 2005", et à "intégrer la surveillance du choléra efficacement dans les systèmes généraux de surveillance à travers le renforcement des capacités locales pour la collecte et l'analyse des données y compris des informations sur les facteurs déterminants tels que les sources d'eau, la couverture en assainissement, les conditions environnementales et les pratiques culturelles"<sup>24</sup>.

La surveillance du choléra doit faire partie d'un système de surveillance intégré des maladies incluant des remontées d'informations au niveau local et le partage d'informations au niveau global. L'utilisation de la définition standard des cas de l'OMS permettra d'avoir une estimation plus précise du poids du choléra et faciliter ainsi un appui plus durable. Même s'il est avéré que la mobilité humaine joue un rôle clé dans le développement des schémas de dynamiques régionales d'épidémies de choléra<sup>25,26</sup>, la détection des cas transfrontaliers est souvent entravée par le manque de mécanismes formels de revue et de partage d'informations entre pays voisins et l'absence de ressources et de mécanismes de mise en œuvre d'interventions transfrontalières.

Lors de la 64<sup>ème</sup> Assemblée Mondiale de la Santé, il fut demandé au Directeur Général de l'OMS de "d'aller plus loin dans la promotion de la recherche et d'encourager la surveillance, sur l'émergence de variantes altérées et de souches pharmaco-résistantes de vibron cholérique", certaines d'entre elles étant plus virulentes<sup>27</sup>. Par exemple dans la région AOC, le vibrio appartient justement à la souche plus virulente, El tor « atypique » mais avec gène codant pour la toxine classique. Les pays sont encouragés à faire les tests pour les 2 sérogroupes O1 et O139 lors du diagnostic de l'infection au vibron cholérique<sup>28</sup>. L'épidémiologie moléculaire, le suivi continu de la susceptibilité antimicrobienne et la localisation proactive de la souche sont des outils importants pour l'obtention de données qui guideront l'adaptation des politiques de lutte contre le choléra aux niveaux national et global.

### Mesures de lutte contre la transmission

La stratégie d'intervention repose principalement sur l'intégration de deux domaines l'EAH (Eau, Assainissement, Hygiène) et l'épidémiologie. C'est l'investigation terrain du contexte de transmission qui définit la réponse adaptée (**Figure 2**). Il est important de ne pas se focaliser sur un seul type d'activité pour lutter contre les flambées épidémiques (contrôle des cérémonies funéraires, distribution de produits

---

<sup>22</sup> *Ibid.*

<sup>23</sup> UNICEF. Cholera Outbreak in WCA: Weekly Update, 2013 (Week 26)

<sup>24</sup> WHO. International Health Regulations, 2005

<sup>25</sup> Emch, M., Feldacker, C., Islam, M. S. & Ali, M. 1996. Global climate and infectious disease: the cholera paradigm. *Science* 274, 2025–31

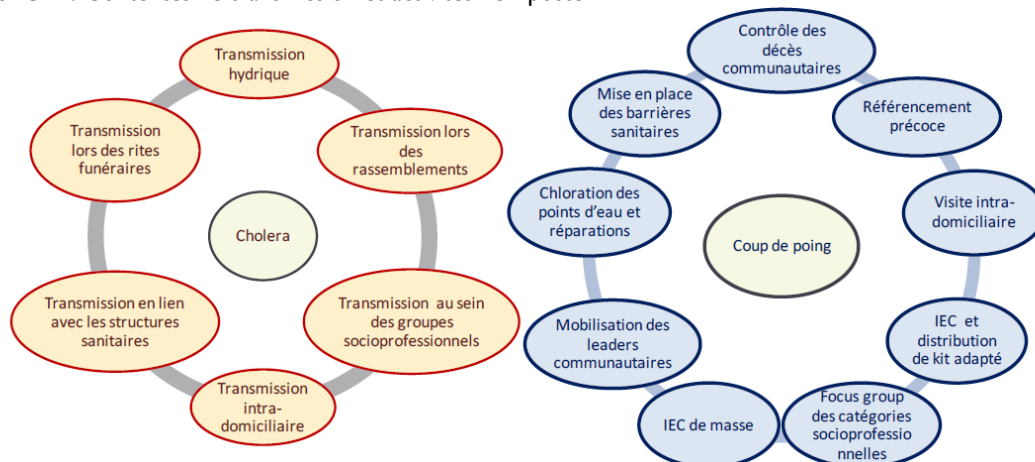
<sup>26</sup> Mari L, et al. *J. R. Soc. Interface* (2012) 9, 376–388

