

REUNION TRANSFRONTALIERE SUR L'EPIDEMIE DE CHOLERA DANS LES PAYS DU LAC TCHAD

21-22 septembre 2011, Douala - Cameroun

**Synthèse, principales conclusions et
plans d'actions**

COMPTE RENDU DE LA REUNION TRANSFRONTALIERE AU SUJET DE L'EPIDEMIE DE CHOLERA DANS LE BASSIN DU LAC TCHAD (CAMEROUN – NIGER – TCHAD) DOUALA, le 20 et 21 Septembre 2011

INTRODUCTION

Au vu de la situation préoccupante de l'épidémie de choléra qui sévit dans le bassin du lac Tchad depuis 2009, l'OMS et OCHA Tchad ont proposé d'organiser une réunion technique entre les agences UN et les partenaires de la lutte contre le choléra (Cf. Annexe 1 – Liste des participants). Dans un deuxième temps chaque équipe pays à son retour, travaillera avec le Ministère de la Santé. Cette rencontre faite suite à une première réunion transfrontalière qui a eu lieu entre les ministres des la santé des pays du bassin du lac Tchad à Abuja en Octobre 2010. Des engagements politiques ont été pris sur les questions de santé publique dans les régions transfrontalières. L'objectif premier des travaux est de partager les actions menées dans chaque pays, d'identifier les gaps et les défis en vue d'homogénéiser la réponse à l'épidémie de choléra et de dégager des recommandations pour des actions transfrontalières. Ces recommandations seront proposées aux acteurs de la lutte contre le choléra de chaque pays.

PARTIE – A PRESENTATION DES PROFILS EPIDEMIOLOGIQUES

1. Présentation profil épidémiologique Cameroun S1 à S36 (OMS Cameroun : Dr. L MBAM MBAM)

1.1- Situation épidémiologique

→ Principaux chiffres

PRINCIPAUX CHIFFRES EPIDEMIE 2011, S1 - S36

Nombre total de cas : 15 838	Nombre de régions touchées : 10/10
Nombre total de décès : 623	Nombre de districts touchés : 112
Durée épidémique : 36 sem.	Taux de létalité : 3,9%

Région les plus touchées :

- Centre : 3113 cas / 96 décès
- Extrême Nord : 3506 cas / 142 décès
- Nord : 3260 cas / 215 décès
- Sud Ouest : 2819 cas / 27 décès
- Littoral : 1781 cas / 54 décès
- Ouest : 1235 cas / 71 décès

Une baisse est observée depuis la S34

PRINCIPAUX CHIFFRES EPIDEMIE 2011, S36

Nombre total de cas : 114	Nombre de régions touchées : min 2
Nombre total de décès : 4	Nombre de districts touchés : min 16
Taux de létalité : 3,5%	

Entre 2000 et 2011, le Cameroun a connu des épidémies de choléra chaque année sauf en 2007 et 2008. L'épidémie de 2011 est la plus forte depuis 10 ans.

→ Suivi biologique

Entre la S1 et la S37, 616 prélèvements ont été effectués, dont 403 positifs, ce qui représente 65,6%. Uniquement la souche *Vibrio cholerae* O1, sérotype OGAWA.

1.2- Stratégie de réponse

- Coordination
 - Création du Centre de Coordination et de Contrôle du Choléra (C4) dans les 5 régions les plus touchées
 - Mise en place d'un comité de lutte contre le choléra au niveau national
 - Activation des comités régionaux de lutte contre le choléra

- Surveillance épidémiologique

Mise en place du système d'alerte rapide de collecte des données :

- Flotte téléphonique et réseau Internet pour faciliter la communication entre le niveau périphérique et le niveau central
- Mise en place d'un masque de saisie des données journalières en version électronique au niveau des districts

- Prise En charge Médicale (PEM)

- Approvisionnement en intrants médicaux
- Formation / recyclage du personnel
- Mise en place UTC dans les formations sanitaires
- Prise en charge gratuite des cas de choléra

- Eau, Hygiène et Assainissement

- Soldats du choléra en binôme : 1 sensibilisateur et 1 hygiéniste chargé de la désinfection des domiciles et de la chloration des points d'eau
- Confection de matériels IEC de masse harmonisé : dépliants, affiches, tracts sur internet

Ajout UNICEF Cameroun :

- Mise en œuvre ATPC
- Water trucking dans les quartiers et CTC
- Diffusion dans les médias comme la CRTV

1.3- Défis

- Coordination
 - Problème de pérennisation des C4
 - Difficulté à maintenir la coordination en situation de diminution de cas
- Surveillance épidémiologique
 - Pérennité du financement du système d'alerte, de collecte et de transmission des données
- Prise en charge médicale
 - Problème de financement de la politique de PEM gratuite
 - Possibilité d'opérationnaliser la vaccination contre le choléra en situation d'épidémie
- Eau, Hygiène et Assainissement

- Mouvements permanents au niveau des frontières
- Pérennisation des activités de sensibilisation hors épidémie

Ajout UNICEF :

- *Promptitude dans la réponse*
- *Implication de tous les secteurs apparentés*
- *Décalage entre les données du MSP et celles de l'OMS*

1.4- Discussions

- **Raison pour l'opérationnalisation vaccination, stratégie de Masse ? population ciblée ?**
Stratégie non discutée au niveau national pour le moment. Promesse de vaccins d'Arabie Saoudite, le MSP a saisi cette opportunité, discussions à ce sujet depuis une semaine uniquement. L'OMS doit élaborer avec le MSP une méthodologie pour la vaccination (population cible, localisation...).
- **Activités de traitement de l'eau au niveau des ménages ou au puisage ?**
Chloration de l'eau au sceau et démonstration à l'intérieur des maisons.
- **Décalage entre les données du MSP et celles de l'OMS raison ?**
Les DSR envoient les données à la fois à l'OMS et au MSP. Problème de rigueur dans l'envoi des données des DSR. Travail prévu entre MSP et OMS la semaine prochaine pour régulariser la situation.
Conseils Niger et Tchad : partir des données du niveau central du MSP
- **Quel est le défi à relever dans la gratuité du traitement ?**
Problème de financement des intrants médicaux.
- **Pourquoi une Létalité de 3,9% ?**
Cette létalité inclut les décès communautaires et les décès hospitaliers
- **Quelle est le rôle du C4 ? N'y a-t-il pas de risque de chevauchement des activités avec les comités régionaux de lutte contre le choléra ?**
Le C4 est le bras technique des comités de crise régionaux. Le comité de crise régionaux se réunit moins souvent. C4 est l'organe de mise en œuvre des recommandations des comités régionaux. Le personnel extérieur au système sanitaire. Le C4 est supposé être la propriété de la DSR. Avec le temps, il y aura transfert de compétence à la DSR.
- **Quel est l'état d'avancement de la formation SIMR ?**
Formation dans tous les DS du guide SIMR
- **Quelle est la stratégie WASH sur le long terme ?**
Faiblesse de l'approche multi sectorielle.
Des financements ponctuels. Faible d'implication du Ministère de l'eau.
Stratégie sera développée dans le cadre de l'élaboration des plans de contingence.
- **Quelles sont vos ressources en intrants et votre politique en matière d'antibiothérapie ?**
Approvisionnement UNICEF + OMS + MSP Cam + ONG.
Protocole national de prise en charge médicale : Antibiothérapie pour cas sévères. Nouveau cas dans un quartier, chi prophylaxie des cas contacts.
- **Stratégie pour limiter les déplacements ?**
Réunion de coordination transfrontalière à Maroua.
- **Augmentation du nombre de cas entre 2010 et 2011?**
Il y a eu un changement dans la définition des cas, élargie à toutes les diarrhées aiguës. Des régions non touchées dans le passé comme Yaoundé ont été touchées cette année.

