

Semaine / **Week 33 (12 au 18/08/19) 26 Août 2019 / August 26, 2019**

Contenu

- Situation Epidémiologique de la poliomyélite, - Situation Epidémiologique du choléra, - Epidémie à Virus Ebola en République

Démocratique du Congo (RDC) : mise à jour.

Contenus

- Epidemiological situation of poliomyelitis, - Epidemiological situation of cholera, - Ebola Virus epidemic in the Democratic Republic of Congo (DRC): Update.

Situation épidémiologique de la poliomyélite dans l'espace CEDEAO

Le 23 Août 2019, les autorités sanitaires du Ghana ont confirmé un cas de poliovirus type 2 circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc 2) dans la zone d'Andonyama du district de Chereponi, province du Nord du Pays. Il s'agit d'une fillette de 32 mois (pas d'information sur son statut vaccinale) qui a développé une paralysie flasque aigue le 23 juillet 2019. L'échantillon de selles prélevé le 27 juillet 2019 a été confirmé positif le 17 Août 2019, constituant ainsi le premier cas de PVDVc 2 isolé chez un humain au Ghana. Auparavant, un PVDVc2 avait été isolé à partir d'un échantillon

environnemental prélevé le 11 juin 2019 dans la province du Nord du Pays. Les deux poliovirus isolés sont génétiquement liés au foyer de PVDVc à Jigawa, Nigeria, apparu en 2018.

Le Ministère de la Santé du Ghana a déployé une équipe Nationale pour appuyer le district de Chereponi dans les enquêtes épidémiologiques et virologiques qui sont menées et l'organisation de la riposte.

Dans la semaine, aucun autre cas de poliovirus n'a été signalé dans l'espace CEDEAO. Depuis le début de l'année 2019, **19** cas de PVDVc 2 ont été confirmés dans l'espace CEDEAO (16 cas au Nigéria, 01 cas au Bénin, 01 au Ghana et 01 cas au Niger). En 2018, il y a eu 44 cas de PVDVc 2 notifiés dans l'espace CEDEAO (34 cas au Nigéria et 10 au Niger).

Epidemiological situation of poliomyelitis in the ECOWAS region

On August 23, 2019, Ghanaian health authorities confirmed a case of circulating type 2 poliovirus derived from a vaccine strain (cVDPV 2) in the Andonyama area of Chereponi district, northern province of the country. She is a 32-month-old girl (no information on her vaccination status) who developed acute flaccid paralysis on 23 July 2019. The stool sample collected on July 27 was confirmed positive on August 17, 2019, making it the first case of cVDPV 2 isolated from a human in Ghana. Previously, a cVDPV2 had been isolated from an environmental sample taken on June 11, 2019 in the northern

province of the country. The two isolated polioviruses are genetically linked to the outbreak of cVDPV in Jigawa, Nigeria, which occurred in 2018.

The Ghana's Ministry of Health has deployed a National Team to support Chereponi District in the epidemiological and virological investigations being conducted and the organization of the response.

No other cases of poliovirus were reported in the ECOWAS region during the week. Since the beginning of 2019, **19** cases of cVDPVP 2 have been confirmed in the ECOWAS region (16 in Nigeria, 01 in Benin, 01 in Ghana and 01 in Niger). In 2018, there were 44 cases of cVDPVP2 reported in the ECOWAS region (34 cases in Nigeria and 10 in Niger).

Fig 1: Localisation des cas de PVDVc dans l'espace CEDEAO en 2019 / Location of cVDPV cases in the ECOWAS region in 2019.

Sources d'information: OOAS, OMS Website, WHO/AFRO_OEW, Sitrep Adamawa State, ECDC Website, Website of Polio Global Eradication Initiative.

Avec la notification des premiers cas de PVDVc2 au Bénin et au Ghana, l'espace CEDEAO connaît une expansion géographique de cette infection (2 pays touchés en 2018 contre 4 en 2019). Les crises humanitaires et les faibles couvertures vaccinales (en dessous de 80% dans la plupart des Etats Membres) augmentent l'accumulation des poches d'enfants non vaccinés dans l'espace CEDEAO et ceci maintient à un niveau élevé le risque de propagation du PVDV2 dans toute l'Afrique de l'Ouest.

A cet effet, l'OOAS qui soutient les objectifs mondiaux d'éradication du poliovirus sauvage et d'élimination des poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales, encourage les Etats Membres à :

✓ renforcer la surveillance épidémiologique de la paralysie flasque aiguë (PFA) et environnementale afin de détecter promptement toute importation de virus et de faciliter une action rapide.

