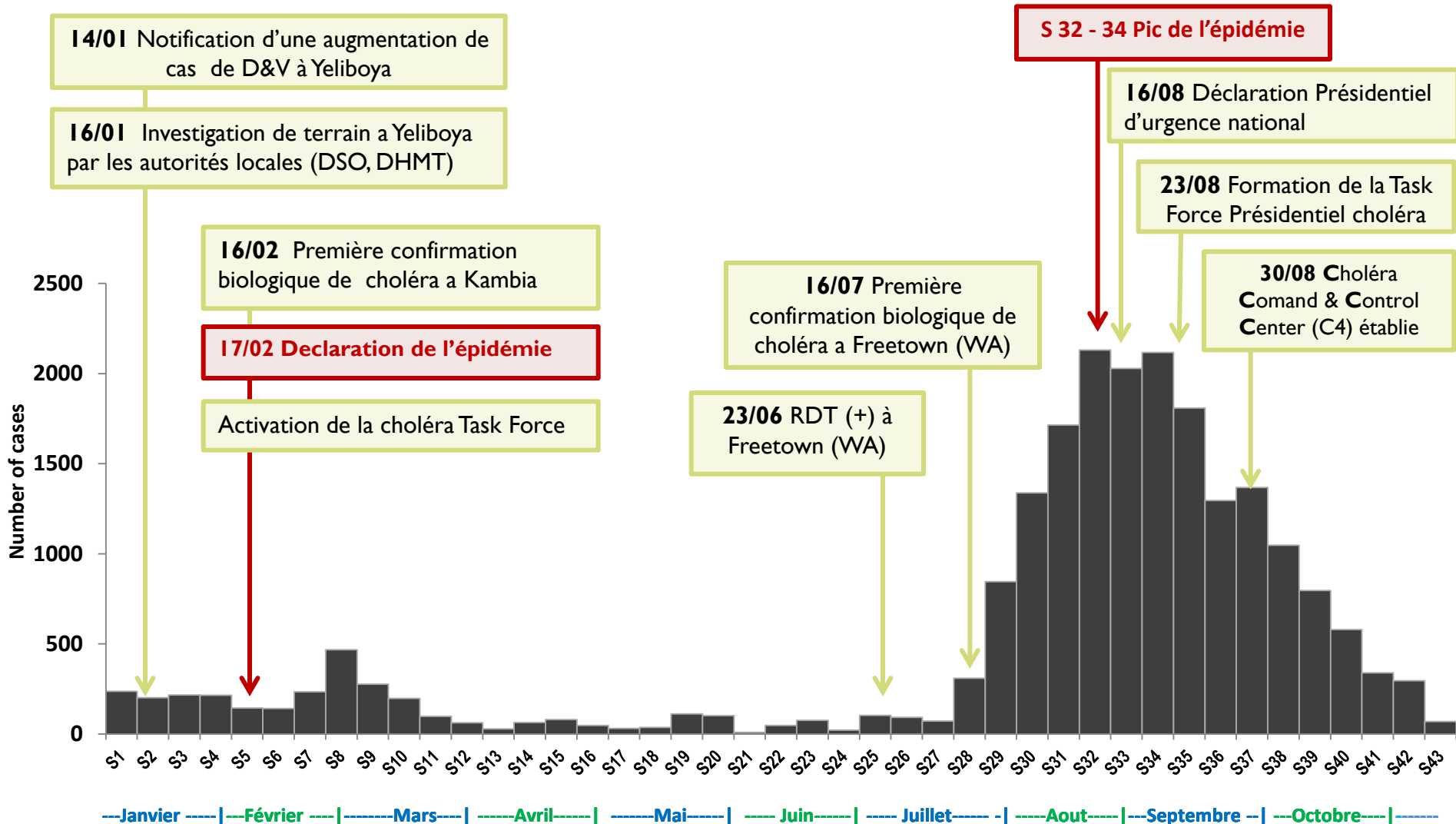




Propositions pour renforcer la préparation et la réponse aux épidémies de choléra en Sierra Leone et en Guinée

