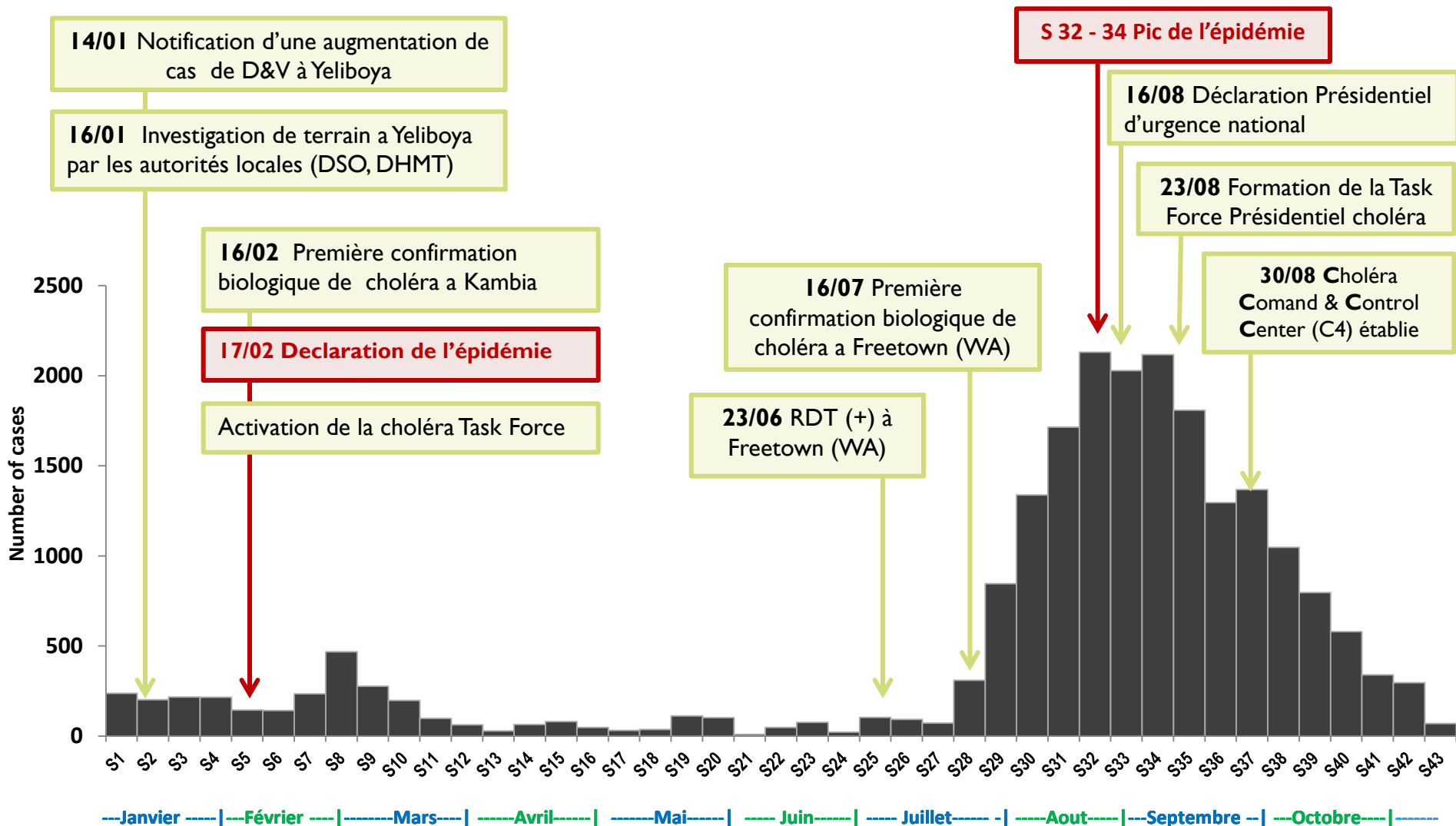




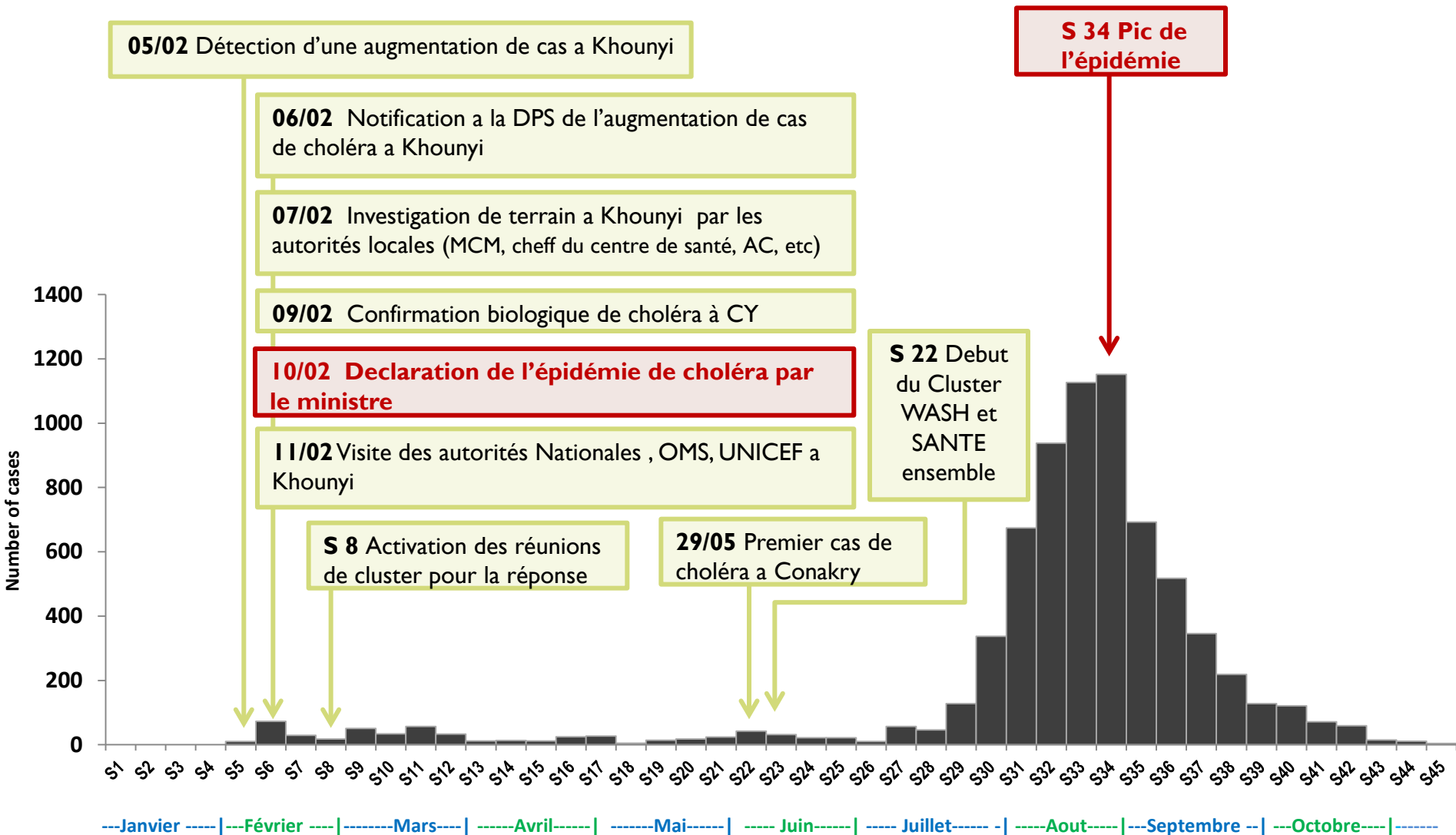
## Propositions pour renforcer la préparation et la réponse aux épidémies de choléra en Sierra Leone et en Guinée

