



APERÇU DU CHOLÉRA

Le choléra est apparu pour la première fois au Togo en 1970. Depuis 1990, des épidémies importantes ont été déclarées notamment en 1991, 1998, 2001 et entre 2004 et 2006. La tendance générale montre une diminution annuelle du nombre de cas (Fig. 1).

Entre 2006 et 2017, la surveillance épidémiologique a enregistré 2 308 cas avec 46 décès (taux de létalité ≈ 1,9%)².

Les principales épidémies ont été enregistrées dans la capitale **Lomé** et dans les régions de **Maritime** et des **Plateaux** (Tab. I).

Des épidémies de choléra transfrontalières sont observées dans la ville de Lomé et dans les districts frontaliers avec le Ghana et le Bénin^{5,6}.

DISTRIBUTION DU CHOLÉRA

Entre 2006 et 2017, la région de **Lomé** située sur la côte a notifié 64% du nombre total de cas de choléra. Des épidémies sont enregistrées chaque année.

L'autre région côtière, **Maritime**, a enregistré 22% du nombre total de cas avec une récurrence élevée pour les districts du *Golfe*, à la périphérie de Lomé et du *Lacs* à la frontière avec le Ghana et le Bénin (Fig. 2 et Tab. I).

Plus au nord, la région des **Plateaux** a enregistré 12,5% des cas suspects de choléra avec une récurrence moyenne (2 épidémies) pour le district de *Haho* et une incidence élevée dans le district de *Moyen Mono*. Les régions situées au nord et au centre ont enregistré des cas de façon sporadique (1,5% du total des cas). En s'éloignant de la côte, la fréquence et l'ampleur des épidémies diminuent (Fig. 2 et Tab. I).

Dans l'ensemble, les épidémies surviennent essentiellement 1) au cours de la courte saison des pluies avec une émergence autour de la semaine 38 (septembre) 2) au cours de la longue saison sèche avec une émergence entre les semaines 46 à 50 (mi-novembre / mi-décembre) (Tab. I et Fig. 3).

Des épidémies de choléra transfrontalières sont observées entre le Togo, le Ghana, le Bénin et le Nigeria, en particulier à Lomé et dans les districts du *Golfe* et du *Lacs*^{5,6}. Une analyse moléculaire a montré que les isolats ghanéens de 2011 étaient liés à ceux ayant provoqué les épidémies de 2012 en Guinée et en Sierra Leone⁷. Ces résultats confirment la propagation des épidémies de choléra le long du golfe de Guinée.

Tableau I. Paramètres épidémiologiques des épidémies de choléra par région au Togo, 2006-2017²

RÉGION	Cas / Décès [1]	% du total des cas	Taux de létalité (%)	Récurrence (nbre d'épidémies)	Durée épidémiologique [2] (moyenne en semaines)
Lomé	1 476 / 13	64	0,9	11	17,64
Maritime	508 / 16	22	3,1	15	6,27
Plateaux	289 / 15	12,5	5,2	4	6,75
Centrale	33 / 2	1,4	6,1	1	5
Kara	2 / 0	0,1	0	1	-
Savanes	0 / 0	0	0	0	0

Note Tab. I. : [1] Total des cas = 2 308 et des décès = 46 entre 2004 et 2017 ; [2] Moyenne de semaines entre 2006 et 2017.

Note Fig. 3. : Seules les années où des cas ont été notifiés sont représentées.

Figure 1. Nombre annuel de cas de choléra et taux de létalité au Togo, 1990 – 2017¹

