

## Faits saillants à fin février 2016 :

**Bénin** : 28 cas suspects de choléra dont 9 enfants de moins de 5 ans entre le 17 et le 25 février, dans l'arrondissement de Houedomé, commune d'Aguégus, département de l'Ouémé. La prise en charge et la prévention sont coordonnées par la zone sanitaire PAS (Porto novo-Aguégus et Seme Kpodji) en appui au personnel du centre de santé de Houedomé (centre de prise en charge). Trois (3) prélèvements effectués à la date du 17 février dont un (1) s'est révélé positif au *Vibrio cholerae* O1 après culture au laboratoire national (voir verso).

**République Démocratique du Congo** : Transmission importante et taux de létalité accru (3,6% en semaine 6) au cours des dernières semaines sur le Haut-Lomami, particulièrement Kinkondja, et sur le Tanganyika, et dans une moindre mesure, persistance des cas sur les zones de santé d'Alunguli et de Kindu du Maniema. L'incidence dans ces provinces est largement supérieure à l'incidence moyenne à la même période. Egalement situation préoccupante sur la zone de santé de Goma (nord-Kivu) avec augmentation constante depuis le rapportage de cas de la semaine 3. L'apparente baisse des semaines 5 et 6 est due au manque de complétude des données pour les provinces d'Ituri, Sud Kivu et Tshopo.

## Highlights at the end of February 2016:

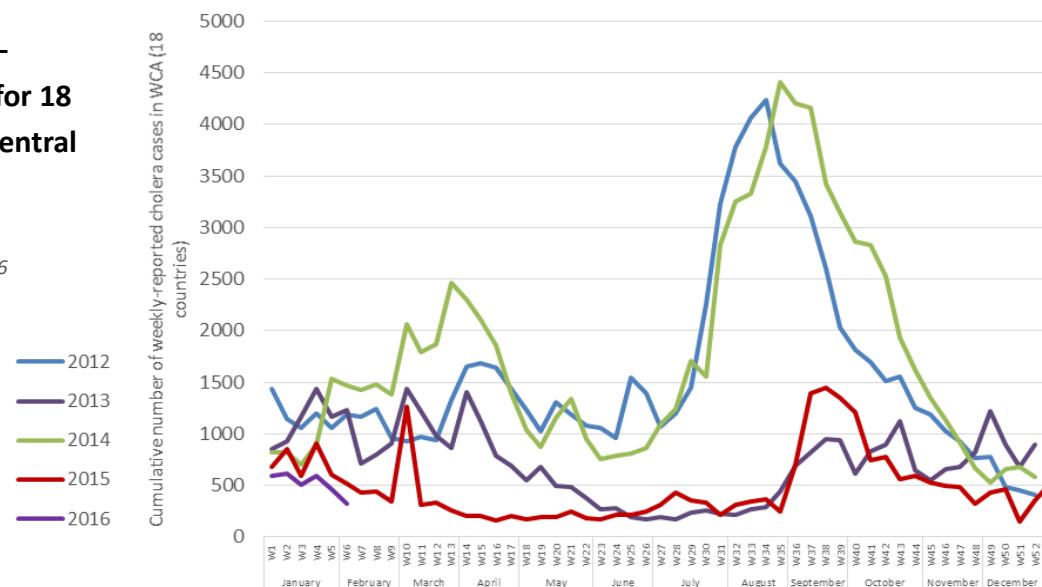
**Benin**: 28 cholera suspected cases including 9 children aged below 5 years old, from February 17-25, in Houédomé quarter, Commune Aguégus, Ouémé County. Prevention and medical care are coordinated by the Health Zone Authority (Porto Novo-novo-Aguégus et Seme Kpodji) supporting staff from Houedome health care center. Three (3) samples were taken on February 17<sup>th</sup> including one (1) bacteriologically confirmed (*Vibrio cholera* O1) by the National Laboratory (see back page).