Analyse de la surveillance et de la coordination en début d'épidémie

Dates clés de la surveillance et de la coordination en Sierra Leone



Dates clés de la surveillance et de la coordination de en Guinée

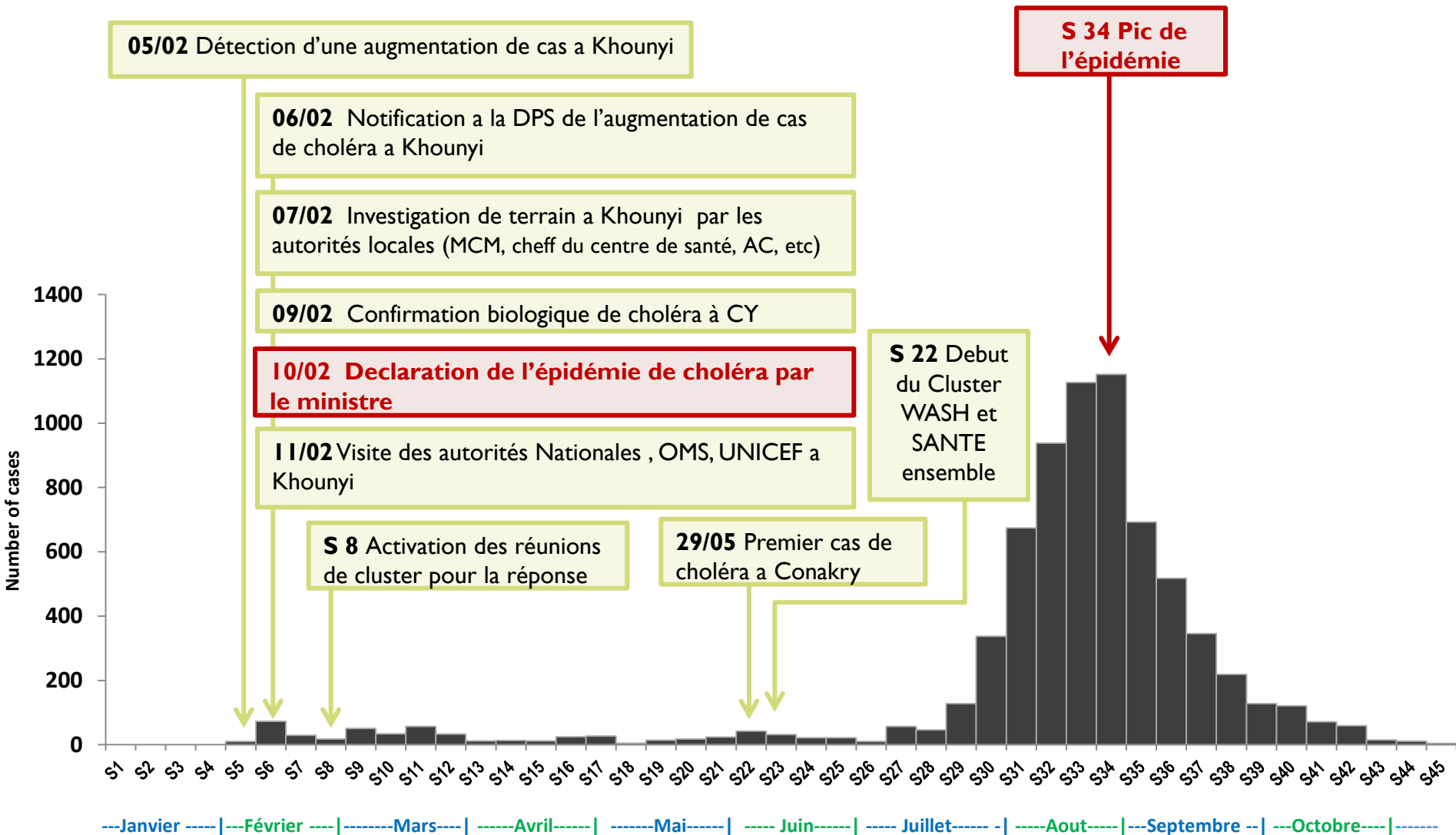
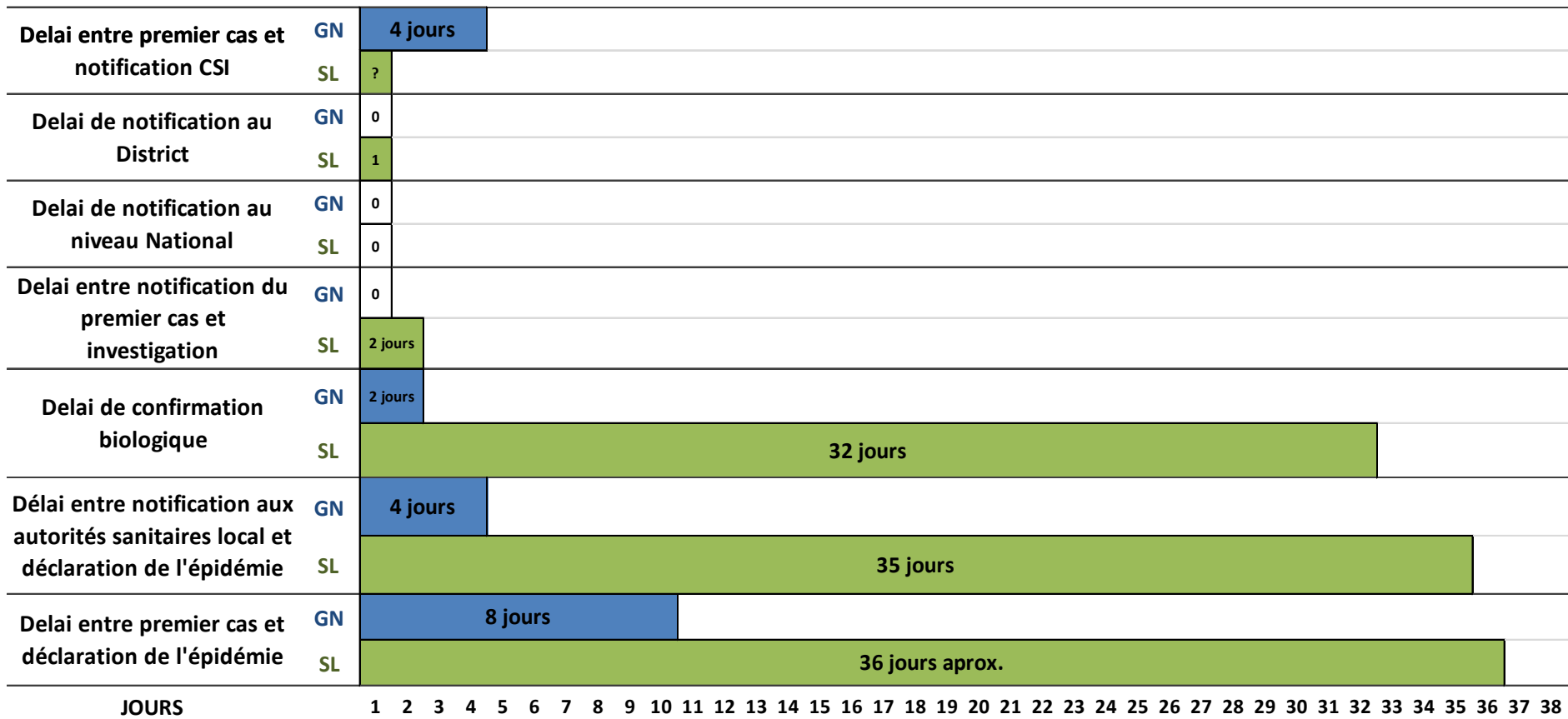


