

INFORMATION SESSION

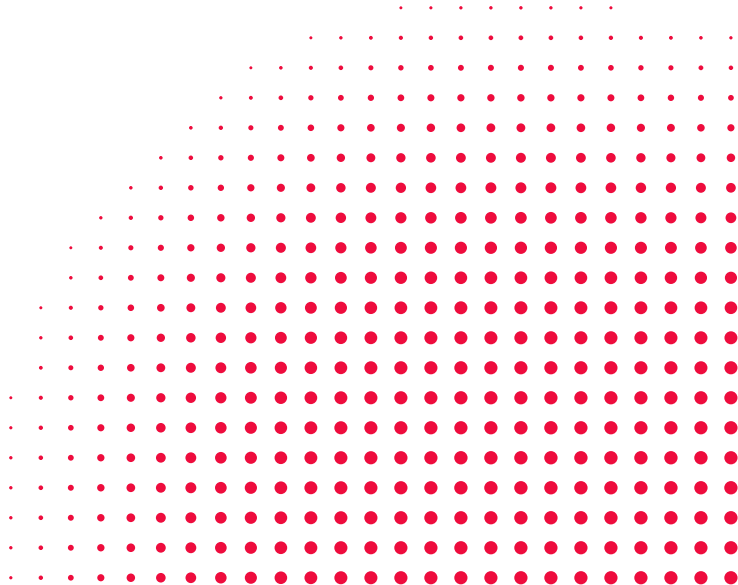
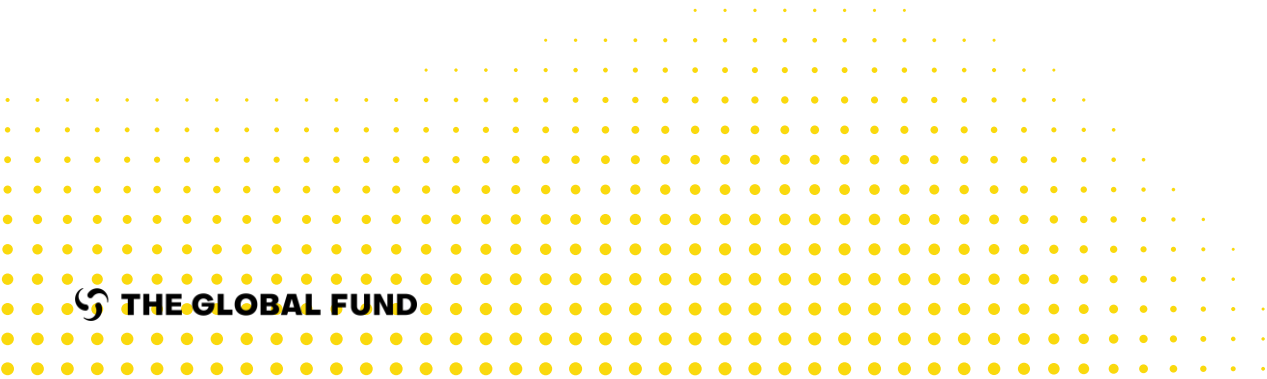
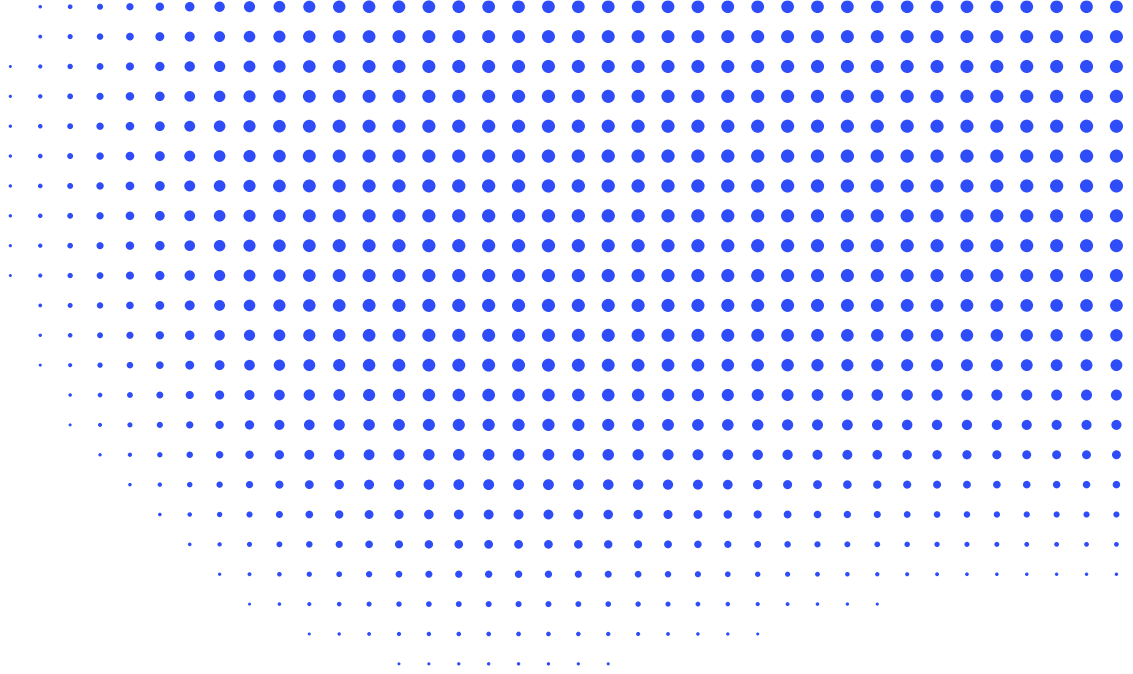
Global Fund Support to African Continental Mpox Response Plan