2. Présentation profil épidémiologique Niger S1 à S37 (OMS Niger : Dr. G SOGA)

2.1- Situation épidémiologique

→ Principaux chiffres

PRINCIPAUX CHIFFRES EPIDEMIE 2011, S1 - S37

Nombre total de cas : 1 991	Nombre de régions touchées : 6/8
Nombre total de décès : 42	Nombre de districts touchés : 12
Durée épidémique : 25 sem.	Taux de létalité : 2,1%

Districts les plus touchés :

- Kollo : 732 cas / 6 décès
- Terra : 428 cas / 5 décès
- Madarounfa : 252 cas / 2 décès
- Niamey II: 174 cas / 5 décès

Deux pics sont observés à la S24 et S36.

Entre 1971 et 2011, le Niger a connu des épidémies de choléra de façon irrégulière. Depuis 1996, des épidémies de choléra surviennent de façon cyclique tous les trois ans. Il est à noter une baisse significative de la létalité au cours des quarante dernières années.

Les districts de Maradi et N'Guiguimi sont les plus fréquemment touchés, districts frontaliers avec le Nigeria et le Tchad.

→ Suivi biologique

Au niveau des laboratoires terrains, utilisation de bandelettes de détection rapide et état frais. Confirmation par culture et séquençage au niveau du laboratoire national. Uniquement la souche *Vibrio cholerae* O1, sérotype OGAWA a été isolée.

2.2- Stratégie de réponse

- Coordination
 - Réseau de coordination de laboratoires
 - Equipes nationales, régionales et locales d'intervention et de réponse rapide
 - Plan national de riposte mise à jour chaque année
 - Plan de préparation et de réponses aux urgences (PNUR)
- Surveillance épidémiologique :
 - Formation SMIR dans les districts
 - Flotte téléphonique, internet et radios
 - Prélèvements biologiques et investigation des cas
- Prise en charge médicale :
 - Pré positionnement en amont de l'épidémie
- Eau, Hygiène et Assainissement :
 - Direction de l'hygiène publique et de la santé qui est en charge de la sensibilisation
 - Plan de communication en santé a été adopté
 - Ministère de l'eau impliquée dans la lutte contre le choléra sur le long terme : Implantation des points d'eau dans les zones à risque choléra.

2.3- Défis :

- Problèmes
 - Non disponibilité des fonds de gestion des épidémies ;

- Enclavement des zones en saison pluvieuses ;
- Manque de points d'eau ou pompes en pannes dans certains villages.
- Défis
 - Plaidoyer pour un accès à l'eau des populations victimes de cas de choléra ;
 - Communication pour un changement de comportement ;
 - Renforcement du système de santé (intrants, logistique et moyens de fonctionnement).
- Stratégie
 - Approche pluri disciplinaire souhaité : prévention, préparation et réponse ;
 - Accès rapide au traitement : mise en place d'UTC au niveau des CSI ;
 - Accès eau potable, à l'assainissement de base et à l'IEC.

2.4- Discussions :

- Informations sur le fond national pour réponse aux épidémies ? Qui en a la gestion ?

Fond de réponse aux épidémies du gouvernement mais Ministère des Finances et des Economies peut bloquer ce fond.

- Quelles sont les actions menées pour les Retournés libyens ?

Vaccination effective des retournés libyens. Fond CERF pour réponse aux épidémies de choléra. Disponibilité du Tchad pour échanges d'informations sur le sujet.

- Quels sont le rôle et le fonctionnement des équipes d'intervention rapide ENIR ?

Cette équipe a été proposée par l'OMS 1998 (SIMR). Cette équipe rentre aussi dans le cadre de l'application des protocoles aux frontières.

Une équipe est composée de deux cliniciens, un épidémiologiste et un communicateur.

Rôle : Investigation des cas. OMS/UNICEF accompagne ses missions sur le terrain.

Financement : fond étatique et l'OMS appuie les missions d'investigation.

- Quelle est la raison des deux pics à la S24 et à la S36 ?

1^{er} pic au niveau de Maradi de Juin à mi juillet. 2^{ème} pic au niveau de la région de Niamey et des districts autour.

- En quoi le Ministère en charge de l'eau est-il impliqué dans la lutte contre le choléra ? Comment avez-vous fait ?

Implication du ministère en charge de l'eau pour toutes les maladies d'origine hydrique. Plaidoyer avec des arguments épidémiologiques avec l'UNICEF auprès du ministère de l'eau au niveau central et au niveau périphérique. Les acteurs humanitaires doivent se mobiliser pendant le cluster WASH pour le plaidoyer.

3. Présentation profil épidémiologique Tchad S1 à S36 (OMS Tchad : Dr. T KARENGERA, ACF Tchad : J DUNOYER)

3.1- Situation épidémiologique :

→ Principaux chiffres

PRINCIPAUX CHIFFRES EPIDEMIE 2011, S1 - S36

Nombre total de cas : 13 596

Nombre de régions touchées : 14/22

Nombre total de décès : 390

Nombre de districts touchés : 36/61

Durée épidémique : 36 sem.