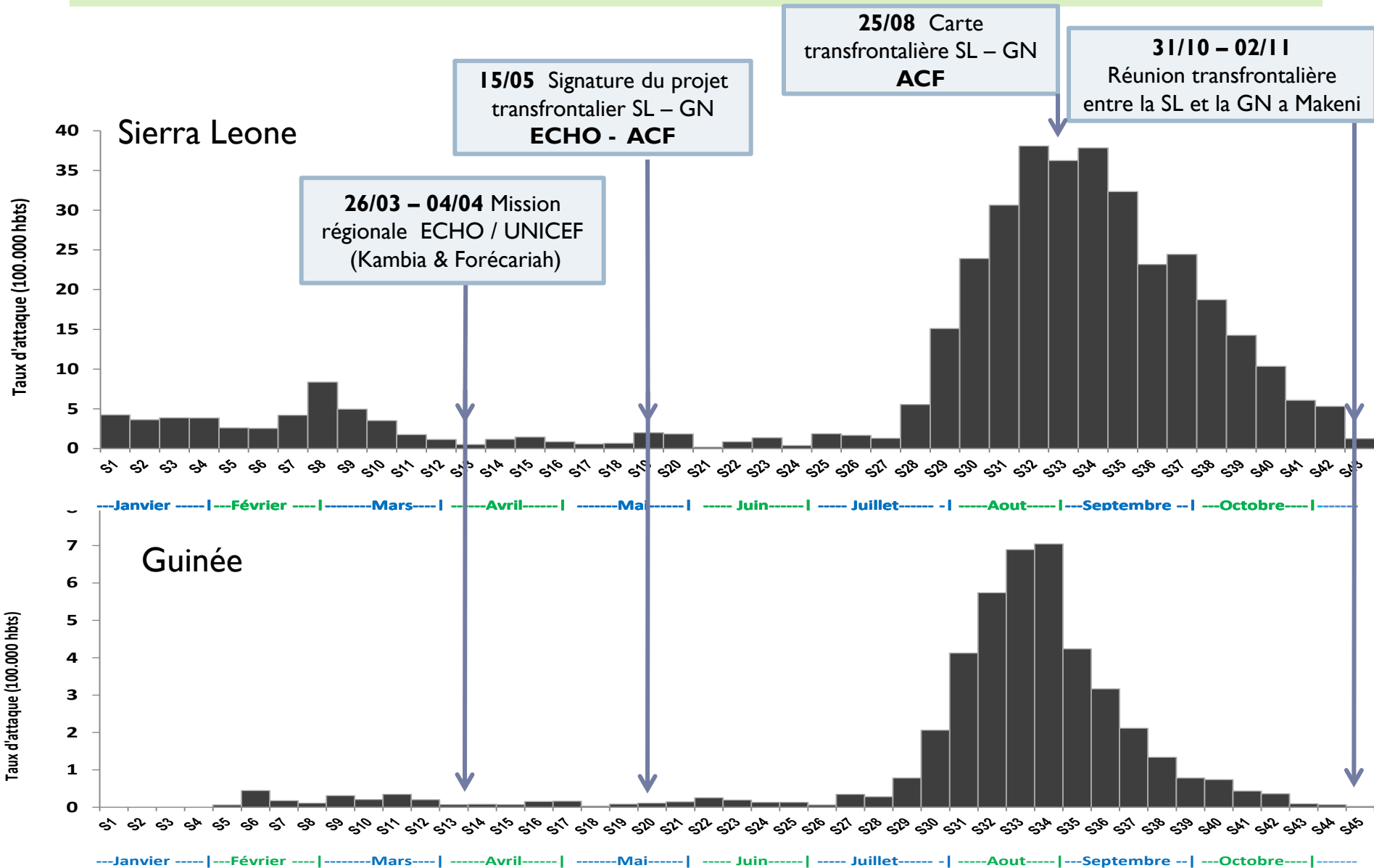
Tableau comparaison des dates clés pour la surveillance

		Guinée	Sierra Leone
Detection de la flambée	Dates de suspicion des premiers cas	2 Février	13 Janvier ?
	Detection communautaire	5 Février	Non
	Date d'information aux autorités sanitaires locales	6 Février	14 Janvier
	Delai entre premier cas et notification CSI	4 jours	?
	Delai de notification au District	0 jour	1 jours
	Delai de notification au niveau National	0 jour	0 jour
Confirmation de la flambée	Investigation de la flambée (prise d'échantillon)	6 Février	16 Janvier
	Delai entre notification du premier cas et investigation	0 jour	2 jours
	Definition de cas	Choléra (base sur definition de cas OMS avec les cas de < 5 ans)	D & V
	Revision definition de cas	Non	16 Février
	confirmation biologique	Oui	Oui
	Laboratoire qui a confirmé	INSP Conakry	Hospital de Caunaught&Ouagadougou
	Date de reception d'échantillon	7 Février	?
	Date de confirmation	9 Février	16 Février
Delai de confirmation biologique	2 jours	> 1 mois	
Information et déclaration de la flambée	Declaration de l'épidémie par le Ministre de la Santé	10 Février	17 Février
	Délai de déclaration de l'épidémie depuis la notification aux autorités sanitaires local	4 jours	> 1 mois
	Visite du authorities nationale	11 Février	Non
Delai entre premier cas et déclaration de l'épidémie		8 jours	> 1 mois

Tableau comparaison des délais entre la détection et la déclaration de l'épidémie