<sup>27</sup> WHO 2011. 64th World Health Assembly (WHA), Geneva, 16-24 May 2011. Resolutions and Decisions

<sup>28</sup> WHO WER 31, 2013, 88, 321–36

chlorés, etc.) mais de diversifier ses activités de réponse et de les adapter au contexte (figure ci-dessous) qui peut évoluer au cours d'un même épisode épidémique.<sup>29</sup>

**Figure 2 :** Contextes de transmission et activités de riposte EAH



**Source :** Eau-Assainissement-Hygiène dans la lutte contre le choléra, Manuel pratique, ACF-IN, 2013

A l'heure actuelle, il y a une controverse autour de la pertinence et de l'efficacité de la désinfection systématique intra-domiciliaire comme l'une des mesures de contrôle. A ce jour, il n'existe aucune preuve scientifique ne démontrant ni l'efficacité ni la futilité de cette mesure. Alors que certains affirment que les expériences du Zimbabwe et d'Haïti prouvent que ces stratégies ont un impact très limité, d'autres soutiennent que les expériences en Afrique de l'Ouest semblent indiquer le contraire et estiment que l'impact est plus lié à la promptitude de la désinfection après l'apparition du choléra qu'à la stratégie de désinfection en soi<sup>30</sup>. Il a été rapporté qu'à travers les expériences du Zimbabwe et d'Haïti les équipes de pulvérisation n'étaient pas en mesure d'atteindre une maison contaminée et cela plusieurs jours après le début de l'épidémie de choléra. ACF recommande "la désinfection des lieux publics (par exemple, les marchés, les écoles, les toilettes publiques) et les domiciles des malades du choléra par la pulvérisation de solutions chlorées; en fonction du contexte et des moyens opérationnels disponibles"<sup>31</sup>.

### Prise en charge des cas

Le choléra est une maladie facilement traitable pourvu que les communautés et les structures de santé aient accès aux intrants essentiels en quantité suffisante et qu'un traitement précoce soit administré. Les intrants médicaux essentiels incluent les solutions de réhydratation orale, les fluides intraveineux, les antibiotiques et la supplémentation en zinc aux enfants de moins de 5 ans. Les autres intrants essentiels pour la prise en charge des cas dans les structures de santé incluent des désinfectants à base de chlore, une eau potable sécurisée, des infrastructures d'assainissement adéquates et du savon. Afin de garantir un accès au traitement à temps, les Centres de Traitement du Choléra (CTC), y compris les points de réhydratation orale, doivent être mis en place au niveau des populations affectées, en respectant strictement les protocoles, en particulier l'isolement des patients<sup>32</sup>.

Avec un traitement approprié, le taux de létalité ne devrait pas dépasser 1%. S'ils sont détectés et traités à temps, jusqu'à 80% de personnes peuvent être bien traités par l'administration rapide de Sels de

<sup>29</sup> ACF International. Manuel Pratique Eau-Assainissement-Hygiène dans la Lutte contre le Cholera. Mai 2013

<sup>30</sup> UNICEF WCARO. Cholera Weekly Cholera Update, Week 28, 2013

<sup>31</sup> ACF. Cholera Operational Positioning Paper, 2010.