Taux de létalité : 2,9%

Régions les plus touchées :

- Ndjaména

- Mayo Kebbi Est
- Mayo Kebbi Ouest
- Tandjilé
- Hadjer- Lamis

Le Tchad connaît des épidémies de choléra depuis 1971. Entre 1991 et 2011. Le Tchad a connu des épidémies de choléra de façon cyclique tous les deux à trois ans. La dernière grande épidémie date de 1991. Il est à noter une baisse significative de la létalité au cours des vingt dernières années. Les districts du bassin du lac Tchad et le long des fleuves Logone et Chari sont les plus fréquemment touchés, districts frontaliers avec le Cameroun, le Niger et Nigéria

En 2011, quatre périodes épidémiques peuvent être observées

- S1 à S14 : période inter épidémique avec endémisation du choléra dans le sud du pays, principalement dans les districts sanitaires de Bongor et de Lai.
- S15 à S22 : diffusion rapide de l'épidémie dans les districts sanitaires considérés à risque au cours des épidémies antérieures (1971-2010)
- S23 à S32 : stabilisation du nombre de districts en épidémie, début d'une transmission hydrique correspondant à l'arrivée de la saison des pluies.
- S33 : extension de l'épidémie dans le centre et l'est du pays (districts sanitaires de Bitkine, Mangalme, Mongo et Abéché)

.Baisse du nombre de cas depuis la S35.

PRINCIPAUX CHIFFRES EPIDEMIE 2011, S36

Nombre total de cas : 1099
Nombre total de décès : 16
Taux de létalité : 1,5%

Nombre de régions touchées : 10
Nombre de districts touchés : 24

→ Suivi biologique

193 échantillons ont été analysés au niveau du laboratoire national dont 118 positifs, soit 58%.

Confirmation par culture au niveau du laboratoire national.

La souche *Vibrio cholerae* O1, sérotype OGAWA (83%) et INABA (17%) a été isolée.

3.2- Stratégie :

- Coordination
 - Réunion hebdomadaire inter cluster Santé et WASH: Renforcement de la coordination des partenaires pour une synergie dans la réponse aux épidémies et négociation du positionnement des partenaires ;
 - Missions conjointes MSP et partenaires effectuées dans les régions touchées par l'épidémie pour l'appui technique des actions de lutte contre le choléra ;
 - Initiatives locales de réunions transfrontalières entre les régions frontalières du Tchad et du Cameroun avec la facilitation d'ACF ;
 - Projet conjoint OMS & Unicef avec participation des ONGs pour la mise en œuvre du plan de lutte (CERF) ;
 - Plaidoyer au près des différents bailleurs de fond qui ont financés des interventions de lutte choléra (ECHO, Coopération Suisse).
- Surveillance épidémiologique

- Renforcement des capacités de laboratoire (formation de laborantins, achat d'équipement et produits de laboratoire)
- Constitution d'une banque de souches au cours de l'épidémie
- Mise en place de registres dans les CTC / UTC
- Approvisionnements au niveau périphérique des bandelettes de détection et de moyens de transport cary blair
- Prise en charge médicale
 - Application du protocole de prise en charge national :
 - Prise en charge gratuite des cas de choléra
 - Mise en place des CTC et UTC dans chaque ZR notifiant des cas de choléra
 - Chimio prophylaxie sélective de contact (malades, accompagnants et membres de famille)
 - Disponibilité des intrants médicaux
 - Pré-positionnement dans les districts à risque
 - Approvisionnement régulier

- Eau, Hygiène et Assainissement

Partenaires: UNICEF, ACF, OXFAM, SIF, IRW, FICR, CRT ACTED, Associations locales, Importance de la mobilité de la réponse (Couverture au niveau du district)

Etape 1- Investigation des cas : provenance, population cible, origine suspectée de contamination

Etape 2 – Concertation avec les autorités locales (contrôle des cérémonies, négociation sur les pratiques funéraires, arrêt des marchés...)

Etape 3 - Mise en place de la quarantaine dans les antennes (règles d'hygiène pour éviter contamination malade/garde-malade/personnel soignant/accompagnant)

Etape 4 - Pulvérisation systématique et prompt des domiciles des cholériques

Etape 5: IEC de masse (radio: débat & sketch, représentation théâtrale, prêches, griots dans les lieux publics, affiches, démonstration)

Etape 6: IEC de proximité (porte à porte, counselling) et distribution de kits d'hygiène (savon + produit de désinfection de l'eau)

Etape 7: Chloration des points d'eau (puits, château d'eau)

3.3- Défis :

- Défis et gaps pour le Tchad
- 1/ Surveillance épidémiologique
 - Pas/peu d'archivage papier et électronique des données épidémiologiques
 - Pas de line listing des patients en version électronique
 - Problème dans la qualité des données transmises du niveau périphérique au niveau central
 - Peu d'analyse des données épidémiologiques au niveau central et aucune au niveau périphérique
 - Peu d'investigation des cas
 - 2/ Prise en charge médicale
 - Insuffisance de Ressources humaines qualifiées
 - Mauvaise application du protocole de prise en charge (Traitement et Chimio prophylaxie)
 - Protocole de prise en charge médicale non/peu disponible au niveau des formations sanitaires
 - Pas assez de pré positionnement d'intrants médicaux (période inter-épidémique, zones inondables)

- Flux tendu parfois rupture dans l'approvisionnement en intrants médicaux du niveau central au niveau périphérique

3/ Eau Hygiène et Assainissement

- Capacité de réponse limitée des acteurs humanitaires au vu du nombre de districts touchés
- Manque d'uniformisation de la stratégie EHA au niveau pays
- Pas de capacité pour faire de la prévention et donc de couvrir l'ensemble du pays
- Peu de participation communautaire
- Difficile de changer les comportements

Apport des autres partenaires :

- Absence des secteurs connexes dans la lutte contre le choléra
- Inaccessibilité géographique des populations
- Récurrence des épidémies au Tchad
- Hôpital mobile dans le district sanitaire Mongo

- Défis et gaps pour les zones transfrontalières

1/ Surveillance épidémiologique transfrontalière

- Pas/peu d'échanges d'informations régulières sur la situation épidémiologiques dans les 4 pays au niveau central et au niveau des délégations régionales
- Peu d'échanges entre les MCD des districts frontaliers quand il y a flambée dans un district

2/ Prise en charge médicale

- Prise en charge correcte et gratuite des cas provenant d'un autre pays doit être systématique
- Prophylaxie des sujets contacts des cas provenant d'un autre pays non systématique

3/ Eau, Hygiène et Assainissement

- Pas/peu de pulvérisation des domiciles transfrontalière
- Les avantages dont bénéficient les malades, gardes malades, familles doivent être élargis aux cas provenant d'un autre pays
- Pas de concertation des autorités locales sur la limitation des flux de population, la fermeture des marchés dans les districts frontaliers
- Peu d'échange sur les stratégies de communication et modules de formation de part et d'autres de la frontière pour le changement de comportement
- Pas d'homogénéisation de la stratégie EHA dans les 4 pays

3.4- Discussions :

- **Il y a beaucoup d'intervenants au Tchad, comment sont coordonnées les activités des partenaires sur le terrain ?**

La coordination est assurée lors des réunions de l'inter cluster WASH et santé. Les questions Qui ? Fait Quoi ? Ou ? Sont abordées.

