

Situation actualisée de choléra à Walikale

au 29 Septembre 2004

O.M.S. GOMA

1. Contexte

1.1. Sécurité

- Succession des événements perturbateurs de la sécurité depuis les affrontements du Sud Kivu de fin Mai – début Juin 2004.
 - ✓ Scission des forces armées en place selon leurs composantes mères : Mai Mai et ex ANC.
 - ✓ Résurgence de différents groupes Mai Mai selon leurs leaders : groupe à Samy, groupe à Kasikila.
- Réduction de l'accès vers la périphérie aggravée avec les récents affrontements en cours : le rayon de sécurité autour du centre ne dépasse pas 8 Km sur tous les axes. Les derniers affrontements ont été signalés le week end passé.
- Mission prévue du Chef des forces terrestres sur place pour résoudre la question.
- Instabilité du mapping de contrôle de la zone :
 - ✓ FARDC ex ANC : Walikale centre et plus ou moins le tronçon Walikale centre – piste d'atterrissage (tronçon routier asphalté sur l'axe Walikale – Kisangani long de 800 m et large de 6 m située à 25 km du centre) car on y signale plusieurs attaques des Mai Mai depuis le début de ce mois.
 - ✓ FARDC ex Mai Mai : axe Kisangani au delà de la localité de Mubi (centre de trafic minier exploité dans la forêt des alentours) située à ± 5 Km de la piste d'atterrissage.
 - ✓ Mai Mai dépendant de leurs leaders : différentes agglomérations dans la forêt où l'on exploite les minerais (coltan, cassitérite, or). Ceux-ci bloquent l'accès vers la localité de Mubi et la piste d'atterrissage.
 - ✓ Interhamwe : axe Sud Est vers Bukavu.

1.2. Eau et assainissement

- Insuffisance qualitative et quantitative d'infrastructures d'eau potable.
- Recours aux puits de fortune creusés par la population.

1.3. Santé

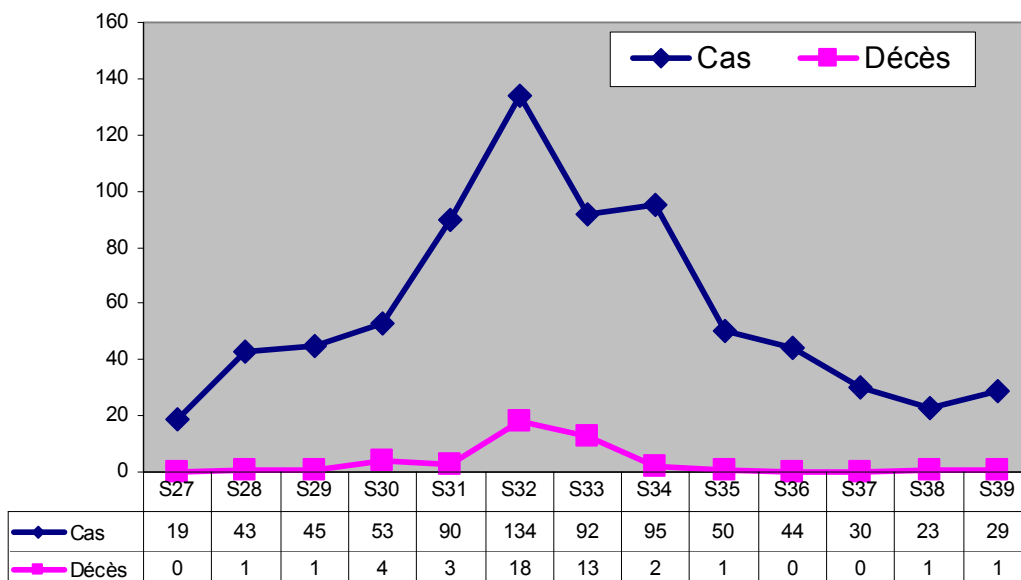
- Important dysfonctionnement du système avec la réduction de l'accès vers la périphérie.
- Complétude – promptitude des rapports ne dépasse pas 20% (5 structures sur les 24 existantes dont 3 du centre) depuis les récents affrontements alors qu'il y a eu un important déplacement de la population vers la forêt voire les zones de santé limitrophes telle Masisi avec le risque d'exportation de certaines pathologies. C'est le cas de la flambée épidémique de rougeole dans une aire de santé de Masisi limitrophe de Walikale (AS Kibua) dont 2 de 5 cas notifiées et ayant bénéficié de prélèvement de sérum proviennent de Walikale et n'ont jamais été vaccinés contre la rougeole.
- Inexistence d'autres moyens de communication dans la zone à part le contact physique entre le BCZS et les structures en périphérie.