10 October 2024

Contents

1	Welcome Remarks by Global Fund Leadership	Ms. Caty Fall Sow , Head of the Africa and Middle East Department, Global Fund	5 min
2	Remarks by WHO AFRO Leadership	Dr. Jean-Marie Vianny Yameogo , Incident Manager, Mpox continental Incident Management Support Team (IMST), WHO AFRO	10 min
3	Country Example: DRC	Dr. Teto Fondacaro , Global Fund C19RM Coordinator, Minister of Health, Program Management Unit, DRC Ms. Sonia Florisse , Senior Fund Portfolio Manager, High Impact Africa, Global Fund	20 min
	Country Example: Uganda	Dr. Henry Kyobe Bose , National Incident Manager for COVID-19, Ebola and Mpox at Ministry of Health Mr. Saman Zamani , Senior Fund Portfolio Manager, High Impact Africa, Global Fund	20 min
4	Remarks by Africa CDC Leadership	Dr. Ngashi Ngongo , Mpox Incident Manager (IM), Africa CDC Prof. Nicaise Ndembi , Deputy IM, Africa CDC	10 min
5	Q&A	Dr. David Lowrance , Technical Advice and Partnerships (TAP), Global Fund	25 min

Remarks by WHO AFRO Leadership

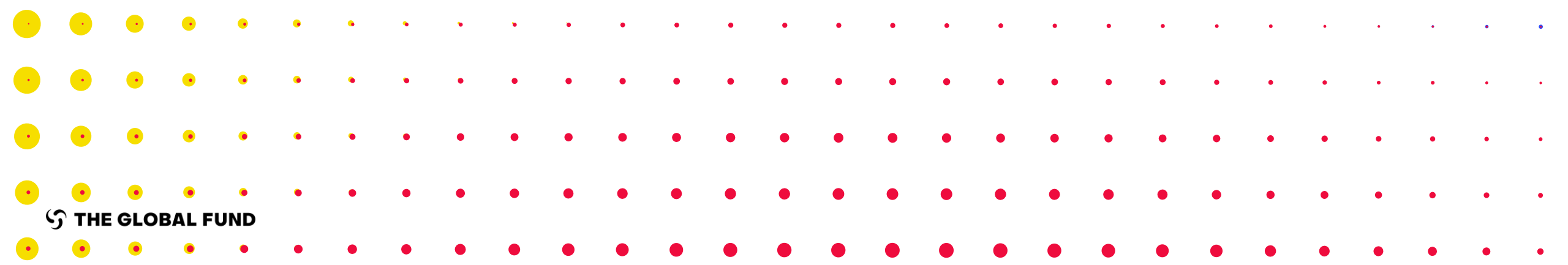


Country case study Democratic Republic of the Congo



1

Situation du virus Mpox en République démocratique du Congo



Situation du virus Mpox en RDC

Situation épidémiologique (1/2)

- La mpox est endémique dans le centre et le nord de la République démocratique du Congo (RDC).
- Entre 2022 et 2023, l'épidémie de mpox s'est étendue des zones endémiques aux zones non endémiques.
- Le nombre de cas a augmenté de manière inhabituelle, avec une extension géographique touchant sept nouvelles provinces: Kinshasa, Sud-Kivu, Nord-Kivu, Lualaba, Kwango, Tanganyika, Kongo-Central.
- Vingt-quatre sur 26 provinces sont maintenant concernées.