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

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



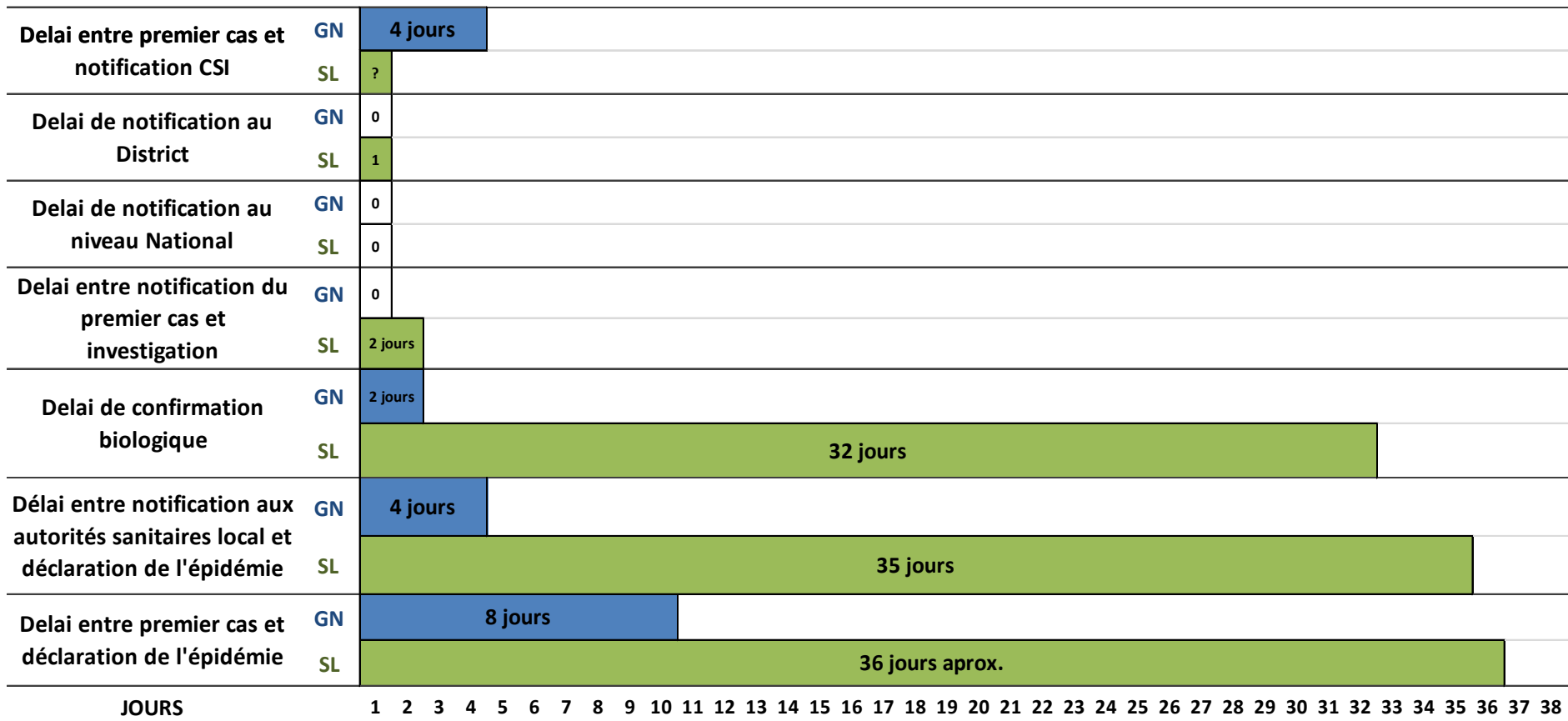
# Dates clés de la surveillance et de la coordination de en Guinée