<http://www.missions-acf.org/kitemergency/HTML/5.5-washFR.html>

<sup>32</sup> Harris JB et al. Cholera. Lancet 2012;379, 9835, 2466-76

Réhydratation Orale (SRO), alors que les patients sévèrement déshydratés requièrent l'administration de fluides intraveineux<sup>33</sup>. Les antibiotiques constituent un traitement d'appoint chez les patients souffrant de déshydratation modérée à sévère due au choléra<sup>34</sup>. Les antibiotiques efficaces réduisent la durée de la diarrhée et le volume des pertes de selles jusqu'à 50% et la durée de l'excrétion d'organismes viables dans les selles de plusieurs jours à 1-2 jours<sup>35</sup>. Les antibiotiques peuvent être administrés une fois le déficit de fluide initial corrigé et l'arrêt des vomissements, idéalement dans les 4 heures suivant le début du traitement. L'administration massive d'antibiotiques n'est plus recommandée, car elle a un effet limité sur la propagation du choléra et peut contribuer à augmenter la résistance antimicrobienne.

#### Mobilisation communautaire

La disponibilité d'agents de santé bien formés et la mobilisation communautaire sont importantes pour la mise en œuvre des principales mesures de lutte pour une détection précoce des cas, une réponse rapide à l'épidémie de choléra et la prévention des décès. Le Conseil d'Administration de la 64<sup>ème</sup> Assemblée Mondiale de la Santé a exhorté les Etats membres à "impliquer les communautés et de mettre à échelle les mesures de plaidoyer vu le caractère intersectoriel de la maladie". Les communautés doivent avoir accès à des quantités suffisantes en eau, en désinfectants et en savon pour le lavage des mains, et aussi assez de commodités sanitaires. Les membres des communautés doivent être conscients des comportements sans danger liés à l'hygiène personnelle, l'assainissement et la préservation alimentaire. La disponibilité des SRO, de zinc, d'agents de santé bien formés sont des éléments essentiels à la prise en charge des cas et la réduction de la mortalité lors d'une épidémie. Il est recommandé d'effectuer une recherche anthropologique afin de collecter des informations sur les croyances, les pratiques et les besoins des populations dans le but d'ajuster les messages et les interventions liées au choléra, à destination des populations à risque<sup>36</sup>.

#### Vaccination

Les Vaccins Anticholériques Oraux (OCV) se sont avérés sûrs, immunogènes et assez efficaces et sont désormais considérés comme faisant partie d'une approche globale et pluridisciplinaire de prévention et de lutte contre le choléra<sup>37</sup>. L'OMS recommande de mettre en œuvre la vaccination disponible d'OCV en combinaison avec d'autres stratégies de prévention et de lutte dans les zones où la maladie est endémique et dans les zones à risque d'épidémies<sup>38</sup>.

Une réunion ad hoc des experts de l'OMS sur la réponse intégrée aux épidémies de choléra durant les crises humanitaires de grande ampleur a abouti au consensus ferme selon lequel les vaccins cholériques doivent être utilisés de manière réactive afin de réduire la mortalité dans les zones où les interventions ne peuvent pas être effectuées efficacement<sup>39</sup>. La vaccination ne doit pas perturber d'autres interventions hautement prioritaires, telles que l'accès à l'eau potable, l'amélioration de l'assainissement de base, l'hygiène et la mobilisation sociale, qui sont toutes efficaces lorsqu'elles sont correctement mises en œuvre. Les vaccins offrent une solution à court terme aux populations vivant dans les zones à haut risque, alors les autres interventions mettent plus de temps à se mettre en place pour une jugulation durable de la maladie<sup>40</sup>.

---

<sup>33</sup> WHO. Cholera Fact sheet N° 107, 2012 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/en/>

<sup>34</sup> Nelson EJ *et al.* Antibiotics for both moderate and severe cholera. *N Engl J Med* 2011; 364: 5–7

<sup>35</sup> Harris JB *et al.* Cholera. *Lancet* 2012;379, 9835, 2466-76

<sup>36</sup> Cairncross S *et al.* Evaluation of the WASH activities undertaken to prevent and control cholera outbreaks in Guinea-Conakry and Guinea-Bissau & Systematic Literature review (June 2009- Dec 2009)

<sup>37</sup> WHO WER 31-32, 2012, 87, 289–304

<sup>38</sup> WHO WER 31, 2013, 88, 321-36

<sup>39</sup> Ad hoc meeting of experts convened by WHO for cholera control in humanitarian emergencies, 2010 (unpublished report)