Actions de coordination transfrontalière



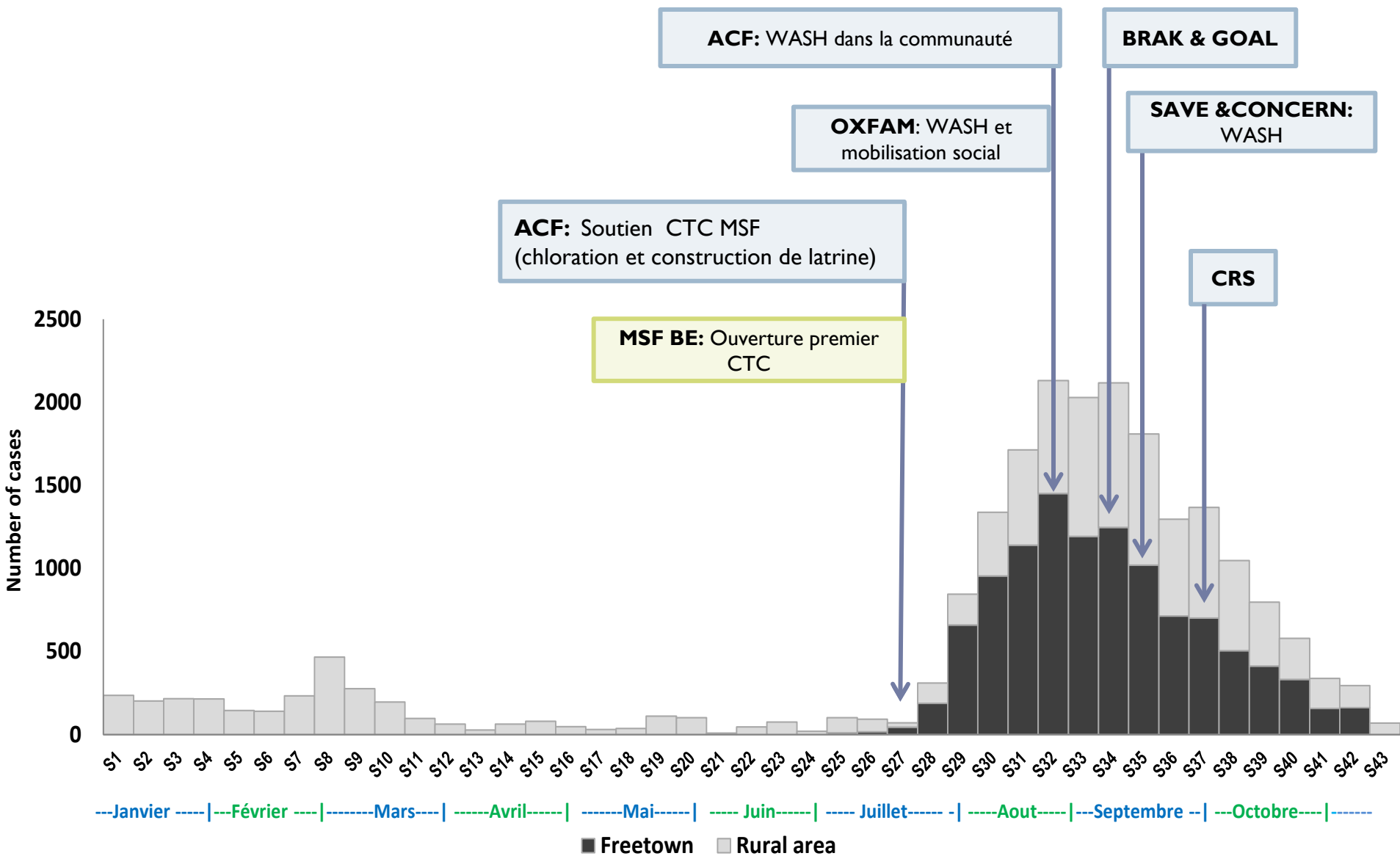
Actions de coordination transfrontalière – Makéni

Cadre posé à Makeni (SL) entre le 31 Octobre et le 02 Novembre

- ▶ **Première rencontre bilatérale au sujet de l'épidémie de choléra**
- ▶ **Niveaux centraux et les chargés de la surveillance de dix (10) districts frontaliers**
- ▶ **Travaux de groupe**
 - Surveillance et coordination transfrontalière
 - Histoire du cholera et Identification des pratiques et populations à risque
 - Plans transfrontaliers pour la surveillance et la réponse
- ▶ **Highlight**
 - Rencontre des DSO et des chargés de la maladies des districts frontaliers
 - Constat de l'absence de coordination entre les deux pays aux différents échelons du système sanitaire
 - Partage d'expérience sur le sites sentinelles, la vaccination et le laboratoire mobile
 - Possible confirmation biologique en GN des prélèvements SL
 - Discussions autour d'un plan d'élimination du choléra (moteur GN)

ANALYSE DE LA REPONSE

Dates clés - réponse des acteurs à Freetown



Acteurs, Bailleurs et semaine d'intervention à Freetown

Agence	Bailleur	Activités	Semaine début d'intervention	Délai (semaines) entre début d'épidémie* et intervention
ACF	ECHO, CERF, SDC	WASH	S 27	2
BRAK SL	BRAK		S 34	9
CONCERN	DIFID	WASH	S 35	10
CRS	CRS Private Funds, CAFOD	WASH	S 37	12
GOAL		WASH	S 34	9
OXFAM		Social Mobilisation & WASH	S 36	11
SAVE UK	DFID (RRF), UNCERF	WASH	S 35	10
MSF Be	ECHO	Case management	S 27	2

* Semaine début d'épidémie à Freetown : S 25 **Délai moyen** entre début d'épidémie et interventions : **8 semaines**