With the notification of the first cases of cVDPV2 in Benin and Ghana, the ECOWAS region is experiencing a geographical expansion of this infection (2 countries affected in 2018 compared to 4 in 2019). Humanitarian crises and low immunization coverage (below 80% in most Member States) increase the accumulation of unimmunized child in the ECOWAS region and this keeps the risk of the spread of VDPV2 throughout West Africa at a high level.

To this end, WAHO, which supports the global objectives of eradicating wild poliovirus and eliminating circulating polioviruses derived from vaccine strains, encourages Member States to:

✓ strengthen epidemiological surveillance of acute flaccid paralysis (AFP) and environmental epidemiology in order to promptly detect any virus imports and facilitate rapid action.

✓ améliorer l'accès aux services de vaccination

pour

✓ improve access to immunization services for

les enfants les plus vulnérables. ✓ poursuivre les efforts d'amélioration de la couverture vaccinale systématique (plus de 80%) au niveau des districts avec le VPOb et le VPI afin de réduire au maximum les conséquences d'éventuelles introductions du virus.

the most vulnerable children. ✓ continue efforts to improve routine immunization coverage (over 80%) at the district level with OPVb and IPV in order to minimize the consequences of possible virus introduction.

Sources d'information: OOAS, OMS Website, WHO/AFRO_OEW, Sitrep Adamawa State, ECDC Website, Website of Polio Global Eradication Initiative.

**Situation épidémiologique du choléra
dans l'espace CEDEAO**

Au Bénin, **01** nouveau cas de choléra a été

confirmé et zéro décès à la semaine 33 (2019). Entre le 03 juillet (date de déclaration de l'épidémie) et le 18 août 2019, **15** cas confirmés de choléra dont zéro décès ont été enregistrés dans les communes de Zè (3) et Sô-Ava (2) dans le département de l'Atlantique et Cotonou (10) dans le Département Littoral (voir figure 2).

Les interventions de riposte sont en cours et visent la communication sur les risques et l'engagement communautaire, le traitement de l'eau de consommation dans des zones n'ayant pas accès à l'eau potable, la formation du personnel sur la prévention et le contrôle de l'infection, le renforcement de la surveillance épidémiologique et de la capacité du laboratoire.

Epidemiological situation of cholera in the ECOWAS region

In Benin, **01** new cholera cases was confirmed and zero deaths at week 33 (2019). Between July 03 (declaration of the epidemic) and August 18, 2019, **15** confirmed cases of cholera with zero deaths were recorded in the communes of Zè (3) and Sô-Ava (2) in the Atlantic Department and Cotonou (10) in the Coast Department (Figure 2).

Response interventions are ongoing and include risk communication and community engagement, treatment of drinking water in areas without access to safe drinking water, training of staff on infection prevention and control, strengthening epidemiological surveillance and laboratory capacity.

Fig 2 : Localisation des cas confirmés de choléra dans les communes, Bénin 2019 / Location of confirmed cholera cases in communes, Benin 2019.

4

Au Nigéria, L'épidémie de choléra reste toujours concentrée dans les Etats du nord-est notamment celui de l'Adamawa et de Borno. A la semaine 33 (2019), l'Etat d'Adamawa a rapporté **47** cas de choléra avec zéro nouveaux décès.

Entre le 15 Mai 2019 (date de début de l'épidémie) et le 16 Août 2019, l'Etat d'Adamawa, a

signalé **633** cas dont 4 décès dans 4 zones administratives : Yola Nord avec 389 cas dont 2 décès (létalité 0,51%) ; Girei avec 169 cas dont 1 décès (létalité 0,59%), Yola Sud avec 74 cas et 1 décès (létalité 1,31%) et Song avec 01 cas dont 0 décès (létalité 0%).

Jusqu'à présent, 149 échantillons ont été testés positifs à la culture et ont donné des croissances typique de *Vibrio cholerae* et les résultats de 7 isolats du laboratoire de référence ont révélé le sérotype O1.

Sources d'information: OOAS, OMS Website, WHO/AFRO_OEW, Sitrep Adamawa State, ECDC Website, Website of Polio Global Eradication Initiative.

In Nigeria, the cholera epidemic remains concentrated in the northeastern states of Adamawa and Borno. At week 33 (2019), Adamawa State reported 47 cases of cholera with zero new deaths.

Between May 15, 2019 (onset of the epidemic) and August 16, 2019, Adamawa State reported 633 cases, including 4 deaths in 4 administrative areas: North Yola with 389 cases, including 2 deaths (CFR= 0.51%); Girei with 169 cases, including 1 death (CFR= 0.59%), South Yola with 74 cases and 1 death (CFR= 1.31%) and Song with 01 cases including 0 death (CFR= 0%).