2. Extension de la maladie

- Forte probabilité de l'importation de *Vibrio cholerae* avec les mouvements de la population des autres provinces ou zones à la recherche des matières précieuses exploitées dans la zone (Kisangani, Lubutu, Bukavu...)
- Extension facilitée par différents facteurs :
 - ✓ La promiscuité croissante dans les agglomérations de la forêt avec le retranchement de la population du centre;
 - ✓ La qualité déplorable des conditions d'hygiène dans les carrés miniers dont l'un, Bisiye a été l'épicentre de cette flambée épidémique;
 - ✓ La méconnaissance de la maladie par la population : la zone de santé étant indemne de la maladie pendant plus de 3 ans;
 - ✓ L'insuffisance du personnel soignant sur la prise en charge de la maladie.

3. Situation épidémiologique

Graphique 1 : Evolution des cas et décès de choléra de la zone de santé de Walikale S27 – S39.

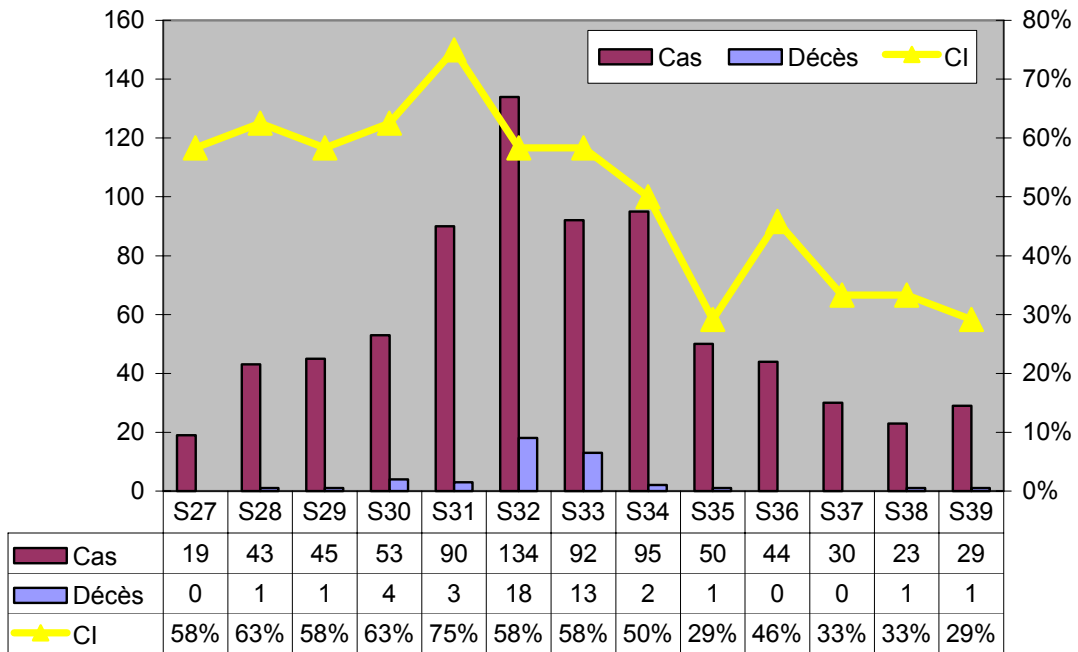


Source : Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'IPS (4^e bureau).