- **Quelle est le nombre des CTC/UTC dans la région du lac, frontière Niger ? 30% des cas de choléra enregistré à la frontière étaient des arabes Choa originaire du tchad.**

Les malades sont des nomades qui sont en mouvement perpétuel. Le nombre de CSI fonctionnel dans cette zone est limité. La DSR des lacs est vigilante pour que la situation de 2010 ne se reproduise pas.

- **Présence du séro-groupe INABA dans les districts frontaliers avec le Niger ?**

Non, uniquement dans les districts frontaliers avec le Cameroun.

- **Pourquoi n'avez-vous pas de line listings de patients ?**

Retard dans la mise en œuvre du SIMR. Formation des formateurs nationaux (5) est en cours à Libreville.

- **Echanges des données au niveau des DSR entre le Niger et le Tchad dans les DS frontaliers**

Cet échange a eu lieu pendant la forte épidémie de 2010

- **Allez-vous faire du plaidoyer pour impliquer les ministères transdisciplinaires ?**

A proposer au cluster WASH. L'ensemble des partenaires devrait être impliqué

- **Différence entre connaissances et pratiques ? Pourquoi et comment faire ?**

Etude anthropologique a été initiée dans la zone transfrontalière du Chari et Logone. Important de faire des actions sur le long terme pour le changement de comportement.

DRAFT

PARTIE – B PRESENTATION SPECIFIQUES DANS LES ZONES TRANSFRONTALIERES

1. Résumé de la présentation du rapport « *Evaluation intégrée Eau Hygiène et Assainissement et épidémiologie choléra dans les pays du bassin du lac Tchad* », UNICEF WCARO, 2011 (UMR chrono environnement, Besançon : Dr. B SUDRE)

1.1- Introduction

- Récurrence des épidémies de choléra dans le bassin du lac Tchad
- Problème de santé publique régional
- Inadéquation grandissante entre l'accès à l'eau et à l'assainissement et la densité de population
- Approche multi sectorielle : Eau Hygiène Assainissement ET Epidémiologie

- Différents échelles d'analyse = différents diagnostics complémentaires
- Analyse régionale « transfrontalière »
- Analyse locale
- Optimiser les réponses EHA et capitaliser sur les expériences

- Mission couplée EAH-Epidémiologie
- Investigations de terrain /revue de la littérature / Grille d'évaluation EHA - Epidémiologie et surveillance
- Profil épidémiologique : ciblage et dynamique des épidémies
- Orientation de la réponse WASH : du global au local, de la région aux quartiers

1.2- Evolution historique 1971 – 2010

- ✓ Introduction en 1971 dans le bassin du lac tchad
- ✓ Accentuation à partir de 1991
- ✓ Différence d'amplitude
- ✓ Vue générale mais rassemble des données nationales qui peuvent masquer des profils épidémiologiques différents :
 - Littoral
 - Urbain
 - Sub-sahélien

- ✓ Différents modes de transmission : Transmissions interhumaines, alimentaires et hydriques
 - Diffusion par contiguïté :
 - Déplacements humains
 - Activités marchandes
 - Cérémonies funéraires
 - Facteur de risque : contingence retardée

1.3- Zones prioritaires transfrontalières pour la coopération, la préparation et la réponse

Zone 1 : Maradi – Katsina (Niger – Nigeria)

Zone 2 : Lac Tchad (Niger – Nigeria – Tchad – Cameroun)

Zone 3 : Bassin du Logone et Chari (Cameroun – Tchad)

Zone 4 : Monts Mandara (Cameroun – Nigeria)

Zone 5 : Adamawa (Cameroun – Nigéria)

Zone 6 : Centres urbains du bassin du lac Tchad (Niger – Nigeria – Tchad – Cameroun)

1.4- Stratégie Eau, Hygiène et Assainissement

Réponse EHA : La stratégie du « bouclier » et du « coup de poing »

→ « Bouclier » : Interventions EHA durables en dehors des périodes épidémiques dans les zones prioritaires. Interventions spécifiques aux zones cibles. Synergie avec coup de poing en épidémie.

→ « Coup de poing » : Réponse dès la confirmation des premiers cas, basée sur une préparation en amont. Faible délai de réponse avec action optimale et précoce dans les zones affectées

1.5- Objectifs attendus dans le cadre du renforcement de la lutte contre le choléra

- Améliorer la détection du/des premiers cas suspects de choléra et l'articulation de la riposte locale et de la prévention primaire
- Prise en charge immédiate médicale et EHA : diminuer la diffusion
- Haute priorité : période inter-épidémique et démarrage épidémique

- Analyse structurée pour une orientation de la réponse opérationnelle EHA de terrain
- Suivre l'évolution géographique
- Rationalisation des interventions

- Recherche opérationnelle : comprendre les émergences et les modes de transmission pour mieux répondre
- Evaluer la qualité des programmes de prévention et de lutte
- Analyser l'émergence d'épidémies et les modes de transmission
- Typologie des territoires : favorables/réfractaires au choléra

- Mutualisation des points forts et coopération transfrontalière et multi sectorielle
- Favoriser l'échange d'informations
- Capitaliser sur les connaissances acquises et sur les échecs
- Faciliter l'organisation et les mécanismes de collaboration
- Collaboration trans-sectorielle : santé et eau / hygiène / assainissement au niveau national

2. Résumé de la présentation « Initiative transfrontalière dans le bassin du Chari-Logone » (ACF Tchad, J DUNOYER)

2.1- Cadre des rencontres

- ✓ Participants
 - Tchad: DSR N'djamena, Chari-Baguirmi, Mayo Kébi Est, ACF
 - Cameroun: DSR EN, C4
- ✓ Financement: MSP respectifs, 1^{ère} réunion financée par ACF
- ✓ Fréquence: Toutes les 6 semaines en période épidémique: 13 juin 2011 et 25 juillet 2011

2.2- Premiers résultats

- Surveillance épidémiologique
 - ✓ Tenir des réunions transfrontalières mensuelles de façon rotative dans le cadre de la lutte contre le choléra;
 - ✓ Renforcer le système d'alerte pour notification hebdomadaire des cas par mail ;
 - ✓ Assurer la mise sur pied d'un répertoire téléphonique des autorités sanitaires (DSREN)

- Prise en charge médicale

- ✓ Rendre gratuit dans les formations sanitaires l'accueil et la prise en charge des malades ressortissant des deux pays ;
- Activités Eau Hygiène et Assainissement
 - ✓ Assurer la coordination des activités WASH entre les DS frontaliers (pop cible, contenu des kits...)
 - ✓ Echanger les modules de formations et boîtes images
 - ✓ Echanger sur les stratégies de communication
 - ✓ Pulvérisation des domiciles des cas autochtones depuis la formation sanitaire hôte
- Recherche opérationnelle
 - ✓ Mener une étude anthropologique commune sur la perception que les communautés ont du choléra pouvant permettre de revoir et réaménager les messages de sensibilisation et stratégies de communication

