

Pays	Cas en 2015																Taux de létalité 2015			Semaine d'apparition, 2014	Total 2015			Cas en 2014						
	S1-10	S11-20	S21-30	S31	S32	S33	S34	S35	S36	S37	S38	S39	S40	S41	S42	S43	S44	S45	S46		S44	S45	S46	Cas	Décès	Létalité	S1-46	Total		
Republique Centrafricaine	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	-	-	0.0%	-	-			
Burkina Faso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	-	-	0.0%	-	-			
Mauritanie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	-	-	0.0%	-	-			
Mali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	-	-	0.0%	-	-			
Sierra Leone	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	-	-	0.0%	-	-			
Congo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	-	-	0.0%	-	-			
Guinée	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	-	-	0.0%	-	-			
Guinée Bissau	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	-	-	0.0%	2	2			
Tchad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	-	-	0.0%	18	18			
Libéria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	-	-	0.0%	152	153			
Benin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	-	-	0.0%	60	60			
Togo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	-	-	0.0%	826	874			
Niger	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	Week 1	50	2	4.0%	252	329		
Nigeria**	51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	Week 1	51	4	7.8%	1,749	2,059		
Cote d'Ivoire	126	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	Week 1	126	2	1.6%	133	248		
Cameroon	2	0	10	1	0	4	3	3	2	0	1	17	11	7	5	10	6	7	NA	0.0%	0.0%	NA	Week 8	89	5	5.6%	3,250	3,355		
Ghana	358	230	68	9	0	0	0	8	6	2	2	1	1	0	0	2	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	Week 1	687	10	1.5%	27,824	28,944		
Rép. Dém Congo	4194	1751	1547	132	187	270	221	173	540	910	1219	1259	965	600	303	206	305	197	238	0.0%	0.0%	0.0%	Week 1	15,227	219	1.4%	17,263	19,305		
Nigeria**	1829	237	1075	71	118	73	137	59	155	482	223	56	223	162	204	51	16	2	0	0.0%	0.0%	0.0%	Week 1	5,172	184	3.6%	35,797	35,996		
<b>Bassin du Lac Tchad</b>	<b>1,881</b>	<b>237</b>	<b>1,085</b>	<b>72</b>	<b>118</b>	<b>77</b>	<b>140</b>	<b>62</b>	<b>157</b>	<b>482</b>	<b>224</b>	<b>73</b>	<b>234</b>	<b>169</b>	<b>209</b>	<b>61</b>	<b>22</b>	<b>9</b>	-	-	-	-	-	-	<b>5,312</b>	<b>193</b>	<b>3.6%</b>	<b>40,948</b>	<b>41,563</b>	
<b>Bassin du Fleuve Congo</b>	<b>4,194</b>	<b>1,751</b>	<b>1,547</b>	<b>132</b>	<b>197</b>	<b>270</b>	<b>221</b>	<b>173</b>	<b>540</b>	<b>910</b>	<b>1,219</b>	<b>1,259</b>	<b>965</b>	<b>600</b>	<b>303</b>	<b>206</b>	<b>305</b>	<b>197</b>	<b>238</b>	-	-	-	-	-	-	<b>15,227</b>	<b>219</b>	<b>1.4%</b>	<b>17,263</b>	<b>19,305</b>
<b>Bassin du Golf de Guinée</b>	<b>534</b>	<b>230</b>	<b>68</b>	<b>9</b>	-	-	-	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	-	-	<b>2</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>883</b>	<b>14</b>	<b>1.6%</b>	<b>29,115</b>	<b>30,475</b>	
<b>Région Afrique Centrale et de l'Ouest - RACO</b>	<b>6,809</b>	<b>2,218</b>	<b>2,700</b>	<b>213</b>	<b>315</b>	<b>347</b>	<b>361</b>	<b>243</b>	<b>703</b>	<b>1,394</b>	<b>1,445</b>	<b>1,333</b>	<b>1,200</b>	<b>769</b>	<b>512</b>	<b>269</b>	<b>327</b>	<b>206</b>	<b>238</b>	-	-	-	-	-	<b>21,402</b>	<b>426</b>	<b>2.0%</b>	<b>87,326</b>	<b>91,343</b>	

(\*\*) Les données du Nigeria pour les S45 et S46 sont incomplètes et toujours en cours de consolidation.