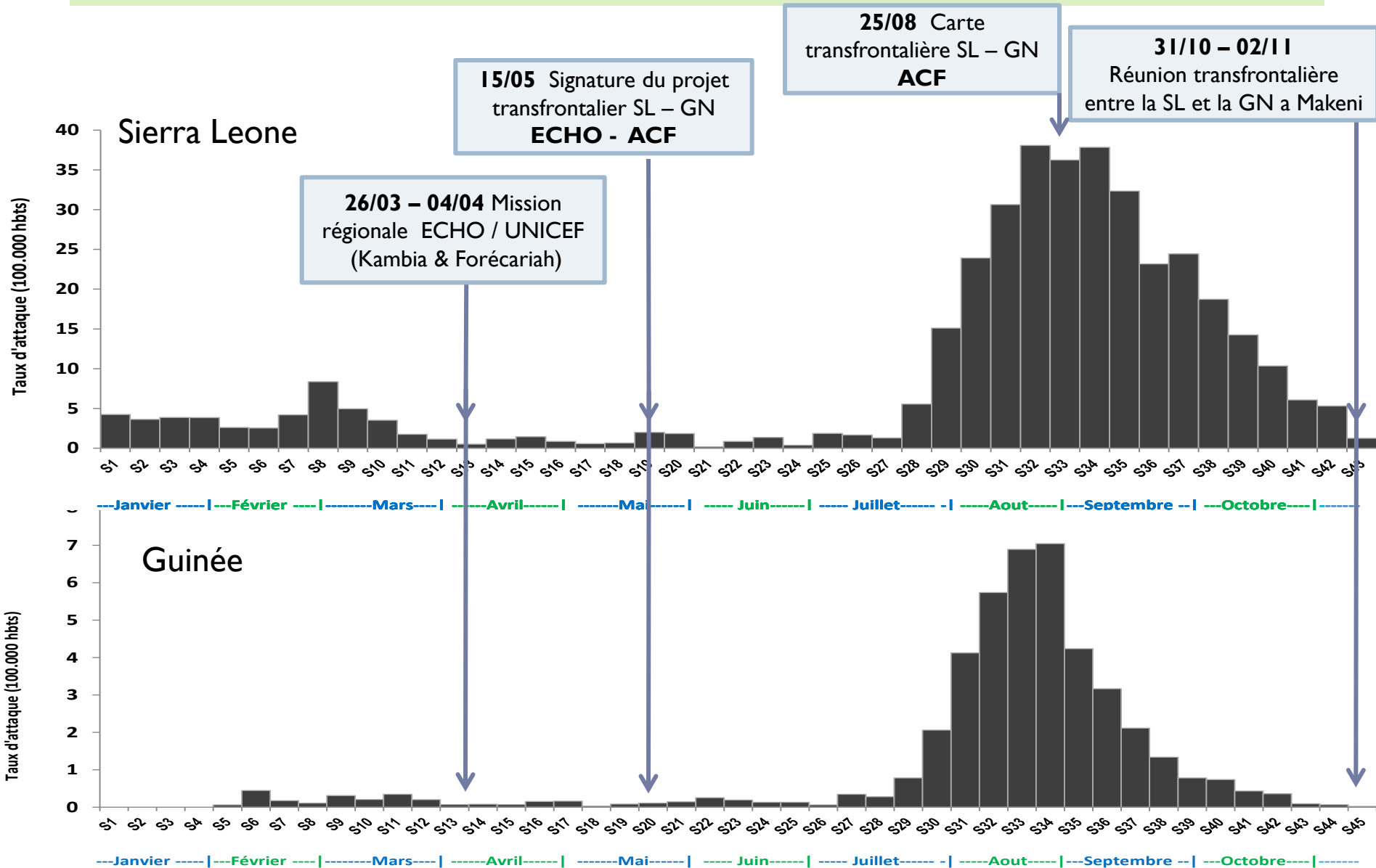
# Tableau comparaison des dates clés pour la surveillance