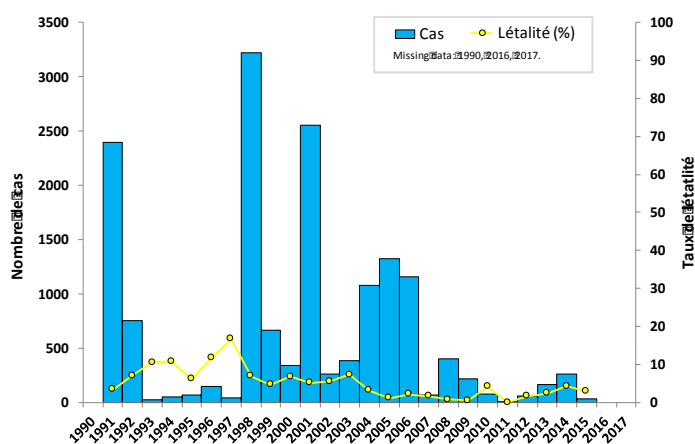


Figure 2. Incidence cumulée du choléra par district au Togo, 2006-2017²

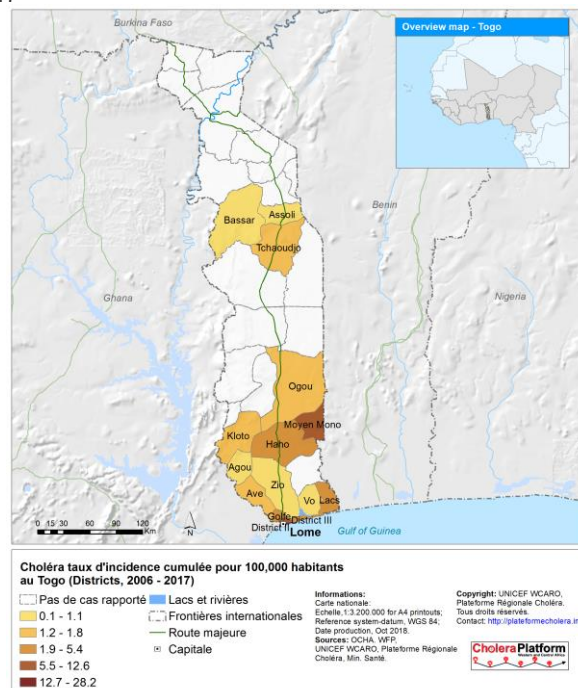
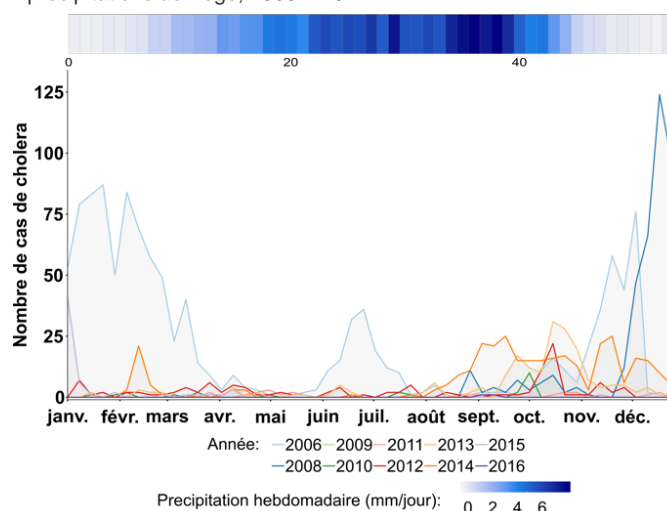


Figure 3. Nombre hebdomadaire de cas de choléra et médiane des précipitations au Togo – 2006 – 2017^{2,3}



CHOLERA HOTSPOTS

Les zones à haut risque sont situées (Fig. 4 and Tab. 3) :

- À la frontière avec le Ghana (Golfe, Lomé district IV et V) ;
- À la frontière avec le Bénin (Lacs) ;
- Dans les campements informels de pêcheurs (Lomé district II et district III).

RECOMMANDATIONS STRATÉGIQUES

Les régions le long de la côte sont situées sur un couloir de propagation depuis et vers les pays voisins, le Bénin, le Nigeria et le Ghana⁵ (Tab. II). Cela souligne l'importance de la collaboration transfrontalière entre ces pays (Fig. 2). Les régions situées au centre du pays (Plateau et Centrale) peuvent être affectées par des épidémies de choléra avec une incidence élevée montrant la nécessité de préparation et de la détection précoce des premiers cas^{5,6}.

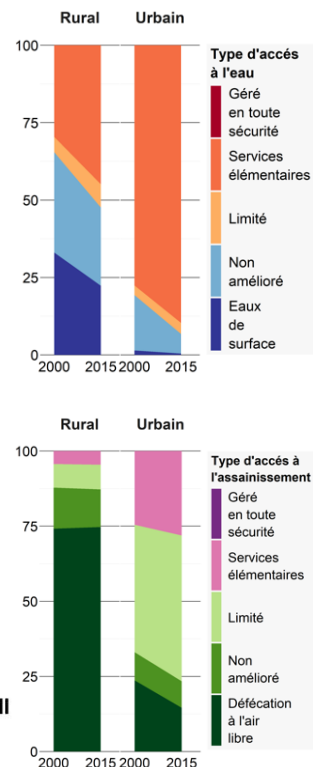
Dans les régions côtières, les plans de préparation et de réponse doivent être développés et mis en œuvre, incluant: (1) le renforcement des systèmes de détection précoce et de réponse rapide dont la surveillance à base communautaire et les alertes transfrontalières; (2) la mise en place de mécanismes de coordination intersectoriels et transfrontaliers; (3) le renforcement des capacités sur la gestion des épidémies; (4) le pré-positionnement ciblé d'intrants et (5) la préparation de plans et de messages de communication (Tab. II, Type 1 – Type 4).