To date, 149 samples have tested positive for culture and have given growths typical of *Vibrio cholerae* and the results of 7 isolates from the reference laboratory have revealed serotype O1.

Fig 2 : Localisation des cas confirmés de choléra dans les communes, Bénin 2019 / Location of cVDPV cases in the ECOWAS region in 2019.

Number of cases at the end of July

Entre les semaines 01 et 33 de 2019, le nombre de cas de choléra notifié dans l'espace CEDEAO, s'élevaient à **164** cas confirmés (15 au Bénin, 149 au Nigéria) et à **04** décès (04 au Nigéria), soit une létalité de **2,4** %.

Between weeks 01 and 33 of 2019, the number of cholera cases reported in the ECOWAS region amounted to **164** confirmed cases (15 in Benin, 149 in Nigeria) and **04** deaths (04 in Nigeria), representing a lethality of **2.4**%.

Les pays de la CEDEAO se sont engagés à mettre un terme aux flambées de choléra d'ici à 2030. L'objectif est de réduire de 90 % l'ampleur des flambées de choléra, plus particulièrement parmi les populations vulnérables et lors des crises humanitaires, par la mise en œuvre d'approches intégrées et globales impliquant des activités à la fois dans et hors du secteur de la santé, notamment:

ECOWAS countries have committed to halting cholera outbreaks by 2030. The objective is to reduce the scale of cholera outbreaks by 90%, particularly among vulnerable populations and during humanitarian crises, through the

implementation of integrated and comprehensive approaches involving activities both within and outside the health sector, in particular:

- ✓ l'amélioration de la Surveillance épidémiologique et biologique pour identifier les zones d'endémie et détecter, confirmer et réagir rapidement en cas d'épidémie ;
- ✓ le renforcement de la surveillance transfrontalière,
- ✓ l'augmentation des investissements pour un accès à l'eau potable et à l'assainissement en faveur des communautés les plus vulnérables, ainsi que la promotion d'un système d'eau potable et de services d'assainissement et d'hygiène;
- ✓ l'engagement de la communauté pour des changements de comportement et de

meilleures pratiques d'hygiène notamment la promotion du lavage des mains et des pratiques sûres de manipulation des aliments; ✓ l'accès rapide à des traitements, tels que la solution de réhydratation orale (SRO), utilisée pour traiter avec succès la plupart des cas, et les liquides intraveineux et antibiotiques pour les cas graves; ✓ l'immunisation avec un vaccin oral contre le choléra (OCV) dans les contextes endémiques, épidémiques et humanitaires. La vaccination anticholérique ne doit cependant jamais se substituer aux mesures d'hygiène citées précédemment. Il existe actuellement 3 vaccins anticholériques oraux (VCO) préqualifiés par l'OMS : Dukoral®, Shanchol™, et Euvichol®. La vaccination de masse, avec une dose unique pour la protection à court terme, est la stratégie de prédilection pour les campagnes réactives lors d'épidémies, permettant ainsi de contrôler l'épidémie. Le vaccin est bien toléré et protège à près de 90 % dans les 6 mois suivant la vaccination puis à 50 % dans les 3 ans suivants. Si le risque de choléra persiste, une deuxième dose est nécessaire pour assurer la protection à long terme (2 à 3ans selon le vaccin utilisé).

- ✓ improving epidemiological and biological surveillance to identify endemic areas and detect, confirm and react quickly in the event of an outbreak;
- ✓ strengthening cross-border supervision,
- ✓ increased investment in access to safe drinking water

and sanitation for the most vulnerable communities, as well as the promotion of a safe drinking water system and sanitation and hygiene services; ✓ community engagement for behaviour change and better hygiene practices, including the promotion of handwashing and safe food handling practices; ✓ rapid access to treatments, such as oral rehydration solution (ORS), used to successfully treat most cases, and intravenous fluids and antibiotics for severe cases; ✓ immunization with an oral cholera vaccine (OCV) in endemic, epidemic and humanitarian settings. However, cholera vaccination should never replace the hygiene measures mentioned above. There are currently 3 WHO prequalified oral cholera vaccines (OCVs): Dukoral®, Shanchol™, and Euvichol®. Mass vaccination, with a single dose for short-term protection, is the preferred strategy for reactive campaigns during epidemics, thus controlling the epidemic. The vaccine is well tolerated and provides nearly 90% protection within 6 months of vaccination and 50% protection within 3 years. If the risk of cholera persists, a second dose is necessary to ensure long-term protection (2 to 3 years depending on the vaccine used).