**Democratic Republic of Congo**: High transmission and important case fatality ratio (3.6% in W6) ongoing for the past weeks in Haut-Lomami, notably Kinkondja, and in Tanganyika provinces, and to a lesser extent, sustained transmission in Alunguli and Kindu Health areas in Maniema province. Cholera incidences are highly above the average incidence – data recorded at the same period from 2009-2015. In addition, the situation is worrying in Goma Health Area (North Kivu) a constant increase of cases since week 3. The alleged decrease in weeks 5 and 6 are due to the lack of completeness from Ituri, South Kivu and Tshopo provinces.

Country Name	2016						Trends on CFR 2016			Onset week, 2016	Total 2016			Cases in 2015	
	W1	W2	W3	W4	W5	W6	W4	W5	W6		Cases	Deaths	CFR	W1-6	Total
Benin	0	0	0	0	0	1	-	-	0,0%	Week 6	1	0	0,0%	-	-
Burkina Faso	0	0	0	0	0	0	-	-	-		0	0	-	-	-
Cameroon	0	0	0	0	0	0	-	-	-		0	0	-	-	123
Central African Republic	0	0	0	0	0	0	-	-	-		0	0	-	-	-
Chad	0	0	0	0	0	0	-	-	-		0	0	-	-	-
Congo	0	0	0	0	0	0	-	-	-		0	0	-	-	-
Congo (RD)	579	581	469	585	462	306	1,0%	1,3%	3,6%	Week 1	2 982	35	1,2%	3 000	19 182
Cote d'Ivoire	0	0	0	NC	NC	NC	-	-	-		0	0	-	114	200
Ghana	0	0	0	0	0	0	-	-	-		0	0	-	113	687
Guinea	0	0	0	0	0	0	-	-	-		0	0	-	-	-
Guinea Bissau	0	0	0	0	0	0	-	-	-		0	0	-	-	-
Liberia	0	0	0	0	0	0	-	-	-		0	0	-	-	-
Mali	0	0	0	0	0	0	-	-	-		0	0	-	-	-
Niger	0	0	0	0	0	0	-	-	-		0	0	-	51	51
Nigeria	15	27	33	5	4	10	0,0%	0,0%	0,0%	Week 1	94	0	0,0%	813	5 301
Sénégal	0	0	0	0	0	0	-	-	-		0	0	-	-	-
Sierra Leone	0	0	0	0	0	0	-	-	-		0	0	-	-	-
Togo	0	0	0	0	0	0	-	-	-		0	0	-	50	50
Lake Chad River Basin	15	27	33	5	4	10					94	0	0	864	5 475
Congo River Basin	579	581	469	585	462	306					2 982	35	1,2%	3 000	19 182
Guinea Gulf Basin	-	-	-	-	-	1					1	0	0	277	937
WCAR	594	608	502	590	466	317					3 077	35	1,1%	4 141	25 594

## Evolution of the weekly-reported cholera cases for 18 countries in West and Central Africa.

Data from W1 of 2012 to W6 of 2016



## Sources :

Ministères de la Santé, OMS - Situation de l'épidémie de Choléra en Afrique de l'Ouest, Bulletins et Sitreps des bureaux pays UNICEF, Plate forme Cholera pour l'Afrique Centrale et de l'Ouest. Les données sont rétrospectivement mis à jour lorsque de nouvelles informations sont fournies

## Rappel sur les leçons apprises de l'épidémiologie choléra du Bénin (Extrait UNICEF cholera factsheet Bénin : [à télécharger sur le site Unicef Cholera – www.unicef.org/cholera](http://www.unicef.org/cholera))

Le choléra est apparu pour la première fois au Bénin en 1970. Depuis 1990, des épidémies importantes ont été enregistrées en 1991, 1996 et 2001, même si la tendance générale montre une diminution annuelle du nombre de cas. Malgré l'absence de cas en 2015, les départements du Littoral et de l'Atlantique enregistrent habituellement des cas de choléra presque chaque année (9 années sur 10). L'épidémie de 2016 tombe dans l'une des périodes épidémiques précédemment identifiées : la longue saison sèche qui donne habituellement des épidémies courtes, d'amplitude moyenne et avec une émergence ± à la semaine 9 (fin février).