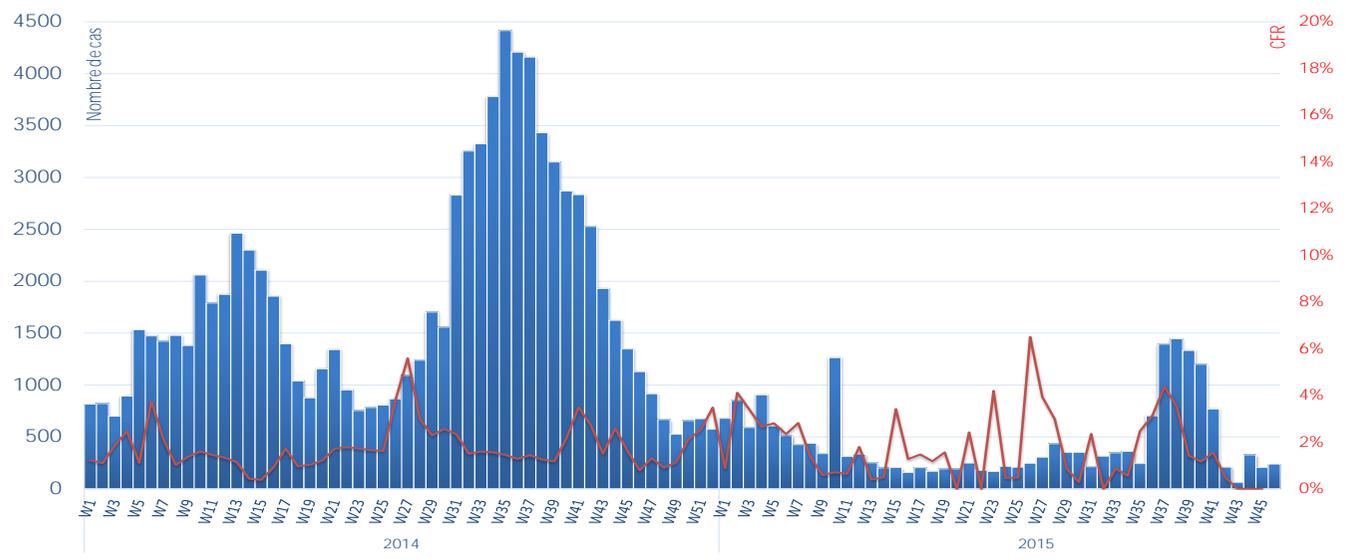
**Fin de l'épidémie au Ghana**

Les autorités Ghanéennes ont annoncé, cette fin de semaine, la fin de l'épidémie de choléra après 3 semaines sans nouveau cas déclaré. En semaine 44, 3 cas suspects avaient été rapportés dans le district du bas Manya-Krobo, région Est, mais sont revenus négatifs en culture pour le *Vibrio cholerae*. En outre, la recherche active de cas n'a identifié aucun cas supplémentaire, ce qui a permis aux autorités compétentes d'annoncer la maîtrise de l'épidémie de choléra. Toutefois, ces derniers appellent à maintenir les activités de prévention, particulièrement les programmes d'eau, d'hygiène et d'assainissement, de mobilisation sociale et d'éducation publique, et la surveillance active. Les acteurs et bailleurs de fonds sont ainsi encouragés à orienter leurs efforts et contributions vers les activités de prévention durable et de contingence du choléra.

**Flambée toujours importante dans le Maniema et le district de Fizi dans le Sud-Kivu, RDC**

Responsable de près de 82% des cas rapportés, la flambée dans le Maniema et le district de Fizi dans le sud-Kivu reste préoccupante. Des investigations sont en cours dans le Maniema pour permettre d'orienter les actions de réponse apportée. A noter par ailleurs que selon le médecin directeur de la Division Provinciale de Santé (DPS) / Ituri, dix-neuf (19) cas de l'épidémie de choléra sont notifiés dans trois(3) localités riveraines du lac Albert.