† Semaine de pic de l'épidémie à Freetown: S 32

Highligh de la réponse a Freetown

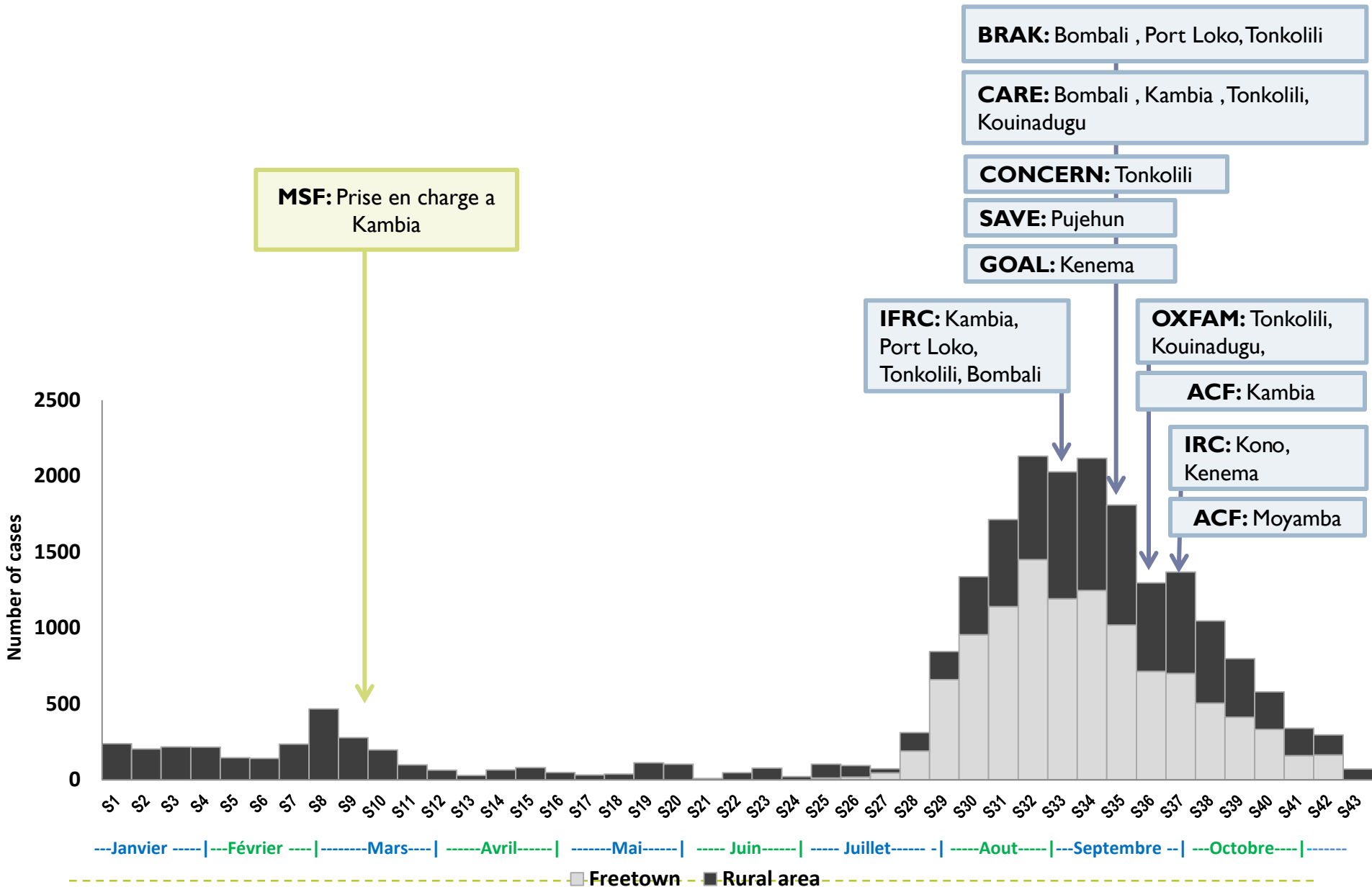
▶ Santé

- Début d'activités de MSF à Freetown deux (2) semaines après l'apparition des premiers cas
- Début sous financement propre puis ECHO

▶ WASH

- Début d'activités d'ACF à Freetown deux (2) semaines après l'apparition des premiers cas
 - ACF bénéficiait d'un financement préparation et réponse précoce
 - souligne l'importance d'avoir financement pour la préparation et prévention qui peut bouger en réponse si nécessaire
- Non mise en œuvre de la stratégie du bouclier et du coup de poing par le groupe sectoriel WASH
 - Difficulté pour cibler les activités car manque d'information concernant les Taux d'attaques par quartiers
 - Souligne l'importance du géo-référencer les cas

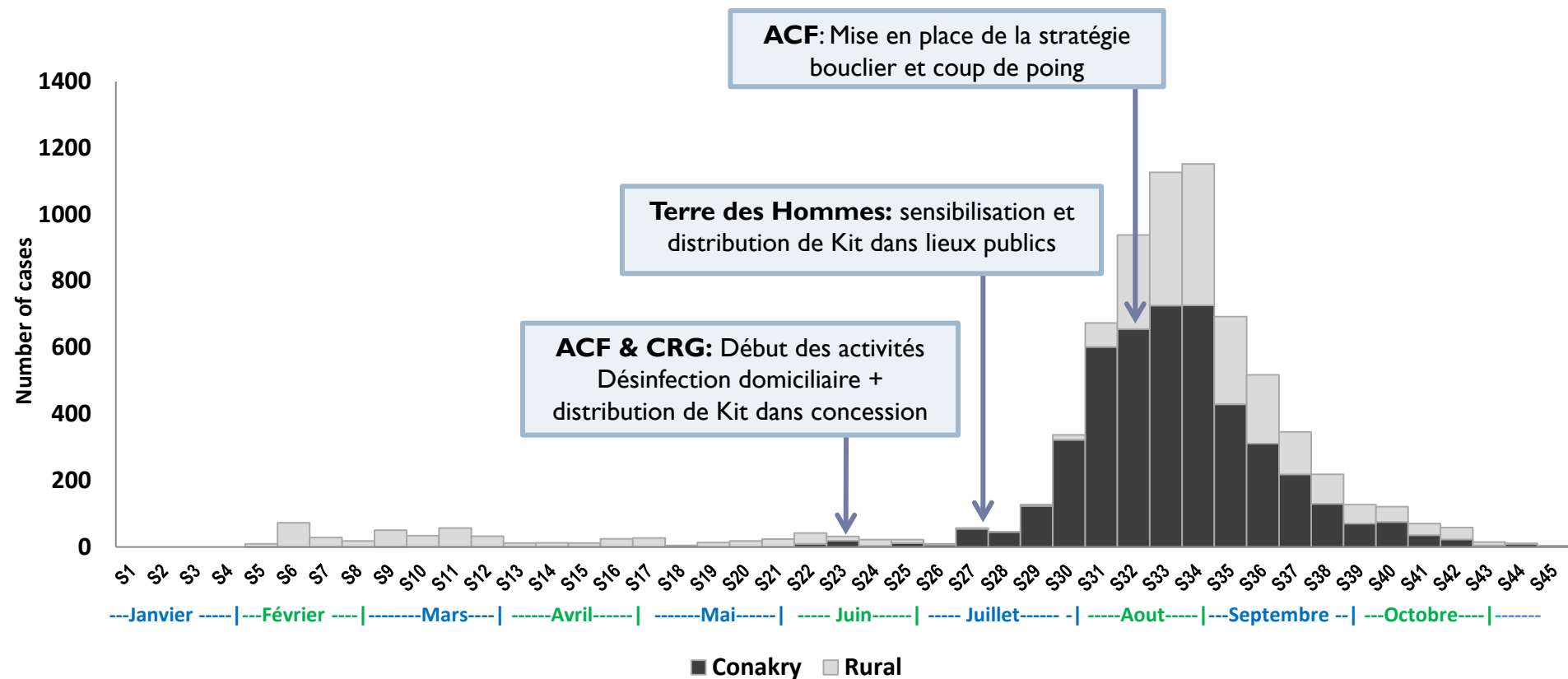
Dates clés pour la réponse des acteurs en zone rural - SL