2.2- Défis transfrontaliers

- Surveillance épidémiologique transfrontalière
 - ✓ Etendre les échanges d'informations aux autres DSR frontalières (DSRN Cam – DSR MKO, DSR Hadjer Lamis)
 - ✓ Conserver la régularité dans l'échange des données
 - ✓ Systématiser les échanges entre les MCD des districts frontaliers – Rétro information des annuaires téléphoniques
 - ✓ Le Tchad doit établir le registre téléphonique des MCD et RCS
 - Activités Eau Hygiène et Assainissement
 - ✓ Améliorer la rétro information aux MCD et RCS concernés
 - Systématiser la pulvérisation transfrontalière
 - Les avantages dont bénéficient les malades, gardes malades, familles doivent être élargis aux cas autochtones
 - ✓ Etablir une stratégie commune d'intervention
 - Préparation aux épidémies
- Organisation d'un atelier transfrontalier à Maroua Nov. 2011 (UNICEF, ACF).**

PARTIE – C ELABORATION DES PLANS D'ACTION – RESULTATS DES TRAVAUX DE GROUPE

STRATEGIE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DANS LES ZONES TRANSFRONTALIERES

Domaines d'Activités	Défis	Recommandations	Calendrier de mise en œuvre	Point focal mise en œuvre
Surveillance à base communautaire	Insuffisance de rapportage des décès communautaires	Partager l'expérience des "soldats du choléra" en cours au Cameroun (rapport d'activités, fiche de suivi, modules de formation à partager par mailing List) Formation recyclage des agents communautaires (soldats choléra/relais communautaires) pour la surveillance à base communautaire	oct-11 mars-12	FICR/CRC UNICEF
	Insuffisance de notification des décès communautaires	Formation recyclage des agents de santé en matière de SIMR (Surveillance Intégrée des Maladies et la Réponse)	mars-12	OMS
	Surveillance épidémiologique dans les formations sanitaires	Collecte et transmission des données épidémiologiques de qualité	Formation recyclage des agents de santé en matière de SIMR (Surveillance Intégrée des Maladies et la Réponse)	mars-12
Mise en place d'une Flotte de téléphonie mobile au niveau de chaque pays pour le système d'alerte précoce			dec-11	OMS
Echanges d'informations relatives aux données épidémiologiques dans les zones transfrontalières	Absence/insuffisance d'échanges d'informations entre les pays frontaliers	Constitution et partage des listes de contacts des responsables nationaux de la sante (répertoire téléphonique et e-mail)	oct-11	OCHA/(PNUD)
		Echanger les données épidémiologiques au niveau national sur une base hebdomadaire	oct-11	OMS
	Initiatives locales d'échanges d'informations très limitées	Impliquer les partenaires opérationnels au niveau local dans les activités transfrontalières	oct-11	MSP/OMS
		Echanger les données épidémiologiques au niveau local DSR et partenaires sur une base hebdomadaire dans les 5 zones transfrontalières	mars-12	MSP/OMS
Coordination des interventions	Peu ou pas de rencontres transfrontalières formellement	Renforcer le partenariat public/privé avec les compagnies de téléphonie pour la création des flottes inter-pays de téléphonie mobile	sept-12	MSP/OMS
		Réactiver et vulgariser les protocoles inter-états de lutte contre les épidémies aux frontières	oct-11	OMS: IST/WA et IST/CA

transfrontalières

établies

Organiser des rencontres transfrontalières inter-pays

Dès 1er cas dans la région
du bassin du lac Tchad -
Tous les 6 mois

Zone 1: OMS Niger
Zone 2: OMS Tchad
Zone 3 : ACF Tchad
Zone 4 et 5 : OMS
Cameroun

Rendre opérationnel les plateformes transfrontalières (5 zones) au
niveau des DSR transfrontalières

Toutes les 6 semaines

Zone 1: OMS Niger
Zone 2: OMS Tchad
Zone 3 : ACF Tchad
Zone 4 et 5 : OMS
Cameroun

Plaidoyer auprès du MSP pour l'organisation de réunions
transfrontalières au niveau des DSR

Evaluation mensuelle

MSP/OMS

DRAFT

STRATEGIE PRISE CHARGE MEDICALE DANS LES ZONES TRANSFRONTALIERES

Domaines d'Activités	Défis	Recommandations	Activités	Calendrier de mise en œuvre	Point focal mise en œuvre
Protocole national de PEC	Les protocoles de PEC différent en fonction des pays	Harmonisation des protocoles de prise en charge des cas selon le protocole SMIR	Chaque pays devrait adapter le protocole générique SIMR Assurer la formation des agents du MSP sur le protocole SIMR	déc-11 mars-12	OMS MSP / OMS / Partenaires opérationnels
Gratuité de soins	La gratuité des soins n'est pas assurée systématiquement	Gratuité des soins pour tous patients cholériques quelle que soit sa provenance	Assurer les soins gratuits pour les patients quelque soit la provenance des cas (zones frontalières)	période épidémique	MSP / OMS
Approvisionnement en intrants PEC	Le pré positionnement et l'approvisionnement en intrants des districts frontaliers ne sont pas toujours suffisants	Approvisionnement suffisant en intrants de PEC des cas en période inter épidémique et épidémique	Faciliter l'accès aux intrants de PEC entre les districts de part et d'autres de la frontière (prêts, dons,...) Plaidoyer auprès des bailleurs et partenaires pour le pré positionnement d'intrants de PEC	période épidémique oct - mars -12	MSP / OMS / Partenaires opérationnels OCHA / Coordinateur résident
Qualité de la prise en charge médicale	Les capacités PEM sont faibles dans certains districts	Assurer une prise en charge médicale de qualité	Formation/Recyclage des agents de santé sur la prise en charge médicale Redéployer les équipes de PEC des ZR/AS/CSI non touchés pour appuyer ceux qui sont en épidémie a l'intérieur du pays et entre les pays	mars-12 période épidémique	MSP / OMS / Partenaires opérationnels MSP/OMS