Cas et taux de létalité de 2014 à 2015 (Semaine 46)



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

## Vigilance accrue et maintien d'activités de prévention dans les 4 pays du bassin du Lac Tchad (Nigeria, Cameroun, Niger et Tchad)

Mardi 24 novembre, un cas de choléra a été diagnostiqué et confirmé à l'Hôpital de Maradi, Niger. Le Médecin Chef de District de la commune de Maradi a confirmé qu'il s'agissait d'une femme ayant séjourné récemment au Nigéria. A ce jour, il est à noter que la femme a été prise en charge et traitée, et qu'il semblerait que ceci reste un cas isolé selon les autorités. L'investigation est en cours et les résultats seront communiqués prochainement.

Ce cas illustre qu'il est primordial d'accroître la vigilance aux zones frontalières du Niger (régions de Maradi, Zinder et Diffa) et du Tchad (Mayo-Kebbi-Est et Mayo-Kebbi-Ouest) et d'assurer la mise en œuvre et le maintien d'activités de prévention. Ces activités doivent cibler en particulier les marchés transfrontaliers, le commerce formel et informel entre ces régions et les populations qui migrent sur ces axes.

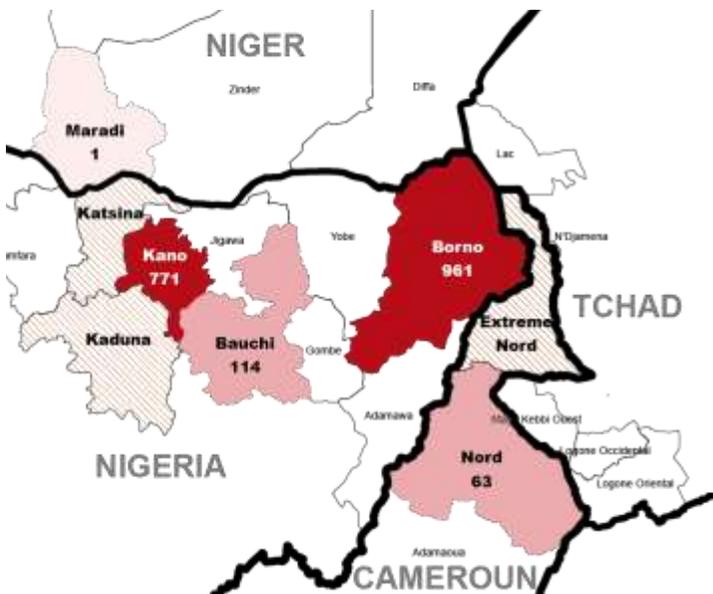
Sur les zones en cours de flambées (Nigeria et Cameroun), les activités de ripostes doivent se baser sur les résultats des enquêtes épidémiologiques.

Au Cameroun, l'analyse du contexte de transmission a mis en évidence des voies de contaminations prioritaires via les sources d'eau utilisées (puits et eau de surface) et les conditions d'hygiène intra-domiciliaire.

La réponse apportée par les partenaires dans les aires de santé touchées (Adoumri à Bibemi et Douroum à Guider) a ainsi porté sur des désinfections intra domiciliaires, la mise à disposition de produits de désinfection, d'hygiène et de traitement de l'eau à domicile. Des campagnes de communication de proximité sur le respect des règles élémentaires d'hygiène, ou encore détaillant des techniques simples de potabilisation de l'eau, ont été tenues.

### DISTRICTS SANITAIRES AVEC FLAMBÉES EN COURS

Cumul des cas de S15 à S48



Le puits incriminé a également été temporairement fermé.

Ce travail diligemment mené a permis ainsi la réduction de la propagation et en fin de semaine 47, aucun nouveau cas n'avait alors été enregistré à Bibemi ou Guider (Région Nord Cameroun).