Les démarrages épidémiques et les diffusions transfrontalières ont lieu principalement dans les régions côtières avec une récurrence pour les communes de So-Ava, Littoral (avec la capitale Cotonou) et Abomey-Calavi. Les zones à haut risque de choléra le long de la côte (voir carte ci-contre) sont situées sur un couloir de propagation depuis et vers les pays voisins (Togo, Nigeria et Ghana). Ceci souligne l'importance des activités transfrontalières pour ces régions. Au vu de la situation actuelle au Bénin, nous encourageons l'ensemble des partenaires présents dans les départements côtiers, de renforcer les activités de réponse et prévention du choléra dans les zones non-affectées via un appui au système de détection précoce et de surveillance épidémiologique (besoin exprimé pour la mise à disposition de milieu Cary-Blair, réactifs pour la confirmation bactériologique et Tests de Diagnostic Rapide), un appui au niveau des capacités de prise en charge médicale très limitées, et à la mise en place de mécanismes de coordination intersectoriels et transfrontaliers. Par ailleurs, les activités de sensibilisation menées jusqu'alors par les agents de santé et relais communautaires ont besoin d'être maintenues et étendues, en ciblant les communautés affectées (fonction des fiches d'investigations épidémiologiques) et celles identifiées à haut risque lors d'études précédentes (communautés lacustres de la commune de So-Ava ; communautés de pêcheurs le long de la lagune à Cotonou ; populations vivant et travaillant dans les lieux d'échanges commerciaux réguliers avec le Nigeria à Seme Kpodji, Porto-Novo et So-Ava ; les vendeurs des rues).

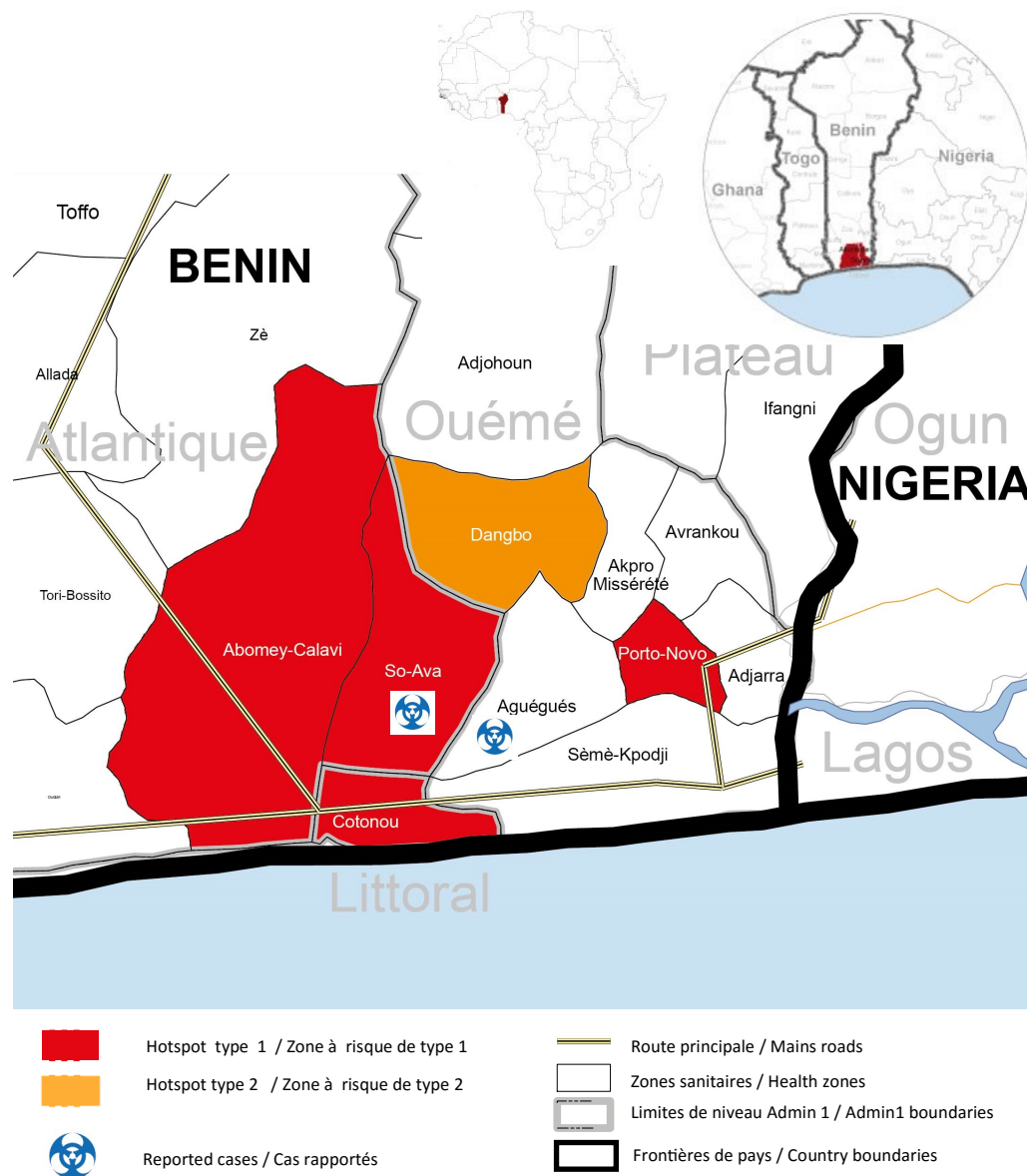
## Reminder on lessons learnt from previous cholera epidemics in Benin (Extract from UNICEF cholera factsheet Benin – English version to download on [www.unicef.org/cholera](http://www.unicef.org/cholera)).