|   |   | Guinée  | Sierra Leone                      |
|---|---|---|-----------------------------------|
| <b>Detection de la flambée</b>                              | 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                        |
|   | <b>Delai entre premier cas et notification CSI</b>  | <b>4 jours</b>  | <b>?</b>                          |
|   | <b>Delai de notification au District</b>  | <b>0 jour</b>   | <b>1 jours</b>                    |
|   | <b>Delai de notification au niveau National</b>   | <b>0 jour</b>   | <b>0 jour</b>                     |
| <b>Confirmation de la flambée</b>                           | Investigation de la flambée (prise d'échantillon)   | 6 Février   | 16 Janvier                        |
|   | <b>Delai entre notification du premier cas et investigation</b>                                 | <b>0 jour</b>   | <b>2 jours</b>                    |
|   | Definition de cas   | Choléra<br>(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                        |
| <b>Delai de confirmation biologique</b>                     | <b>2 jours</b>  | <b>&gt; 1 mois</b>  |                                   |
| <b>Information et déclaration de la flambée</b>             | Declaration de l'épidémie par le Ministre de la Santé   | 10 Février  | 17 Février                        |
|   | <b>Délai de déclaration de l'épidémie depuis la notification aux autorités sanitaires local</b> | <b>4 jours</b>  | <b>&gt; 1 mois</b>                |
|   | Visite du authorities nationale   | 11 Février  | Non                               |
| <b>Delai entre premier cas et déclaration de l'épidémie</b> |   | <b>8 jours</b>  | <b>&gt; 1 mois</b>                |

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



# Actions de coordination transfrontalière



## Actions de coordination transfrontalière – Makéni

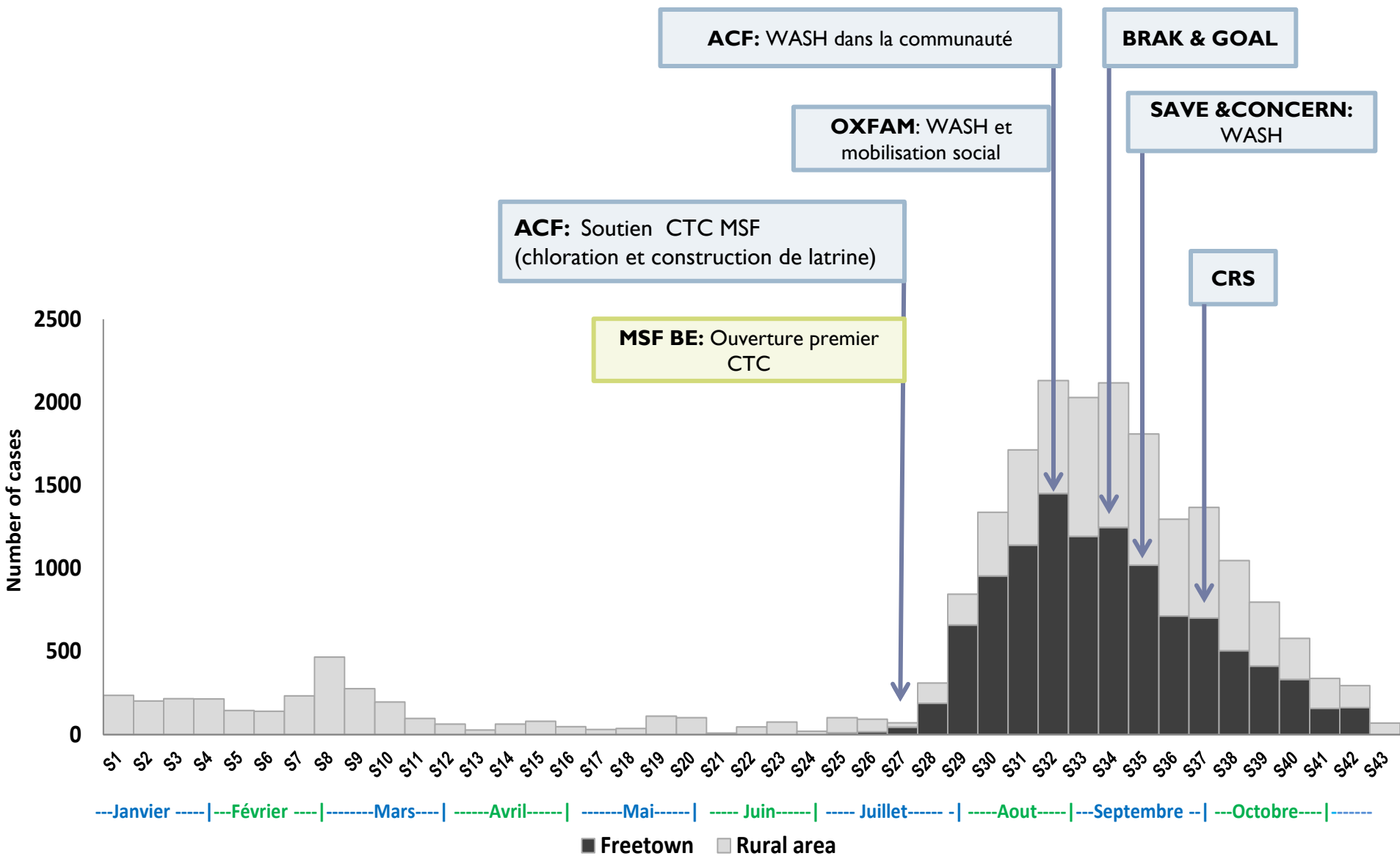
**Cadre posé à Makeni (SL) entre le 31 Octobre et le 02 Novembre**