Acteurs, Bailleurs et semaine d'intervention en zone rural - SL

Agence	Bailleur	Zone d'intervention	Semaine début d'épidémie en zone d'intervention	Semaine pic d'épidémie en zone d'intervention	Semaine début d'intervention	Délai (semaines) entre début d'épidémie et intervention
ACF	ECHO, CERF, SDC	KAMBIA	S 1	S 3	S 36	
		MOYAMBA	S 30	S 35	S 37	
BRAK SL	BRAK	BOMBALI	S 29	S 34	S 35	
		PORT LOKO	S 31	S 31	S 35	
		TONKOLILI	S 29	S 33	S 35	
CARE	DIFID	BOMBALI	S 29	S 34	S 35	
		KAMBIA	S 1	S 3	S 35	
		KOINADUGU	S 34	S 38	S 35	
		TONKOLILI	S 29	S 33	S 35	
CONCERN	DIFID	TONKOLILI	S 29	S 33	S 35	
GOAL		KENEMA	S 35	S 36	S 35	
IRC	DIFID & GATES	KENEMA	S 35	S 36	S 37	
		KONO	S 33	S 35	S 37	
OXFAM	ECHO, UNICEF, DFID, Isle of Man, State of Jersey, private fund	KOINADUGU	S 34	S 38	S 36	
		TONKOLILI	S 29	S 33	S 36	
WHI		BOMBALI	S 29	S 34		
		PORT LOKO	S 31	S 31		
SAVE UK	DFID (RRF) UNCERF	PUJEHUN	S7	S37	S 35	
MSF Be	ECHO	KAMBIA	S 1	S 3	S 9	
IFRC		KAMBIA	S 1	S 3	S 33	
		PORT LOKO	S 31	S 31	S 33	
		BOMBALI	S 29	S 34	S 33	
		TONKOLILI	S 29	S 33	S 33	