<sup>40</sup> WHO WER 31, 2013, 88, 321-36

Il y a deux vaccins anticholériques oraux sûrs et efficaces reconnus par l'OMS (Dukoral® et Shanchol®) actuellement disponibles sur le marché et agréés dans plus de 60 pays. Il s'agit dans les deux cas de vaccins à germes entiers avec une protection durable de 60 à 85% sur 2 à 3 ans, même si la protection des jeunes enfants est moins durable avec Dukoral®<sup>41</sup>. Il a été démontré que Dukoral® assure une protection à court terme de 85 à 90% contre le *V. cholerae* O1 chez tous les groupes d'âge de 4 à 6 mois après la vaccination. Shanchol® assure une protection à plus long terme contre les *V. cholerae* O1 et O139 chez les enfants de moins de 5 ans que Dukoral®. Les vaccins anticholériques oraux sont administrés en deux doses administrées entre sept jours et six semaines d'intervalle (minimum deux semaines d'intervalle pour le Shanchol®).

En Avril 2012, un Groupe de Travail Technique (GTT) de l'OMS s'est réuni et a défini les caractéristiques requises pour un stock de vaccin, les considérations épidémiologiques et opérationnelles pour un déploiement, et les mécanismes de gouvernance, de réapprovisionnement et d'évaluation des stocks<sup>42</sup>. Le GTT a souligné que la mise en place du vaccin doit être guidée par des évidences épidémiologiques, techniques et opérationnelles (à l'instar des autres stocks de vaccins gérés par le Groupe de coordination internationale (GCI)), dont une partie reste incomplète pour les vaccins anticholériques oraux et doit être consolidée au fur et à mesure qu'une expérience sera acquise<sup>43</sup>. Le groupe de travail a convenu d'un premier stock de vaccins anticholériques oraux de 2 millions de doses annuelles, suffisant pour assurer la vaccination d'un million de personnes, à mettre à la disposition de réponse aux épidémies dans les pays à faible revenu. En Août 2013, l'OMS, par le biais du GCI, a initié ce stock afin d'avoir un million de doses immédiatement disponible et un autre million de doses disponibles en début 2014<sup>44</sup>.

## 2. Initiatives de préparation et de réponse/lutte contre le choléra en AOC

### Atelier régional de l'OMS et de l'UNICEF de 2008

En mai 2008, un atelier sur la "Lutte contre le choléra et autres maladies diarrhéiques en AOC" a été conjointement organisé par l'OMS et l'UNICEF. L'atelier a réuni les partenaires gouvernementaux, les ONG, les institutions académiques, les agences onusiennes et les partenaires du développement afin d'élaborer des approches efficaces pour briser le cycle du choléra par la réduction des risques, la préparation et la réponse. L'OMS, l'UNICEF et OCHA ont approuvé les recommandations suivantes formulées par les participants à l'atelier:

- Procéder à des diagnostics/études/recherches afin de mieux comprendre les déterminants du choléra et les facteurs de risque (épidémiologiques, socio-anthropologiques, climatiques et environnementaux) pour guider l'élaboration des plans nationaux multisectoriels<sup>45</sup>, conformément aux stratégies/engagements nationaux et internationaux, et en ciblant les zones prioritaires et les populations à risque;
- Renforcer les systèmes nationaux de surveillance/suivi et les systèmes d'alerte précoce;
- Créer des comités nationaux, relayés par des comités locaux, impliquant les intervenants concernés afin de coordonner la mise en œuvre des plans;
- Créer des comités sous-régionaux de lutte contre le choléra et les maladies diarrhéiques axés sur la coopération transfrontalière;
- Renforcer les schémas directeurs/systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement;

---

<sup>41</sup> Sur D, et al. Efficacy and safety of a modified killed-whole-cell oral cholera vaccine in India: an interim analysis of a cluster-randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2009; 374: 1694–702