## Utilisation du vaccin anticholérique oral (VCO) dans les situations d'urgence

UNICEF met en œuvre un projet intitulé « Le pilotage de l'utilisation du vaccin anticholérique oral (VCO) dans les situations d'urgence dans une stratégie intégrée ». Ce projet financé par la Fondation Bill et Melinda Gates a débuté en Novembre 2013. Il prendra fin le 31 Décembre 2015. Ce projet vise à intégrer la surveillance, l'Eau l'Hygiène et l'Assainissement (EHA) et l'Information, l'Education et la Communication (IEC) dans la lutte contre le choléra.



OMS/Alti Ngehi

Ce projet couvre le Cameroun, le Tchad, la RDC, la Sierra Leone et le Niger. Les partenaires d'exécution du projet sont International Medical Corps (IMC) et International Refugee Committee (IRC). Dans le cadre de ce projet, les partenaires d'exécution avec l'appui de l'UNICEF ont organisé un atelier régional sur le vaccin anticholérique du 10 au 12 Novembre à Lomé. Les objectifs de l'atelier étaient : 1) de décrire le processus d'intégration du vaccin contre le choléra dans les stratégies nationales d'élimination et de lutte contre le choléra ; 2) de partager les leçons apprises et les bonnes pratiques pour l'intégration du vaccin campagne choléra dans les stratégies nationales d'élimination et de la lutte contre le choléra. Tous les pays de la région actuellement touchés par le choléra étaient représentés. Les partenaires ont présenté les leçons apprises des campagnes VCO d'urgence qu'ils ont menées au Cameroun et au Soudan du Sud. Ils ont également partagé leurs expériences sur leurs tentatives pour mener la campagne au Tchad et en RDC cette année. Le Niger qui est au stade de l'introduction du VCO dans son plan national d'élimination et de lutte contre le choléra a décrit son expérience.

Les principales leçons tirées de l'expérience des partenaires sont les suivantes :

- Bien que les vaccins soient distribués gratuitement par GAVI (Alliance Mondiale pour la Vaccination et l'Immunisation), les coûts opérationnels ne sont pas couverts par GAVI. Cela reste un goulot d'étranglement dans l'intégration du VCO dans le plan d'élimination et de lutte contre le choléra des pays ;
- Les parties prenantes doivent être bien imprégnés de la campagne dès sa planification jusqu'à sa mise en œuvre (en particulier l'entité responsable de la vaccination dans le pays). Une campagne a failli être annulée car le partenaire n'avait pas impliqué le PEV du pays ;
- Un troisième tour (tour de rattrapage) pour une campagne est parfois nécessaire parce que beaucoup de gens sont réticents à prendre le vaccin lors du premier tour. Ils regardent leurs voisins être vaccinés en premier et si tout va bien, ils viendront se faire vacciner au deuxième tour. Mais le vaccin est efficace qu'après deux doses ;
- Assurer la participation des leaders de la communauté dans les activités de sensibilisation et de communication pour éviter la propagation de rumeurs sur le vaccin. Ceci est particulièrement nécessaire dans les petits villages de province ;
- Comme il n'y a que deux millions de doses produites par an, le vaccin est une ressource précieuse. Les critères d'éligibilité sont stricts et le processus d'obtention du vaccin est fastidieux. De nombreux pays ne parviennent pas à achever les procédures administratives à temps pour répondre à une épidémie ;
- Le vaccin a un goût horrible et les enfants ont tendance à le cracher. Le vaccin est beaucoup plus accepté par les enfants si, immédiatement après la vaccination, on leur donne un bonbon pour masquer le goût ;
- Le vaccin a peu d'effets secondaires (moins de 1% des personnes vaccinées ont eu des effets secondaires). La prise en charge de ces effets secondaires doit être budgétisée pour être en mesure d'offrir les soins appropriés aux personnes qui les auront.

Plus d'informations sur le VCO sont disponibles sur : [http://www.who.int/cholera/vaccines/ocv\\_stockpile\\_2013/en](http://www.who.int/cholera/vaccines/ocv_stockpile_2013/en)