PLAN D'ACTION EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT DANS LES ZONES TRANSFRONTALIERES

Axes stratégiques	Domaines d'activités	Défis	Recommandations	Activités	Calendrier de mise en œuvre	Point focal mise en œuvre
Préparation aux épidémies	Echanges Transfrontaliers	Absence de cadre d'échanges transfrontaliers	Créer un cadre d'échange transfrontalier	Plaidoyer auprès des Ministère en charge de la santé, de l'eau et de l'assainissement, de l'éducation, de la communication et des autorités administratifs respectifs	oct - févr 12	Zone 1: OMS Niger Zone 2: UNICEF Tchad Zone 3 : ACF Tchad Zone 4 et 5 : OMS Cam
				Création de plateforme transfrontalière (DSR des régions transfrontalières + partenaires locaux)	mars-12	Zone 1: OMS Niger Zone 2: UNICEF Tchad Zone 3 : ACF Tchad Zone 4 et 5 : OMS Cam
	Plans de contingence nationaux et régionaux	Insuffisance/faible approche multisectorielle et transfrontalière dans les plans de préparation aux épidémies de choléra nationaux et régionaux	Impliquer les ministères concernés dans l'élaboration des plans de contingence nationaux et régionaux Intégrer la dimension transfrontalière dans les plans de contingence nationaux et régionaux	Elaboration du plan de contingence en concertation avec les ministères concernés	févr-12	Cameroun: UNICEF, Tchad: UNICEF, Niger: OMS
				Révision/élaboration des plans de contingence nationaux et régionaux en intégrant la dimension transfrontalière	févr-12	Cameroun: UNICEF, Tchad: UNICEF, Niger: OMS
		Absence de plans de contingence de préparation aux épidémies de choléra transfrontaliers	Elaborer des plans de contingence transfrontaliers par couloir de propagation (5 zone transfrontalières identifiées)	Elaboration de plans de contingence transfrontaliers par couloir de propagation dans les 5 zones transfrontalières avec les DSR concernés	nov-12	Zone 1: OMS Niger Zone 2: UNICEF Tchad Zone 3 : ACF Tchad Zone 4 et 5 : OMS Cam
				Ciblage des districts frontaliers d'après les rapports épidémiologiques	févr-12	UNICEF régional / ACF tchad
Absence/ faible Pré positionnement de matériel WASH dans les districts frontaliers	Rendre disponible du matériel WASH (kits d'hygiène + kit quarantaine) dans les districts frontaliers	Pré-positionnement du matériel WASH dans les districts frontaliers	mars-12	Zone 1: OMS Niger Zone 2: UNICEF Tchad Zone 3 : ACF Tchad Zone 4 et 5 : OMS Cam		

	Réponse précoce	Capacité insuffisante en formation des partenaires et des associations locales	Renforcer les capacités des partenaires et des associations locales en amont des épidémies	Identification des partenaires et des associations locales impliqués dans la lutte contre le choléra	oct - févr 12	Cluster lead WASH de chaque pays
				Formation des partenaires et des associations locales à la réponse EHA en amont des épidémies	mars-12	Cluster lead WASH de chaque pays
		Manque de capacité de réponse précoce de partenaires	Disposer d'une capacité de réponse précoce des partenaires	Plaidoyer auprès des bailleurs pour une capacité de réponse précoce	oct - févr 12	OCHA et le coordinateur résident
	Financement	Absence de financement pour les activités de préparation	Créer un fond transfrontalier "choléra" pour les activités de préparation	Plaidoyer auprès des bailleurs et des gouvernements pour la création d'un fond pour les activités de préparation	oct - déc 12	OCHA et le coordinateur résident
Réponse d'urgence	Coordination	Absence d'inter cluster WASH et santé au niveau national dans certains pays	Rendre opérationnel les inters cluster WASH et santé	Activation des inters cluster WASH et santé au niveau national dans les 4 pays	Dès la déclaration de l'épidémie	Gouvernements respectifs
			Organiser des rencontres transfrontalières inter-pays	Tenue régulière (hebdomadaire) des inter cluster WASH et santé	Hebdomadaire ou plus si besoin	Cluster lead WASH de chaque pays
	Manque de coordination transfrontalière des activités	Rendre opérationnel les plateformes transfrontalières (5 zones)	Tenue régulière des réunions transfrontalières inter-pays	Activation des plateformes transfrontalières	Dès 1ier cas dans la région du bassin du lac Tchad - Tous les 6 mois	Zone 1: OMS Niger Zone 2: UNICEF Tchad Zone 3 : ACF Tchad Zone 4 et 5 : OMS Cam
	Qualité et promptitude de la réponse			Tenue régulière (6 semaines) des réunions transfrontalières au niveau local (DSR et partenaires locales)	Dès 1ier cas dans un des districts transfrontaliers	Zone 1: OMS Niger Zone 2: UNICEF Tchad Zone 3 : ACF Tchad Zone 4 et 5 : OMS Cam
		Réponse non adaptée au contexte épid. (voies de transmission, population cible, provenance)	Orienter la réponse d'après l'analyse des données épidémiologiques (provenance, population cible, contexte de contamination)	Investigation des cas : origine du premier cas, provenance, population cible, origine suspectée de contamination	Période épidémique	Cluster lead santé de chaque pays
				Adaptation de la réponse d'après l'analyse des données épidémiologiques	Période épidémique	Cluster lead santé de chaque pays

		Intervention non harmonisée de part et d'autre de la frontière	Etablir une stratégie commune d'intervention de part et d'autre de la frontière	Partage et évaluation des documents d'intervention	Début d'épidémie et revue tous les 3 mois	Zone 1: OMS Niger Zone 2: UNICEF Tchad Zone 3 : ACF Tchad Zone 4 et 5 : OMS Cam
		Réponse retardée	Améliorer la promptitude de la réponse	Harmonisation des stratégies d'intervention	Début d'épidémie et revue tous les 3 mois	Zone 1: OMS Niger Zone 2: UNICEF Tchad Zone 3 : ACF Tchad Zone 4 et 5 : OMS Cam
				Plaidoyer auprès des ministères en charge de l'eau de l'hygiène et de l'assainissement et des partenaires pour action conjointe et rapide dès les premiers cas déclarés	Dès le premiers cas confirmé de choléra	Cluster lead WASH de chaque pays
	Financement et mobilisation des partenaires	Capacité insuffisante en moyens et en couverture des partenaires	Augmenter les moyens et capacités des partenaires	Plaidoyer auprès des bailleurs et des partenaires pour une augmentation des moyens financiers et de la couverture	Revue au cluster WASH et santé	OCHA et le coordinateur résident
Réponse sur le long terme	Prévention	Manque de prévention en période inter épidémique	Continuer les activités de prévention en période inter épidémique	Plaidoyer auprès des bailleurs pour le financement des activités de prévention en période inter épidémique	Evaluation mensuelle	OCHA et le coordinateur résident
				Pérennisation des activités de prévention en période inter-épidémique	Evaluation mensuelle	Cluster lead WASH de chaque pays
	Programme EAH sur le long terme	Faible accès à l'eau potable et aux infrastructures sanitaires dans les zones à risque choléra	Améliorer l'accès à l'eau potable et aux infrastructures sanitaires dans les zones à risque choléra	Mise en œuvre de programme d'approvisionnement en eau potable et de promotion des infrastructures d'assainissement et de points de lavage des mains dans les zone à risque choléra	Evaluation trimestrielle	Cluster lead WASH de chaque pays
		Difficulté à changer le comportement des populations	Développer des programmes d'éducation à l'hygiène en vue d'un changement de comportements d'après des études CAP et anthropologiques	Révision des programmes d'éducation à l'hygiène Mise en œuvre de programme d'éducation pour le changement de comportement dans le système éducatif et au sein de la population	Fevr-12 Evaluation trimestrielle	Cluster lead WASH de chaque pays
	Financement	Difficulté à obtenir des financements pour des programmes EAH sur le long terme dans les zones à risque choléra	Solliciter les bailleurs de développement pour le financement de programme EAH sur le long terme dans les zones à risque choléra	Plaidoyer auprès des bailleurs pour le financement de programme EAH sur le long terme dans les zones à risque choléra	Evaluation trimestrielle	OCHA et le coordinateur résident