Dates clé - réponse des acteurs a Conakry

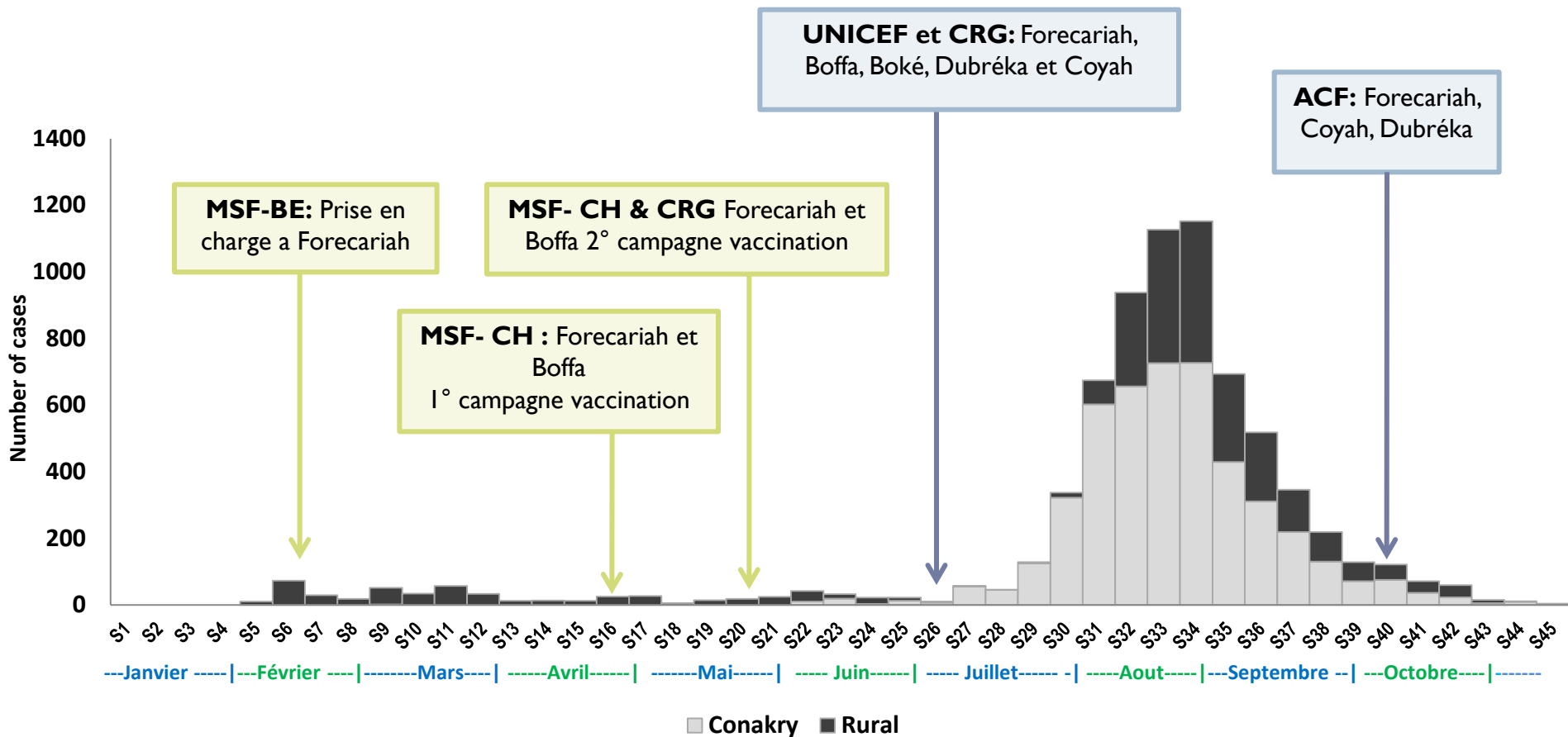


Highligh de la réponse a Conakry

▶ **WASH:**

- Présence de peu d'acteur à Conakry mais coordination insuffisante entre les acteurs étatiques et non gouvernementaux
- Début précoce des interventions dès le 1^{ier} cas
- Disponibilité et promptitude des informations épidémiologiques (Taux d'attaque par quartier, géo localisation des patients):
 - Possibilité de mieux cibler les activités et interventions
 - Possibilité de revoir la stratégie de réponse en fonction de la dynamique de l'épidémie
- Mise en œuvre pilote de la stratégie du bouclier et du coup de poing en zone urbaine

Dates clé - réponse des acteurs en Zone rural GN



Highligh de la réponse en zone rural

▶ **Santé:**

- MSF, présence précoce a Forécariah (ile de Kabak) 9 jours après l'apparition des premiers cas
- Stratégie de vaccination dans les zones insulaires à haut risque (Boffa et Forécariah) mais de manière retardée

▶ **WASH:**

- Capacité de réponse quasi inexistante du MSP
- Présence de peu d'acteur dans le rural
- Intervention très tardive d'ACF en rural
 - Indispensable de prévoir une intervention urbaine et rurale

Analyse de l'impact des projets de préparation passé en Guinée

Historique des épidémies de choléra en Guinée

(Université de Franche-Comté)

▶ Etude sollicitée par l'UNICEF sous financement USAID & ECHO en 2009

- Analyse de l'épidémiologie du choléra en Guinée
- Evaluation du système d'alerte précoce des maladies à potentiel épidémique et en particulier le choléra

▶ Valeur ajoutée

- Création et mise en place des sites sentinelles en 2009
- Utilisé par ACF pour le dimensionnement de la réponse d'urgence en zone rurale
- Utilisé par ACF pour le ciblage des préfectures pour la mise en œuvre du bouclier sur le long terme
- Utilisé par MSF-CH et EPICENTRE pour le ciblage de leur campagne de vaccination
- Utilisé par ALIMA dans son rapport d'évaluation de la réponse à l'épidémie de 2012

▶ Limites

- Pas de diffusion au niveau périphérique du système sanitaire (DPS et MCM)
- Peu utilisé par l'UNICEF en début d'épidémie

Evaluation du SAP et Formation en Epidémiologie (Université de Franche-Comté)

▶ **Sollicitée par l'UNICEF (USAID & ECHO) en 2009**

- Evaluation de système de surveillance et Système d'Alerte Précoce (SAP)
- Formation de 18 Médecin Chargé de la Maladie (régional et préfectorales), en privilégiant ceux provenant des préfectures les plus touché par le choléra

▶ **Valeur ajoutée**

- Amélioration de la promptitude de la notification au niveau périphérique
- Compréhension de l'importance d'une surveillance a base communautaire
- Amélioration des connaissances sur les outils et méthodes d'études des épidémies (surveillance, investigation de terrain et analyse des données)

Sites sentinelles

- ▶ **Mis en place en 2009, suite aux recommandations de l'étude de l'Univ. de Franche-Comté**
 - 15 sites dans 5 préfectures du pays (Boké, Boffa, Kindia, Forécariah, Guéckédou)
 - Concernent les deux dernières structures de santé de la pyramide sanitaire (Centre et postes de santé)
 - Renforcer le SAP: améliorer la surveillance à base communautaire et la détection des cas
- ▶ **Valeur ajoutée**
 - Amélioration de la détection communautaire et promptitude de la notification
 - Détection précoce du 1^{er} cas en GN: le 06 février 2012, un AC formé dans le cadre des sites sentinelles donne l'alerte au chef de centre de Manké (sous-préfecture de Kaback): « *la chose-là est revenue* »
 - Amélioration de la qualité des informations remontées
 - Surveillance active de cas et prise en charge précoce des premiers cas (proximité avec la communauté)
- ▶ **Limites**
 - Pérennité des sites sentinelles mise en question:
 - Dépendant de financement externe et difficilement soutenable par le MSP tel que défini
 - Mutation ou départ des personnes formées

Épidémiologie du choléra dans la ville de Conakry (Université de Franche-Comté)

► Réalisé en 2010 sollicitée par l'UNICEF et ACF - ECHO

- Description et analyse de la distribution spatiale et temporelle du cholera dans la ville de Conakry
- Analyse des facteurs de risque

► Valeur ajoutée

- Utilisé par MSF-CH et ACF en début d'épidémie pour la réponse opérationnelle - quartiers historiques de déclenchements (ports, débarcadères)
- Terreau de la stratégie WASH – Epidémiologie mise en place par ACF sur Conakry en 2012 (approche par cluster)
- Utilisé pour le dimensionnement de la réponse d'urgence à Conakry
- Référence pour le ciblage des quartiers a risque dans le plan de contingence 2012