Commentaires

- Notification des cas à partir de la S27.
- Augmentation exponentielle des cas à la S30 pour atteindre le pic à la S32.
- Régression des cas à partir de la S34 correspondant à l'action de l'équipe d'appui du niveau intermédiaire (IPS, MSF H) : sensibilisation de la population sur les mesures d'hygiène, fermeture du carré minier présentant les pires des conditions de vie
- Régression des décès suite encore une fois à l'action de l'équipe d'appui du niveau intermédiaire (IPS, MSF H) : sensibilisation et formation du personnel de santé, disponibilisation des intrants de lutte et la mise sur pied de 4 CTC (Centre de Traitement de Cholera) dont 1 à l'HGR et les 3 autres dans les aires de santé les plus touchées.
- Notification des décès aux S38 et S39 (1 cas par semaine) par l'AS de Ndingala dont le CS vient d'être pillé lors de récents affrontements y compris le CTC y installé.

**Graphique 2 : Evolution des cas, décès de choléra et de la complétude interne de
La zone de santé de Walikale S27 – S38 2004.**

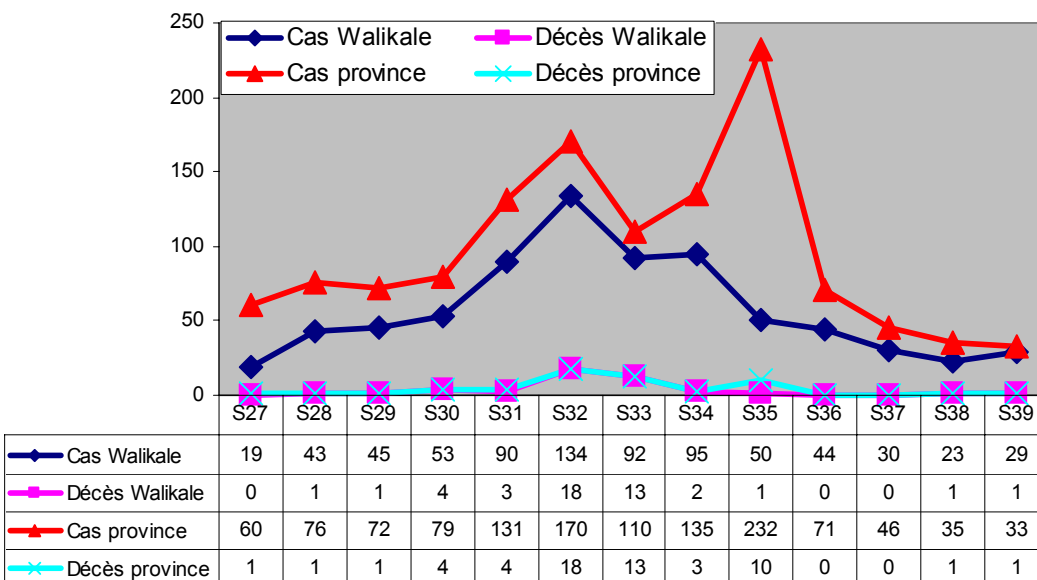


Source : Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'IPS (4^e bureau).

Commentaire

- Coïncidence des 2 phénomènes : diminution des cas et baisse de la complétude interne des rapports épidémiologiques de la zone de santé depuis la S34 → baisse de notification des cas à relativiser.

Graphique 3 : Evolution des cas et décès de cholera de Walikale par rapport à la province S27 – S38 2004.



Source : Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'IPS (4^e bureau).

Commentaires

- De manière générale, les 2 courbes (zone de santé de Walikale et province) de notification des cas ont la même allure → forte influence de la situation de la province par celle de Walikale.
 - ✓ **Cas** : de manière générale, même allure pour les 2 courbes sauf le pic de la S35 de la province dû à la flambée épidémique dans l'aire de santé de Vitshumbi (village des pêcheurs au bord du lac Albert), zone de santé de Rutshuru (1 de 4 zones de santé endémo épidémiques de choléra de la province). Cette flambée a été vite maîtrisée par une riposte adéquate avec l'implication significative de la population locale (cotisation de 480 \$ US pour l'achat des solutés en une journée) et l'appui en intrants de CEMUBAC et de l'IPS. Il faudra signaler qu'en même temps le CS a été victime du pillage par les Interhamwe.
 - ✓ **Décès** : superposition quasi parfaite des courbes de la province et celle de la zone de santé. Ceci reflète la qualité de la prise en charge des cas dans les

zones de santé endémo épidémiques de cholera : la létalité est restée faible à Rutshuru malgré la flambée des cas et le pillage du CS.