Plaidoyer stratégique du gouvernement	<p>Faible Implication des ministères en charge de l'eau, de l'assainissement, de l'hygiène, de l'éducation et de la communication dans la lutte contre le choléra</p>	<p>Impliquer les ministères en charge de l'eau, de l'assainissement, de l'hygiène, de l'éducation et de la communication dans la lutte contre le choléra</p>	<p>Plaidoyer auprès des ministères en charge de l'eau, de l'assainissement, de l'hygiène, de l'éducation et de la communication dans la lutte contre le choléra</p>	<p>Evaluation trimestrielle</p>	<p>Cluster lead WASH de chaque pays</p>
	<p>Manque de coordination des ministères concernés dans les programmes sur le long terme dans le cadre de la lutte contre le choléra</p>	<p>Cadre globale de coordination des ministères</p>	<p>Plaidoyer pour la création d'un cadre global de coordination des ministères dans le cadre de la lutte contre le choléra sur le long terme</p>	<p>Evaluation trimestrielle</p>	<p>OCHA et le coordinateur résident</p>
	<p>Stratégie des ministères en charge de l'EHA ne priorise pas les zones à risque choléra dans l'implantation des points d'eau et la promotion de l'assainissement de base</p>	<p>Prioriser les zones à risque choléra dans l'implantation des points d'eau et la promotion de l'assainissement de base</p>	<p>Plaidoyer auprès des ministères en charge de l'EHA pour l'implantation des points d'eau et la promotion de l'assainissement de base dans les zones à risque choléra</p>	<p>Evaluation trimestrielle</p>	<p>Cluster lead WASH de chaque pays</p>
	<p>Stratégies des ministères de l'éducation, des affaires sociales, de la promotion de la femme et de la famille n'intègrent pas la thématique des pratiques d'hygiène en lien avec les maladies à transmission féco-orale</p>	<p>Intégrer/Réviser la thématique des pratiques d'hygiène en lien avec les maladies à transmission féco-orales dans les différents programmes et dans les cours d'éducation civique/sanitaire/morale</p>	<p>Plaidoyer auprès des ministères de l'éducation, des affaires sociales, de la promotion de la femme et de la famille pour intégrer la thématique des pratiques d'hygiène en avec les maladies féco-orales dans les différents programmes et dans l'éducation civique</p>	<p>Evaluation trimestrielle</p>	<p>Cluster lead WASH de chaque pays</p>

STRATEGIE DE COMMUNICATION DANS LES ZONES TRANSFRONTALIERES

Domaine d'activités	Défis	Recommandations	Activités	Calendrier de mise en œuvre	Point focal mise en œuvre
Plan de Communication	Pas/peu de plans de communication dans les 4 pays	Harmoniser le plan de communication dans les 4 pays	Etablir un plan de communication harmonisé		UNICEF
Messages de sensibilisation	Messages de communication non adaptés	Reformuler les messages de communication	Faire des études CAP et Anthropologiques dans les zones à risque choléra transfrontalières (5) Revoir les messages de sensibilisation en langues nationales en fonction du résultat des études Identification des canaux de communication adaptés suite à l'étude		Ensemble des partenaires Ensemble des partenaires Ensemble des partenaires
Formation	Formation insuffisante des acteurs de la lutte contre le choléra	Renforcer les capacités de l'ensemble des partenaires de la lutte contre le choléra	Formation des medias, leaders communautaires, des relais communautaires, des partenaires		Ensemble des partenaires
Activités de sensibilisation	Insuffisance d'appropriation de la gestion du choléra par les autorités et les communautés Insuffisance de l'utilisation des médias dans la lutte contre le choléra	Impliquer les communautés et les autorités locales dans la lutte contre le choléra Utiliser l'ensemble des médias dans la lutte contre le choléra	Sensibilisation/plaidoyer au niveau de la communauté et des autorités locales, administratives et religieuses Sensibilisation de masse à travers les médias	oct-11 à mars-12	Ensemble des partenaires
Communication transfrontalière	Insuffisance de la communication transfrontalière sur le choléra dans le bassin du lac Tchad	Améliorer la communication transfrontalière sur choléra dans le bassin du lac Tchad	Mise en place d'une plate forme sous régional de communication Mise en place d'un système d'alerte précoce sous régional : site internet / ligne verte Diffusion de la déclaration conjointe des différents états pour faire de la lutte contre le choléra une priorité ABUDJA Octobre 2010 aux membres des clusters WASH et santé des 4 pays		Zone 1: OMS Niger Zone 2: UNICEF Tchad Zone 3: ACF Tchad Zone 4 et 5: OMS Cameroun OMS OMS
Financement	Financement des activités de communication insuffisant	Rechercher des financements pour activités de communication	Faire un plaidoyer auprès des bailleurs pour le financement des plans de communication		OCHA / coordinateur résident