<sup>42</sup> WHO Technical Working Group on creation of an oral cholera vaccine stockpile. WHO, 2012. [http://www.who.int/cholera/publications/oral\\_cholera\\_vaccine/en/index.html](http://www.who.int/cholera/publications/oral_cholera_vaccine/en/index.html)

<sup>43</sup> Martin S et al. Stockpiling oral cholera vaccine. *Bulletin of the WHO* 2012;90:714-16

<sup>44</sup> WHO OCV Stockpile representative oral communication. July 30, 2013

<sup>45</sup> Les plans doivent inclure: les campagnes de sensibilisation efficaces, la formation des techniciens sanitaires, des agents de santé communautaire, du personnel médical et de laboratoire; le pré-positionnement de stocks d'urgence dans les zones à risque, l'identification des actions prioritaires définies conjointement entre les partenaires.

- Capaciter les techniciens sanitaires, les agents de santé communautaires, les médecins et le personnel de laboratoire dans la prévention et la prise en charge du choléra et les maladies diarrhéiques;
- Développer des stratégies de communication pour une meilleure mobilisation des communautés en matière de préparation et de riposte;
- Mener des campagnes de promotion à l'hygiène en faveur des populations à risque/vulnérables au choléra.

Les participants à l'atelier ont en outre sollicité l'OMS, l'UNICEF et l'OCHA pour:

- Apporter aux pays qui en feront la demande, l'appui méthodologique pour élaborer leur plan multisectoriel, en consultation avec les autres institutions partenaires du développement;
- Etablir un mécanisme régional de partage des bonnes pratiques et du savoir disponible sur la lutte contre les maladies diarrhéiques et le choléra;
- Ajuster continuellement les approches opérationnelles et diffuser les bonnes pratiques et les avancées en matière d'épidémiologie des maladies diarrhéiques et du choléra en Afrique;
- Accompagner les pays dans leur plaidoyer pour la mobilisation des organismes de financement dans la mise en œuvre de leurs plans nationaux multisectoriels.

L'atelier technique HHA sur le choléra en Afrique de l'Ouest et Centrale sera une occasion de faire un bilan sur la mise en œuvre de ces recommandations et sollicitations, en identifiant les goulots d'étranglements et proposant des avancées.

### Les Engagements d'Abuja de 2010

En Octobre 2010, les ministres de la santé de sept pays<sup>46</sup> d'Afrique de l'Ouest et Centrale ont signé les engagements d'Abuja, appelant à une meilleure collaboration pour lutter contre le choléra et les autres maladies infectieuses<sup>47</sup>. Les Ministres de la santé ont reconnu les lacunes dans la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International de 2005 et ont convenu de répondre aux principaux défis spécifiques identifiés qui affectent les questions de santé publique transfrontalières, y compris le choléra (**Tableau I**). Il est intéressant de noter que les questions liées à la prise en charge des patients atteints de choléra n'avaient pas été considérées comme un défi par les Ministres de la Santé présents à Abuja.

**Tableau I:** Les défis spécifiques majeurs affectant les questions de santé publique transfrontalières, et les engagements correspondants des Ministres de la Santé des pays référés d'Afrique de l'Ouest et Centrale .

Défis spécifiques majeurs	Engagements d'Abuja
Absence de structures de coordination/prévention spécifiques pour la prévention/riposte et une collaboration inter-pays limitée	- Désigner des personnes focales aux niveaux régional et national (demander aux partenaires au développement) - Tenir une réunion interministérielle annuelle sur les questions de santé publique transfrontalières
Implication multisectorielle limitée	Mettre en place une initiative conjointe permettant une implication multisectorielle pour la prévention/riposte dans le bassin du lac Tchad
Insuffisance d'eau potable, conditions d'hygiène et d'assainissement inadéquates et piètres conditions de vie	Promouvoir des initiatives au sein des communautés pouvant mener à la prévention des maladies, la détection précoce des épidémies et l'amélioration de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène
Surveillance communautaire limitée	

<sup>46</sup> Le Bénin, le Cameroun, la République centrafricaine, le Tchad, la Guinée équatoriale, le Niger et le Nigeria