Cholera was first reported in Benin in 1970. Since 1990, there have been large outbreaks in 1991, 1996 and 2001, even if the overall yearly trend shows a decrease in size over time. Despite the absence of cholera cases in 2015, Littoral and Atlantique departments almost reported cholera cases nearly every year (9 years out of 10). The 2016 outbreak falls in one of the 2 previously identified epidemic period: during the long dry season with short outbreaks of middle amplitude and with an emergence ± in week 9 (late February).

Onsets of outbreaks and cross-border spread are mainly occurring in the coastal departments, with recurrence for So-Ava, Littoral (with capital city Cotonou) and Abomey-calavi communes. High-risk cholera areas along the coastline (see the map aside) are located on corridors where outbreaks spread from and to neighbouring countries (Togo, Nigeria and Ghana). This highlights the importance of cross-border activities for these coastal regions. Regarding the current epidemic situation, we advocate to every implementing partners working in coastal regions to reinforce cholera response, and prevention activities in non-affected areas, via supporting early detection and epidemiological surveillance system (request formulated for Cary-Blair and reagents for bacteriological confirmation, and RDTs), medical response capacities which would be overwhelmed in case of an increase in cholera cases, and cross-sectoral and cross-border coordination. In addition, community outreach activities implementing by community health workers and have to be maintained and expanded, with a specific emphasis on affected communities (based on field investigations) and high risk communities, identified though previous studies (lakeside communities in So-ava commune; fishermen communities located along the Lagoon in Cotonou; people related with regular trade with Nigeria in Seme Kpodji, Porto-Novo and So-Ava; food vendors)

## Benin : Localisation des zones à risque et affectées des cas à la S8 de 2016

## Benin: Location of cholera hotspots and affected areas at the end of W8 – 2016.



**Hotspot Type 1 (T.1) :** High risk area – high epidemic frequency (>90ieth percentile) and longer epidemic period (>40ieth percentile).

**Hotspot Type 2 (T.2) :** Fair risk area with a moderate epidemic frequency (between 80ieth et le 90ieth percentile) and long epidemic period (>40ieth percentile).