Simulation de réponse a Conakry et formation prise de points GPS / Cartographie

- ▶ **Simulation de la réponse:** réalisé par ACF en octobre 2011 pour mettre a l'épreuve le protocole de riposte décrit dans le PdC 2011
- ▶ **Formation à la prise de points GPS et cartographie:** 16 personnes de la CRG, DPLM ET DsVCO ont été formé en novembre 2012
- ▶ **Valeur ajoutée**
 - Meilleure préparation pour la notification, la prise en charge et les activités EHA
 - Familiarisation des acteurs institutionnels et non-étatiques avec le protocole de riposte
 - Prise des points GPS des domiciles des patients à CY
 - Mise en place de la stratégie de ciblage (clusters) à l'échelle de la ville
- ▶ **Limites**
 - Pas de simulation au niveau de la coordination ainsi que de la surveillance
 - Stratégie des clusters non incluse dans la simulation
 - Personnes formé a la prise de points GPS et cartographie ont changé de service
 - Logiciel utilisé lors de la formation à la cartographie n'est pas le même que celui de la riposte

Plan de contingence (PdC) 2010 et 2011

▶ **PdC 2010:**

- Financé par ECHO et mené par ACF et UNICEF
- Plans de contingence décentralisés dans les régions à risque

▶ **Révision PdC 2011:**

- Financé par ECHO et mené par ACF
- Atelier de diagnostique pour la mise a jour et finalisation du PdC 2010

▶ **Valeur ajoutée**

- Familiarisation des acteurs institutionnels avec les autres acteurs de la réponse
- Moments de réflexion des acteurs institutionnels et non-étatiques sur les rôles, responsabilités et activités a prévoir/préparer pour la réponse aux épidémies
- Connaissance des activités de contrôle de l'épidémie par les acteurs institutionnels
- Ensemble des activités « contrôle de l'épidémie » mises en œuvre par ACF et la CRG lors de l'épidémie de 2012
- Utilisé comme document de base pour la préparation du plan de contingence 2012

▶ **Limites**

- PdC non validé avant épidémie 2012

Impact des travaux de préparation sur l'épidémie de 2012

- ▶ **Processus de la détection communautaire à la déclaration de l'épidémie a été rapide en Guinée**
 - ▶ **Epidémie qui a été contenue en zone côtière**
 - ▶ **Ciblage des zones à risque lors de la réponse en zone urbaine**
 - ▶ **Intervention d'ACF en zone urbaine de meilleure qualité et plus prompt qu'à FTN**
 - ▶ **Utilisation de GPS et développement de l'approche cluster en zone urbaine**
- Réponse précoce (à temps) et mieux ciblée en GN**

Pourquoi le nombre de cas a été plus élevé en SL?

- ▶ **Retard de la déclaration de l'épidémie**
 - Pas de capacité de confirmation biologique au niveau national
 - Climat politique pré électoral compliqué
- ▶ **SAP déficient**
 - Définition des cas trop imprécise « D&V » - cas extrême de PL
 - Compétence de détection au niveau périphérique très faible
 - Absence de la culture de l'investigation « Histoire du choléra »
- ▶ **Préparation quasi inexistante aux épidémies de choléra vs 3 ans en GN**
 - Absence d'automatisme de réponse
 - Engagement variable des autorités sanitaires dans la lutte contre le choléra
- ▶ **Les mécanismes de coordination renforcés ont été mis en place tardivement**
- ▶ **Mobilisation tardive des acteurs étatiques en rural**
- ▶ **Absence de stratégie d'intervention harmonisée à FTN – pas de ciblage**
- ▶ **Facteurs de vulnérabilité accrus à FTN / à CY**
- ▶ **Compréhension très limitée de l'épidémiologie du choléra en Sierra Leone**
- ▶ **Pas de disponibilité sur le marché d'un produit type « Sur'Eau » ou « Life guard »**

Recommandations

Recommandations Centres urbains Conakry / Freetown

- ▶ **Formation de la société civile - surveillance a base communautaire et activités de contrôle de l'épidémie**
- ▶ **Formation des centres de santé - détection, notification, investigation et isolation**
- ▶ **Formation de la DHMT pour améliorer la qualité des données collectées et leur transmission (FT)**
- ▶ **Formation DSVCo / DHMT et des réseaux de volontaires - modèle de réponse en zone urbaine et exercice de simulation**
- ▶ **Plan de contingence basé sur la stratégie du bouclier et du coup de poing en zone urbaine (FT)**
- ▶ **Etude Wash – Epidémiologie (FT)**
 - Epidémiologie du choléra pour orienter la reponse d'urgence (temps, lieux, personne)
 - Proposer des projets WASH sur le long terme pour réduire l'incidence des épidémies de cholera

Les activités pour la ville de FTN devrait se faire au travers du CCU

Recommandations au niveau périphérique de la pyramide sanitaire

▶ **Surveillance a base communautaire**

- Intégration des sites sentinelles dans les programmes de surveillance intégrée et de la réponse des MSP – Guide SMIR surveillance a base communautaire
- Répliquer les sites sentinelles dans le district de Kambia (pilote)

▶ **Surveillance biologique**

- Kits de surveillance biologique au niveau des sites sentinelles
- Développement du laboratoire mobile de l'AMP en SL
- Fourniture de réactifs et consommables pour le laboratoire national en SL

▶ **Adaptation du guide SIMR 2010 à la SL et formation des charger de la surveillance - WHO**

- Mise en place d'une culture de l'investigation - Identifier les cas indexes et les contextes de transmissions (temps, lieux, personnes)

▶ **Revue historique des épidémies de choléra en Sierra Léone et évaluation du SAP - formation**

Recommandations au niveau périphérique de la pyramide sanitaire

▶ Réponse WASH

- Répondre dès les 1ers cas de choléra en rurale
- Les agences doivent disposer de capacité de réponse précoce
- Dimensionner la réponse en fonction de l'épidémiologie de la maladie
- Les sites sentinelles doivent être formés à la réponse et disposer de capacité min
- Initiation a la stratégie du bouclier et du coup de poing en zone rurale des autorités sanitaires et de la société civile
- Rendre disponible les produits de désinfection de l'eau dans les villages de déclenchement de l'épidémie et les plateformes de diffusion

▶ Coordination transfrontalière

- Dynamiser les plateformes d'échanges transfrontalières
- Systématiser l'alerte transfrontalière et l'échange d'informations aux différents échelons de la pyramide sanitaire
- Etendre l'alerte transfrontalière à la GB et au Libéria