- ▶ **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

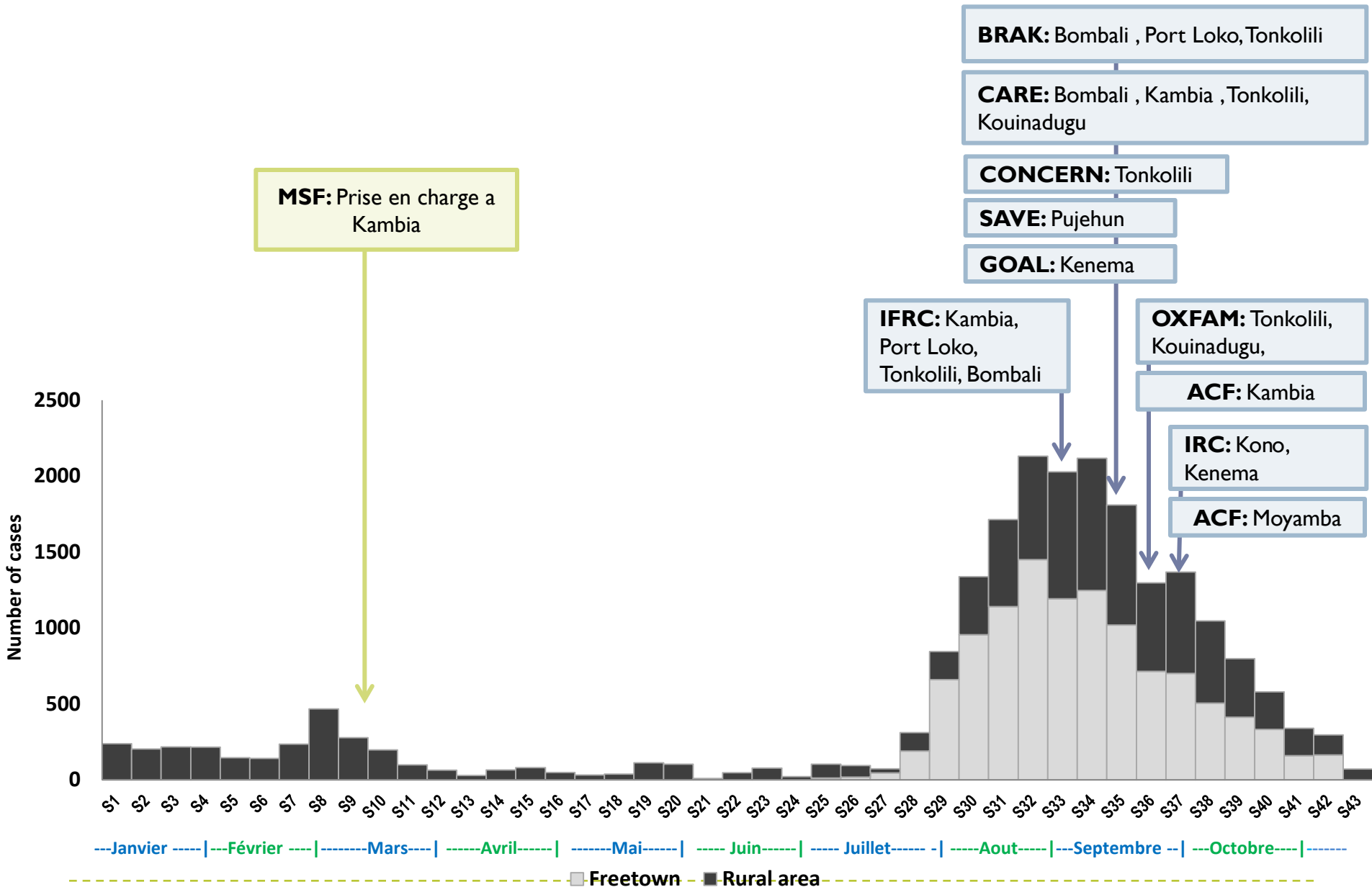
### ▶ Santé

- 