Sources d'information: OOAS, OMS Website, WHO/AFRO_OEW, Sitrep Adamawa State, ECDC Website, Website of Polio Global Eradication Initiative.

Fig 4 : Objectif en matière d'élimination du choléra à l'horizon 2030 en Afrique de l'Ouest et du Centre / Objective as regard cholera elimination by 2030 in West and Central Africa

Epidémie à Virus Ebola en République Démocratique du Congo (RDC) : mises à jour

A la date du 24 Août 2019, **2863** cas confirmés dont **1881** décès (létalité de **65,7** %).

Depuis notre dernier rapport sur la situation (données communiquées le 19 Août 2019), **80** nouveaux cas d'Ebola ont été confirmés et **41** décès signalés dans les trois provinces touchées.

Deux nouvelles zones sanitaires ont été touchées la semaine dernière : Mwenga (quatre

cas confirmés, dont deux décès) dans la province du Sud-Kivu, qui n'était pas encore touchée, et Pinga (premier cas confirmé) au Nord-Kivu. Depuis le début de l'épidémie le 1er août 2018, Vingt-neuf (29) zones sanitaires réparties dans les 3 provinces (Ituri, Nord- Kivu, Sud-Kivu) ont été affectées.

Ebola Virus epidemic in the Democratic Republic of Congo (DRC): Update.

As of August 24, 2019, **2,863** confirmed cases including **1,881** deaths (lethality of 65.7%).

Since our last situation report (data released on August 19, 2019), **80** new

cases of Ebola have been confirmed and **41** deaths reported in the 3 affected provinces.

Two new health zones were affected last week: Mwenga (four confirmed cases, including two deaths) in South Kivu

province, which was not yet affected, and Pinga (first confirmed case) in North Kivu. Since the outbreak began on 1 August 2018, 29 health zones in the 3 provinces (Ituri, North Kivu, South Kivu) have been affected.

Sources d'information: OOAS, OMS Website, WHO/AFRO_OEW, Sitrep Adamawa State, ECDC Website, Website of Polio Global Eradication Initiative.

Durant les 7 derniers jours, 18 parmi ces zones sanitaires ont signalés au moins 1 cas confirmé et celle de Béni reste le foyer le plus chaud de

l'épidémie.

7

During the last 7 days, 18 of these health zones have reported at least 1 confirmed case and the one in Beni remains the hottest outbreak of the epidemic.

Sources d'information: OOAS, OMS Website, WHO/AFRO_OEW, Sitrep Adamawa State, ECDC Website, Website of Polio Global Eradication Initiative.

Fig 5: Répartition géographique des cas confirmés et probables de MVE en RDC, au 21 août 2019 / Geographical distribution of confirmed and probable cases of EVD in DRC, as of 21 August 2019

La mise en œuvre des mesures d'intervention reste difficile dans les zones touchées en raison de la crise humanitaire prolongée, de l'instabilité de la situation sécuritaire et de la résistance de la population dans plusieurs secteurs. De plus la proportion importante des cas détectée parmi les personnes non identifiées comme contacts et la persistance des infections nosocomiales continuent de susciter une profonde inquiétude sur l'évolution de la situation.

Le risque de propagation de l'épidémie reste élevé aux niveaux national et régional et faible au niveau mondial.

The implementation of response measures remains difficult in the affected areas due to the protracted humanitarian crisis, the unstable security situation and the resilience of several sectors of the population. In addition, the high proportion of cases detected among people not identified as contacts and the persistence of nosocomial infections continue to be of serious concern to stakeholders.

The risk of the epidemic spreading remains high at the national and regional levels and low at the global level.

8

Sources d'information: OOAS, OMS Website, WHO/AFRO_OEW, Sitrep Adamawa State, ECDC Website, Website of Polio Global Eradication Initiative.

L'OOAS continue de suivre de près l'évolution de la

WAHO continues to closely monitor situation en RDC et rappelle les recommandations developments in the DRC and reiterates the suivantes :

following recommendations:

✓ Suivre la liste de contrôle consolidée pour

✓ Follow the consolidated checklist to improve améliorer la préparation à faire face à la maladie à

preparedness for Ebola disease, virus Ebola,

✓ Update response plans based on lessons ✓ Actualiser les plans de riposte en tenant compte

learned, des leçons apprises,

✓ Upgrade entry points (PoE), ✓ Mettre à niveau les points d'entrées (PoE),

✓ Enhance vigilance at all levels, ✓ Renforcer la vigilance à tous les niveaux,

✓ Do not close borders or impose restrictions on ✓ Ne pas fermer les frontières ou imposer des

movement and trade. restrictions aux déplacements et au commerce.