<sup>47</sup> Abuja Commitments on Cross-Border Public Health Issues by Ministers of Health of Benin, Cameroon, Central African Republic, Chad, Equatorial Guinea, Niger and Nigeria. 18<sup>th</sup> October 2010

Inexistence de mécanismes officiels de revue et de partage d'informations entre districts de pays voisins	Partage de l'information pour une planification conjointe, coordination et réaction rapide aux épidémies
Absence de ressources communes pour la mise en œuvre de interventions transfrontalières	Plaidoyer auprès des chefs de gouvernement pour la contribution et l'opérationnalisation du Fonds Africain d'Urgence pour la Santé Publique
Cadres réglementaires conjoints inadéquats pour faire face aux faux médicaments/contrefaçons	Mettre en place un comité inter-pays pour surveiller la circulation des médicaments de contrefaçon au-delà des frontières
Absence de mécanismes officiels pour le suivi des réunions et des décisions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nommer des points focaux pour constituer un comité qui suivra les décisions prises et recommandations formulées dans les réunions transfrontalières</li> <li>- Fournir un appui technique, financier et opérationnel pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des plans pour les questions de santé publique transfrontalières</li> </ul>

**Source:** adapté des engagements d'Abuja des ministres de la Santé, Oct. 2010

### L'initiative de la stratégie "Bouclier et Coup de Poing" contre le choléra

L'UNICEF, en collaboration avec des organismes-clés<sup>48</sup>, , entre autres les membres du Groupe de travail WASH d'Afrique de l'Ouest et Centrale, a élaboré un cadre stratégique pour une meilleure préparation et réponse au choléra, la stratégie "Bouclier et Coup de Poing"<sup>49</sup>. Cette stratégie est née des projets pilotes intégrés en RDC en 2006 et en Guinée en 2009. La stratégie insiste essentiellement sur la nécessité de mieux connaître les épidémies afin de focaliser la prévention et la réponse sur des cibles qui sont cohérentes avec les évidences de transmission locale du choléra, lesquelles sont évaluées au travers d'études socio-anthropologiques et d'études épidémiologiques biomoléculaires.

L'impact de la stratégie a été observé au cours des récentes épidémies au Tchad et en Guinée Conakry:

En 2011, au Tchad, la lutte contre l'épidémie de choléra pendant la saison des pluies a été facilitée par le ciblage des dynamiques de transmission locale grâce aux équipes mobiles d'intervention rapide vers les communautés depuis les CTC et par une réponse transfrontalière immédiate en collaboration avec les autorités sanitaires du Cameroun<sup>50</sup>. L'intervention combinait des activités WASH et des investigations épidémiologiques.

La dynamique spatio-temporelle d'une épidémie ainsi que son profil à une échelle « macro » (pays, espace de diffusion, district, etc.) va permettre de planifier la riposte et de se coordonner entre acteurs EAH (Figure 2). A une échelle « micro » (aire de santé, village, quartier) l'investigation systématique des cas de choléra aide à identifier les modalités de transmission et le profil des populations touchées et donc d'orienter les activités de riposte EAH. La composante « ciblage » définie par l'enquête épidémiologique est un élément central de la stratégie de réponse. Il permet de rationaliser les moyens nécessaires à l'action en se concentrant sur les lieux d'exposition et les zones de diffusion de la maladie.

La **Figure 2** montre l'influence des activités de pêches saisonnières dans le bassin du lac Tchad, notamment les effets au Cameroun par le biais des mouvements de population autour du lac.