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

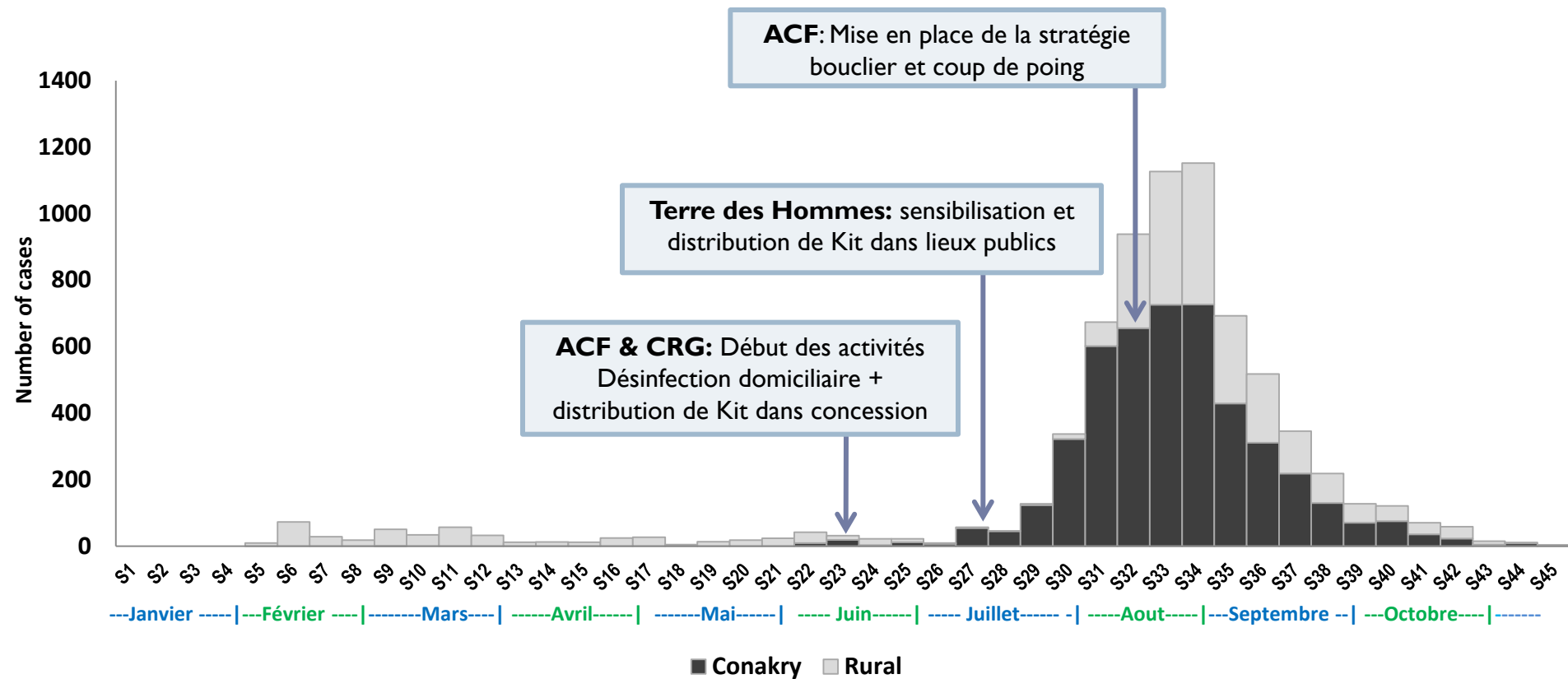
# Dates clés pour la réponse des acteurs en zone rural - SL