ANNEXE 1 – LISTE DES PARTICIPANTS

I. Participants du Cameroun

N°	Noms et Prénoms	Fonction	Agence/Institution	Téléphone	E-mail
1.	Tatangang Henri-Noel	Chargé de la Catastrophe	Plan Cameroun	+237 79 48 74 60	noel.tatangang@plan-international.org
2.	Dr. Ernest D. Essomba Essomba	Expert SR, Coord. Projet PASR/BAD	UNFPA	+237 96 44 01 69 +237 97 70 70 89	essomba@unfpa.org
3.	Mme Hélène Dimale	Head of Office	OIM	+237 77 74 63 13	hdimale@iom.int
4.	Mme Rose F. Tchwenko	Directrice Adjointe en charge du Développement des Programmes et Partenariats	CARE Cameroun	+237 77 11 44 39 +237 22 20 69 27	tchwenko@carecameroun.org
5.	Mr Lobe Richard Antoine	Chef de la cellule de communication & point focal national de choléra	Croix Rouge Camerounaise	+237 77 73 62 63	richlobe@yahoo.fr
6.	Dr Hwang Christine	Déléguée Santé, coordination choléra	FICR	+237 79 50 90 51	christine.hwang@ifrc.org christineincameroon@yahoo.com
7.	Viviane NZEUSSEU	Regional Health Coord.	FICR	+237 77 09 87 93	viviane.nzeusseau@ifrc.org
8.	Mr. Michael Yacob	Country Director	International Medical Corps	+237 94 18 01 09	myacob@Internationalmedicalcorps.org
9.	Dr Dissake Ekosso Dorothy Molingi	Senior Program support Officer	International Medical Corps	+237 99 66 71 87	molingi@yahoo.co.uk
10.	Dr. Collins Sayang	Public Health Specialist/ Health Advisor	Plan Cameroon	+237 75 03 23 80	collins.sayang@plan-international.org
11.	Anne BOEMARE	WASH Coord.	HCR		
12.	Abou Bakary Kane	Chef de Bureau Douala	PAM	+237 99 50 54 17	aboubakary.kane@wfp.org
13.	Suzane Gbaguidi	WASH Specialist	UNICEF	+237 75 29 48 91	sgbaguidi@unicef.org
14.	Chimi Narcisse	HIV Program F.P. crises et catastrophes	PNUD	+237 94 01 85 25	narcisse.chimi@undp.org
15.	Eboueme Bountsebe	Chef de Service Assainissement	MINEE	+237 77 53 51 33	bountsebeeoueme@yahoo.fr
16.	Tchapmi Paul	Délégué Regional du Littoral	MINEE	+237 77 74 19 32	tchapmipaul@yahoo.fr
17.	Tonye Julbert	Programms Coordinator	Cameroon Red Cross	+237 99 91 82 98 +237 74 0140 01	tonjul2002@yahoo.fr
18.	Anoma Stephane	Médecin	MSF	+237 97 05 93 38	msfch-yaounde-fieldco@geneva.msf.org
19.	Dr Serge Kabore	Med. Co	MSF	+237 99 89 05 53	msfch-yaounde-fieldco@geneva.msf.org
20.	Dr Mbam Mbam Leonard	DPC	OMS	+237 77 43 46 55	mbaml@cm.afro.who.int

II. Participants du Niger

21	Dr Soga Garba	Chargé de la Presentation et de la lutte contre la maladie	OMS	+ 227 90 18 79 25	sogag@ne.afro.who.int
21	Togota Sogoba	Responsable WASH	UNICEF	+ 227 96 70 59 93	tsogoba@unicef.org
23	Eyenga Olivier	HAO/CP	OCHA	+227 98 00 76 65	eyenga@un.org
24	Dr Moustapha Saadou	Health & Nutrition Officer	SAVE THE CHILDREN	+227 96 96 90 60	moustapha_sad@yahoo.fr
24	Dr Kakou Batcho Arsène	Conseiller WASH pays	OXFAM	+227 98 34 45 02	karsene@oxfam.org.uk ; lakouba18@yahoo.fr
26	Dodo Natatou Sanoussi	Responsable WASH pays	ACH	+227 96 96 23 13	ws-ne-ma@acf-e.org , dodosanoussi@yahoo.fr

III. Participants du Tchad

27	Dr Thomas Karengera	Chargé de Programme EHA	OMS-Tchad	+235 66 88 19 71	karengerat@td.afro.who.int
28	Dr. Ahmat Issa Outman	Spécialiste de Santé	UNICEF	+235 66 23 32 49	iaoutman@unicef.org
29	Rodolphe Houlsonron	Spécialiste WASH	UNICEF	+235 66 77 37 95	rhoulsonron@unicef.org
30	David Cibonga	Chef de Bureau Adjoint	OCHA	+235 66 64 18 39	cibonga@un.org
31	Dr Sufi Quasim	Chef de Mission	OIM/Tchad	+235 62 90 06 74	qsufi@iom.int
32	Dr Daizo Arsène	Point focal EHA	OMS	+235 63 19 15 01	daiza@td.afro.who.int
33	Bongor Zam Barminas	SG	CRT	+235 66 29 88 82	croixrouge.tchad@yahoo.fr
34	Jessica Dunoyer	PM	ACF	+235 62 42 61 73	WASHurgcap@td.missions-acf.org
35	Timi Kaoura Ali	Directeur Pi, WASH Programme Manager	Islamic Worldwide Relief		timi_kaoura@yahoo.fr
36	Ahmat Abubakr Arabi	Chef Projet WASH Salamat-Tchad	Islamic Worldwide Relief	+235	
37	Dr Yao Gaspard Bossou	Dep. Med. Co.	MSF-CH	+235 66 20 24 78	msf-tchad-dmedco@geneva.msf.org
38	Mamadou S. Diallo Belly	Représentant	FICR	+235 66 27 84 84	belly.diallo@ifrc.org

ANNEXE 2 – Programme de la réunion

Horaires	Activités	Facilitateur
	Le mardi 20 septembre 2011	
8 :30	Mise en place des participants terminée	OCHA
8 : 30 – 8 : 45	Introduction – Mot de bienvenu	Pays hôte
8 : 45 – 9 : 00	Tour de table	Pays hôte
9 : 00 – 10 : 40	Présentation du profil épidémiologique par pays : Stratégie de réponse et les défis par (1) OMS Cameroun, (2) OMS Niger (3) OMS Tchad	OMS se concertent pour désigner un facilitateur
10 : 40 – 11 : 00	Pause café	Pays hôte
11 : 00 – 11 : 30	Discussions facilitées	OCHA
11 :30 – 12 :30	Présentation en téléconférence de l'évaluation intégrée WASH & Epidémiologie du choléra dans le bassin du Lac Tchad par UNICEF	OCHA
12 : 30 – 14 : 00	Pause déjeuner	
14 : 00 – 15 : 00	Les interventions transfrontalières (Présentation et discussions) par ACF	OCHA
15 :00- 15 :30	Présentation des travaux de groupe et constitution des groupes	
15 : 30 – 15 : 45	Pause café	
15 : 45 – 17 : 30	Travaux en groupe : les stratégies et chronogramme pour la mise en œuvre des activités transfrontalières	un facilitateur désigné dans chaque groupe
	Le mercredi 21 septembre 2011	
08 : 00 – 10 : 00	Suite des travaux de groupe	
10 : 00 – 10 : 15	Pause café	
10 : 15 – 11 : 30	Restitution des travaux de groupe en plénière	OCHA
11 : 30 – 12 : 00	La coordination transfrontalière et désignation d'un point focal par pays.	OCHA