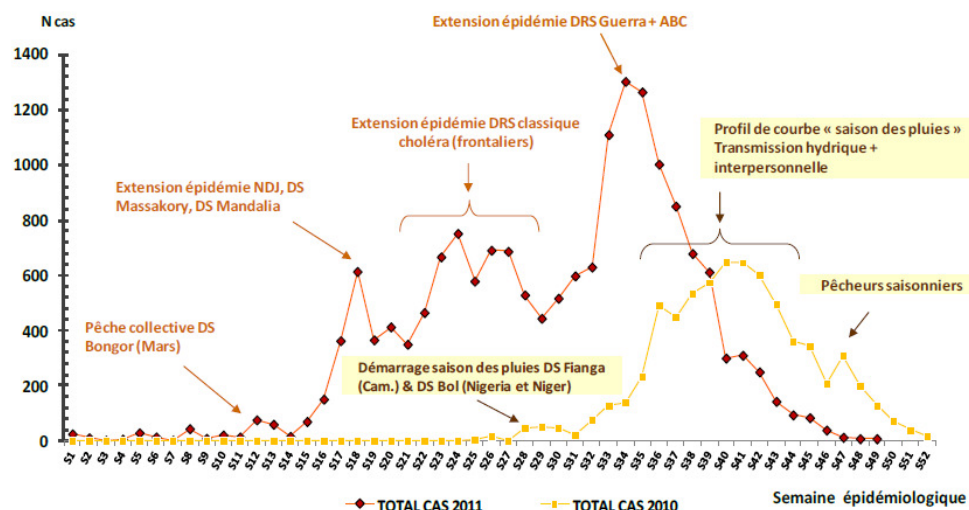
<sup>48</sup> Notamment ACF, Solidarités International, CDC, APHM, le laboratoire Chrono-Environnement de l'Université de Franche-Comté

<sup>49</sup> <http://wca.humanitarianresponse.info/en/document/strat%C3%A9gie-bouclier-et-coup-de-poing-contre-le-chol%C3%A9ra>

<sup>50</sup> ACF-UFC. Le choléra au Tchad en 2011 et les stratégies d'intervention associées. Stratégie du coup de poing : définition du mécanisme de réponse d'urgence Surveillance transfrontalière et Stratégie du bouclier.



**Figure 2:** Profils comparatifs de l'épidémie de choléra au Tchad en 2010 et 2011



**Figure 3 :** Profil des épidémies de choléra au Tchad en 2010 et 2011<sup>14</sup>

En 2012 en Guinée: la lutte contre une nouvelle souche d'épidémie de choléra plus virulente a été facilitée par une stratégie de préparation et de réponse, incluant: l'alerte précoce avec des sites sentinelles à la frontière de la Sierra Leone, la cartographie au SIG (Système d'Information Géographique), l'épidémiologie biomoléculaire en utilisant la MVLA<sup>51</sup> et le séquençage du génome entier, ainsi que la prise de décision stratégique<sup>52</sup>. L'investigation épidémiologique a confirmé l'origine importée d'une souche clonale qui s'est avérée être une variante « atypique » El Tor réputée plus virulente que les souches habituelles précédemment isolées au cours de la septième pandémie. Ces souches ont récemment fait leur apparition en Asie et ont été identifiées dans les grandes épidémies du Zimbabwe dans le bassin du lac Tchad et en Haïti. Il est prouvé que la souche a été importée en Février 2012 de la Sierra Leone, vers l'île de Kaback en Guinée par l'intermédiaire des communautés de pêcheurs avant de s'étendre à la ville de Conakry et à l'intérieur des terres par le biais du transport routier.

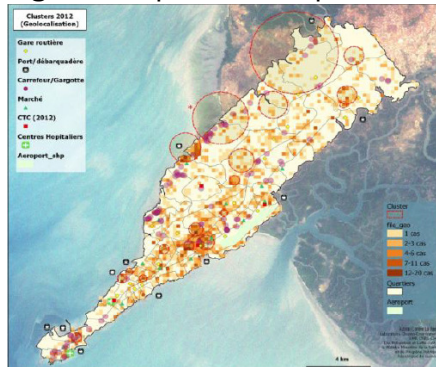
A Conakry, une stratégie de réponse en zone urbaine innovante a été développée par ACF en collaboration avec l'Université de Franche-Comté à partir de l'utilisation de Système d'Information Géographique. L'élaboration sur une base hebdomadaire de carte de regroupements de cas (*clusters* en anglais) à partir de la géo-localisation des domiciles des patients a permis d'orienter les activités d'IEC et de distribution de kits d'hygiène aux bénéficiaires. Le recoupement des cartes sur plusieurs semaines a permis d'identifier les clusters significatifs dans le temps, appelés « clusters permanents » (**Figure 3**). Alors une investigation systématique des facteurs de risques locaux est conduite et les activités de riposte sont choisies et adaptées. Enfin, la localisation précise du lieu de résidence a permis de cibler les zones à risque au travers de l'analyse des regroupements de cas (« approche clusters ») et donc de rationaliser les moyens nécessaires à la riposte.