# 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



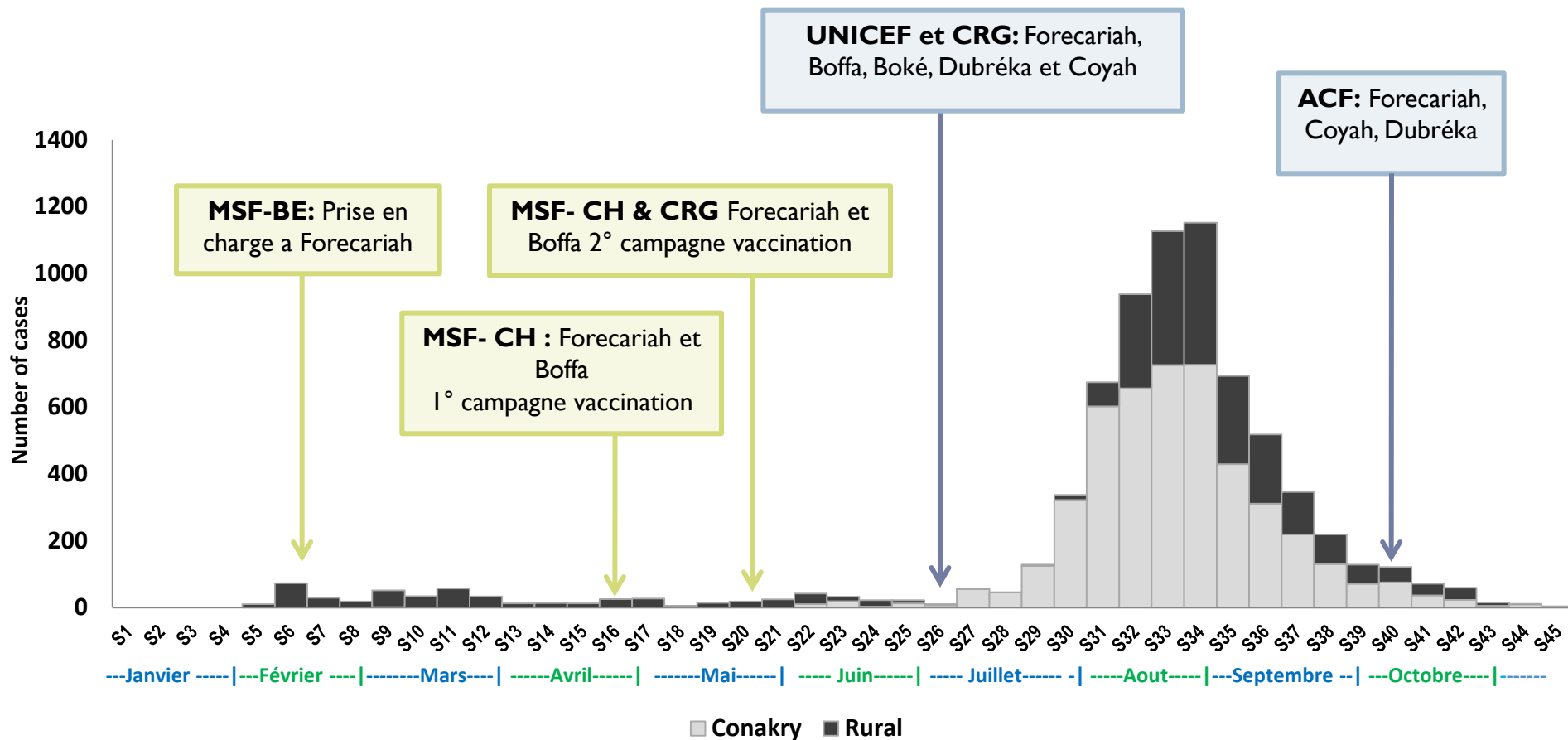
## Highligh de la réponse a Conakry

### ▶ **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<sup>ier</sup> 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<sup>er</sup> 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