	2021	2022	2023	2024*
Cas suspects	2 993	5 677	14 626	30 776
Décès signalés	81	213	654	990
Taux de létalité	2.7%	3.7%	4.46%	3.22%

* Situation au 29 septembre 2024.

Source: WHO [Mpox: Multi-country External Situation Report #39](#), 6 October 2024.

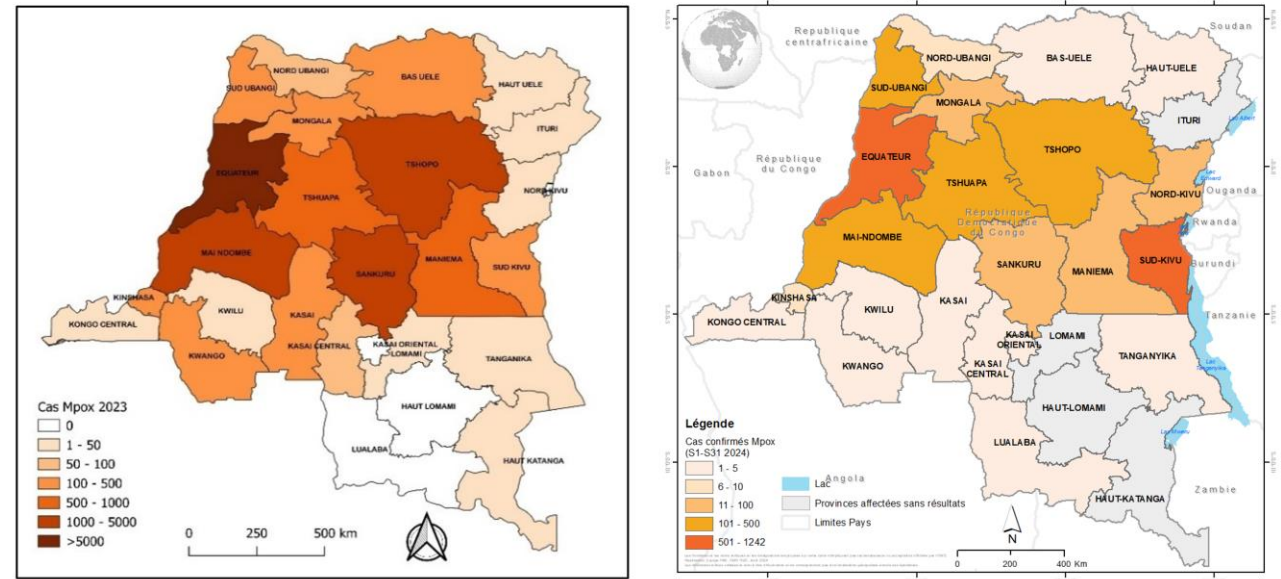


Fig 1. Carte de la répartition des cas suspects de mpox en RDC en 2023 et 2024

Les raisons de la recrudescence récente et de la répartition géographique du mpox en République démocratique du Congo (RDC) demeurent mal comprises.

Des études urgentes sont nécessaires pour mieux comprendre les dynamiques de transmission, évaluer la gravité de la situation et identifier les facteurs de risque, tout en améliorant l'accès aux diagnostics.

Situation du virus Mpox en RDC

Situation épidémiologique (2/2)

À ce jour, deux clades du virus MPXV circulent en RDC, les clades 1a et 1b:

Régions du nord et du centre

Zones endémiques - clade 1a

La majorité des cas suspects signalés :

- Répondent à la définition standard des cas de Mpox.
- Impliquent principalement des enfants de moins de 15 ans, soupçonnés d'être infectés par transmission zoonotique et/ou directe d'humain à humain.
- Les preuves de la contribution relative des voies de transmission restent peu claires.