L'identification des "clusters permanents" a également guidé la sélection des zones prioritaires pour la réalisation des projets de résilience et de prévention à long terme en zone urbaine à travers le renforcement institutionnel et l'amélioration de l'accès à l'eau potable, aux infrastructures d'assainissement et aux pratiques d'hygiène de base ("bouclier" pour la réduction des risques et des effets durables, à long terme).

<sup>51</sup> Analyse Multiple Locus VNTR (Nombre variable de séquences répétées en tandem)

<sup>52</sup> Rebaudet S, Piarroux R. Origine et déterminants de l'épidémie de choléra 2012 en République de Guinée : Apports de la cartographie dynamique et de l'épidémiologie moléculaire. UNICEF & APHM, 2012

**Figure 3:** Représentation spatiale des clusters géographiques persistants, Conakry, 2012



**Source:** Epidémiologie transfrontalière du choléra en Sierra Léone et en Guinée et les stratégies d'intervention associées, ACF-UFC, 2012

### 3. Perspectives pour la Région

L'atelier technique de l'HHA sur le choléra en Afrique de l'Ouest et Centrale offre à la région une opportunité unique de rassembler les techniciens et politiciens impliqués dans la prévention, la préparation et la réponse au choléra de s'engager dans un dialogue franc et transparent. Notre intention est de trouver des solutions pratiques permettant de diminuer le nombre et la gravité des épidémies dans la région et d'améliorer la réponse, notamment en termes de réactivité, de qualité et d'efficacité pour celles que nous avons ne pouvons pas empêcher.

Près de cinq ans après l'Atelier Régional de 2008 et trois ans après les Engagements d'Abuja par sept Ministres de la Santé de la région, il est nécessaire de faire le bilan des progrès effectués et des réalisations atteintes, mais également d'examiner les défis actuels. D'importants efforts ont été déployés par les pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale pour empêcher et prévenir les épidémies de choléra. Toutefois, de nombreuses préoccupations subsistent sur le nombre croissant de personnes vivant dans des conditions insalubres exposées aux épidémies de choléra et à d'autres maladies diarrhéiques épidémiques. La nouvelle stratégie "Bouclier et Coup de Poing" a démontré sa pertinence tant pour la préparation que pour la réponse, mais son opérationnalisation nécessite d'apporter des réponses à certaines questions soulevées, notamment dans la récente revue Lancet<sup>53</sup>.

Malheureusement, le choléra demeure une menace mondiale et régionale de santé publique, avec la plupart des pays qui ont encore du mal à bien comprendre la transmission locale, à renforcer les stratégies de réduction des risques dans les zones les plus touchées et à promouvoir une approche intersectorielle, lesquels éléments constituent autant de facteurs indispensables pour la préparation et la réponse au choléra. L'atelier technique HHA sur le choléra en Afrique de l'Ouest et Centrale constituera une opportunité unique de mieux impliquer les partenaires et les acteurs dans la réalisation des résultats suivants:

1. Les approches stratégiques d'intégration du choléra dans les systèmes et services de santé pour des programmes de développement dans des zones à haut risque de choléra sont définies, incluant une orientation stratégique et des objectifs clairs;
2. Les rôles et responsabilités des différents partenaires HHA en matière de prévention et de lutte contre le choléra sont identifiés;
3. Les mécanismes et actions de coordination prioritaires sont identifiés pour une mise en œuvre aux niveaux national et transfrontalier;
4. Une déclaration conjointe avec une orientation et action stratégique claires est élaborée par l'ensemble des partenaires.

<sup>53</sup> Harris JB et al. Cholera. Lancet 2012;379, 9835, 2466-76

## Avec les Remerciements au Partenariat HHA