Les programmes durables d'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène doivent être menés en priorité dans les districts régulièrement touchés et avec une durée épidémique élevée (Tab. II, Type 1 et Type 2). Une étude intégrée WASH et Epidémiologie conduite par l'UNICEF en 2014 propose des réponses programmatiques sur le long terme dans les foyers récurrents de choléra de Type 1⁷. Des actions concrètes doivent être entreprises dans le campement informel de pêcheurs de Katanga (Lomé district III) et d'Atakpamé (Lomé district II), 1) pour améliorer l'accès à l'eau (construction et réhabilitation de points d'eau), aux latrines publiques, et au traitement de l'eau potable (approche de marketing social) et 2) pour renforcer la prévention contre le choléra et changer les comportements à risque (sensibilisation de proximité et campagne de masse). Le montant des investissements prioritaires est de 2 161 000 US\$ sur trois ans⁵.

Figure 4. Carte des cholera hotspots par district au Togo, 2006-2017²



Figure 5. Estimation de l'accès à l'eau et à l'assainissement au Togo, 2000-2015⁴



Population et pratiques à haut risque^{5,6}

- Les pêcheurs, transformateurs et commerçants des produits de la pêche à Lomé, Golfe et Lacs ;
- Les communautés de pêcheurs migrants principalement ghanéens et togolais dans les quartiers informels de Katanga et d'Atakpamé et à proximité ;
- Les commerçants et les chauffeurs d'autobus sur l'autoroute côtière Accra – Lagos.
- Le commerce régulier et le flux de travailleurs entre le Ghana (Aflao) et le Togo (Lomé D4, Avé et Golfe) ;
- Les cérémonies animistes dans le district du Lacs à la frontière avec le Bénin.

Tableau II. Synthèse de la classification des zones prioritaires au Togo, 2006-2017

RÉGION	DISTRICT	% du total des cas	Réurrence (nbre d'épidémies)	Durée épidémique (médiane, en semaines)	Emergence (sem. de début médiane)	Taux d'attaque par semaine (médiane par 10 000 hab.)	Taux de létalité (%)	Zone frontalière	Type de hotspot
LOME	DISTRICT II	19,4	5	15	32 [1 - 39]	0,12	1,1	Oui	Type 1
	DISTRICT III	20,5	6	10	31 [1 - 47]	0,23	0,8	Oui	Type 1
	DISTRICT IV	7,5	4	18	22 [1 - 31]	0,21	0,6	Oui	Type 2
	DISTRICT V	13,1	3	14	30 [1 - 39]	0,18	1,0	Non	Type 2
MARITIME	GOLFE	12,8	5	8	33 [1 - 47]	0,06	1,7	Oui	Type 1
	LACS	6,8	4	9,5	21 [3 - 37]	0,11	5,1	Oui	Type 2

Note: Type 1: Zone de haute priorité avec une fréquence élevée (≥5 épidémies) et une durée épidémique longue (≥7 semaines). Type 2: Zone de priorité moyenne avec une fréquence modérée (entre 3 et 4 épidémies) et une durée épidémique longue.

Références

1. Atlas de la santé mondiale. WHO : <http://apps.who.int/globalatlas>.
2. Données de la surveillance épidémiologique 2006-2017, Ministère de la santé du Togo.
3. Données de précipitation, FEWSNET (Famine Early Warning Systems Network : <http://www.fews.net>).
4. Joint Water Supply and Sanitation Monitoring Programme, WHO, UNICEF, 2015 (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/jmp-2017/en/).
5. Moore S., Cottavoz P., 2014. Integrated approach to understand the dynamics of cholera epidemics in Ghana, Togo and Benin, UNICEF, APHM.
6. Rapport annuel du réseau de surveillance en Afrique, Africhol Togo.
7. Moore S. et Al., (2018) Dynamics of cholera epidemics from Benin to Mauritania. PLoS Negl Trop Dis 12(4): e0006379.

Auteurs

Tante Valentin O., Dunoyer J. Ing., Green K. H. PhD, Rossi M. MSc, Lucaccioni H. PhD, Moore S. PhD, Sudre B. MD PhD.

Remerciements

Graveleau J. d'UNICEF WCARO, Blanc D. du Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest d'ECHO. Avec le soutien financier de l'UNICEF et de l'Office d'aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO).

Contact: contact@plateformecholera.info