Régions de l'est

Zones non endémiques - clade 1b

- L'épidémie semble davantage liée à une transmission humaine (clade 1b) attribuée à une mutation génétique du virus, notamment via des contacts sexuels.
- Le conflit armé favorise la propagation du virus, et la situation est aggravée par la densité de population élevée dans les camps de déplacés internes, les conditions précaires et l'accès limité aux soins.
- Les populations cibles et les stratégies de réponses sont différentes, et nécessitent la prise en compte du lien entre la Mpox et le VIH.

18 décembre 2022

Le ministère de la Santé publique déclare l'épidémie au niveau national, et la classe en urgence nationale en raison de l'augmentation rapide des cas suspects.

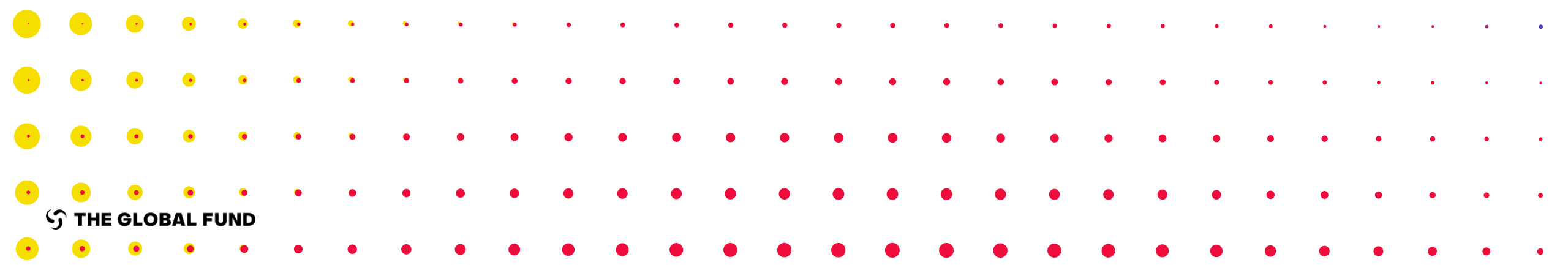
Août 2024

Le Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP), sous l'égide de l'Institut National de Santé Publique, active le niveau 3 de la réponse - niveau le plus élevé – et renforce la gestion de la réponse et la cartographie des risques.

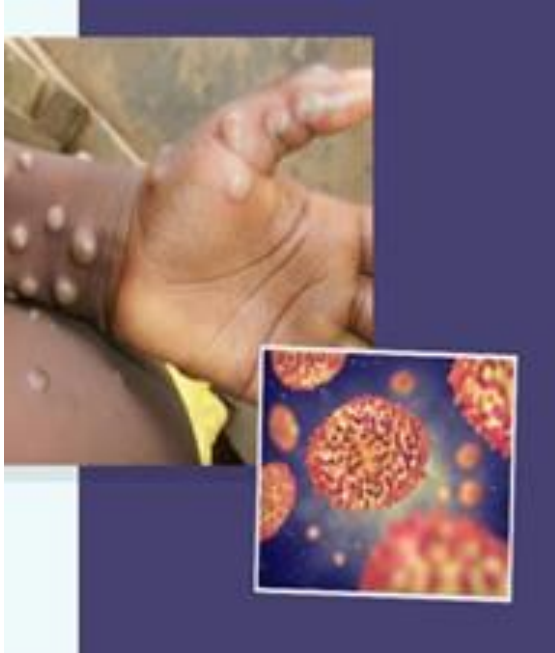


2

Riposte de la RDC face au virus Mpox



Riposte d'urgence à la Mpox (9,5 millions de dollars US)



- **6,5 millions USD pour une riposte d'urgence dans six provinces à haute transmission (Équateur, Sud-Ubangui, Sankuru, Tshopo, Sud-Kivu et Nord-Kivu) et Kinshasa.**
 - Surveillance et alerte précoce : Renforcer la surveillance pour détecter rapidement la Mpox et réagir efficacement.
 - Laboratoires et diagnostics : Améliorer la capacité des laboratoires pour une détection rapide des cas.
 - Communication et mobilisation : Sensibiliser les communautés et réduire la stigmatisation via les agents de santé.
 - Prévention et contrôle des infections : Protéger les soignants avec des mesures de prévention adaptées.
 - Coordination : Renforcer la coordination nationale des interventions d'urgence.
 - Prise en charge clinique : Améliorer la capacité des structures de santé à soigner les cas de Mpox et autres urgences sanitaires.
- **3 millions USD pour renforcer l'accès aux soins primaires en Nord-Kivu, Sud-Kivu, Ituri, Mai-Ndombe et Kasai face à l'épidémie de Mpox et la crise humanitaire.**