3. Riposte

- Organisation des réunions du comité de lutte contre les épidémies autour de l'IPS.
- Confirmation par le laboratoire de Vibrio cholerae : 2 cas positifs sur les 3 échantillons emmenés par MSF Hollande. Mais le sérotypage n'a pas été réalisé faute des réactifs de laboratoire (l'antisérum).
- Approvisionnement en intrants de lutte contre la maladie par l'IPS et ses partenaires
 - ✓ 1er service au cours de la semaine du 2 Août 2004 : 100 litres de Ringer par MSF Hollande.
 - ✓ 2e service le 10 Août 2004 : 990 litres de Ringer lactate, 1300 sachets SRO, 120 litres de sérum physiologique et 1 kit choléra donnés par les différents partenaires :
 - Save Children Found : 240 l de Ringer, 120 l de sérum physiologique et 1000 sachets SRO.
 - IPS : 350 l de Ringer et 300 sachets SRO.
 - OMS : 400 litres de Ringer et 1 kit choléra.
- Expédition d'une mission de l'IPS et de MSF Hollande avec l'appui logistique de MSF Hollande (affrètement d'un avion de ± 1.5 tonne) afin de :
 - ✓ Confirmer les données transmises à la hâte par le BCZS Walikale.
 - ✓ Investiguer et recenser tous les cas dans les structures et dans la communauté.
 - ✓ Former le personnel de santé en place sur la prise en charge de la maladie.
 - ✓ Sensibiliser la communauté sur la maladie et les mesures de lutte.
 - ✓ Renforcer la surveillance épidémiologique : passage à la notification journalière.
 - ✓ Eriger des CTC en prenant en compte l'accessibilité des localités les plus touchées.
 - ✓ Acheminer le 2e lot des intrants et identifier les besoins réels.

- Plaidoyer auprès des « PDG » (gestionnaires des espaces où les creuseurs des matières précieuses travaillent) en faveur de leur implication dans la riposte → appui des « PDG » pour la prise en charge du coût de transport des intrants vers le carré minier de Bisie qui se trouve à 2 jours de marche à pieds de la route.
- Mise en place de la chloration individuelle de l'eau potable.
- Sensibilisation de la population à travers les églises
- Montage de 4 CTC dans les 3 CS les plus touchés (Bilobilo, Ndjingala, Biruwe) et l'HGR.
- Appui du BCZS en ressources humaines (relais hebdomadaire des IS) au PS de Bisie.

4. Résultats

- Baisse de décès suite à l'amélioration de la prise en charge des cas.
- Baisse des cas depuis la S34 à relativiser à cause de la coïncidence avec la baisse de la complétude interne des rapports épidémiologiques de la zone de santé.

5. Recommandations

5.1. Au BCZS

- Procéder à une autre série des prélèvements pour la confirmation de la persistance de choléra.
- Renforcer la surveillance épidémiologique : monitoring journalier.
- Maintenir la sensibilisation de la communauté.
- Renforcer le circuit de l'information avec les structures périphériques.
- Renforcer le suivi et la supervision des structures périphériques.

5.2. A l'IPS-OMS & aux partenaires

- Planifier une mission de suivi et de supervision dès que possible.
- Assurer un plaidoyer auprès des partenaires en faveur de l'acquisition d'autres quantités d'intrants de lutte particulièrement les solutés et le SRO.
- Disponibilisation de 1500 litres de Ringer et 13 000 sachets de SRO supplémentaires à la Zone de santé de Walikale.

6. Conclusion

La situation s'améliore sous réserve de la faible complétude interne des rapports épidémiologiques de la zone de santé. Ce faible rapportage risque de perdurer à cause des affrontements en cours dans la zone et qui contraignent la population à des migrations intempestives, sa concentration dans les agglomérations au milieu de la forêt avec des conditions déplorables d'hygiène et entraînent des pillages des structures tel le cas du CS et CTC Ndjingala.

La situation reste donc préoccupante et requiert un appui du niveau intermédiaire dès que possible et du niveau central avec des intrants de lutte parce que le stock actuel et de la province et de la Coordination Est est nul.