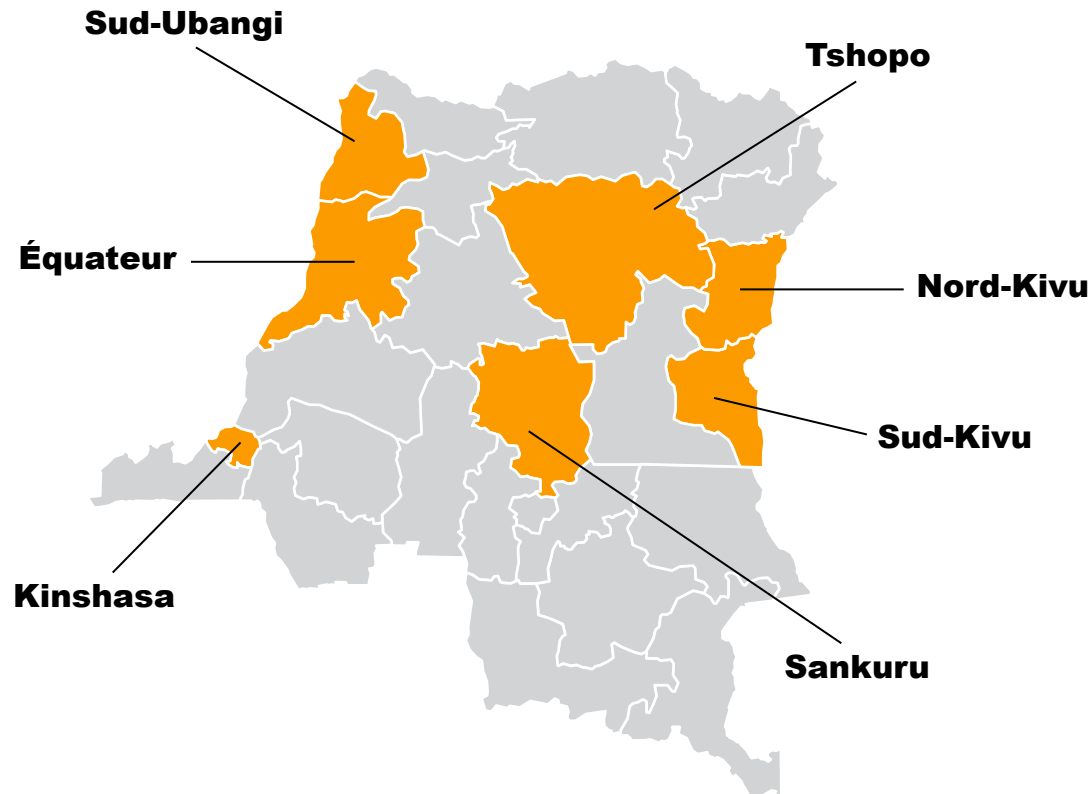
3

Soutien du Fonds mondial à la riposte de la RDC au virus Mpox et coordination des partenaires

Soutien du Fonds mondial à la riposte de la RDC au virus Mpox

Objectifs spécifiques

Provinces priorisées qui sont touchées par une transmission élevée du virus.



- Renforcer les capacités de diagnostic des laboratoires dans les divisions provinciales de la santé (DPS) prioritaires.
- Renforcer la surveillance intégrée et étendre le système EWARS* dans quatre provinces.
- Renforcer la prévention et contrôle des infections (PCI/WASH) dans les DPS prioritaires.
- Promouvoir la communication des risques et l'engagement communautaire, notamment via les acteurs et leaders locaux dans les sept DPS ciblées.
- Soutenir la coordination multisectorielle pour lutter contre la Mpox et d'autres épidémies potentielles.

Soutien du Fonds mondial à la riposte de la RDC au virus Mpox

Approche stratégique (1/2)

1

Laboratoires: renforcement des capacités de diagnostic dans les DPS prioritaires

Acquisition de tests de diagnostic GenXpert, réactifs, consommables pour le séquençage, gestion des déchets biomédicaux, stockage et distribution, ainsi que le renforcement des compétences en biosécurité et biosûreté dans les 7 provinces ciblées.

2

Surveillance: renforcement du système de surveillance intégrée dans le cadre de l'approche "One Health"

Formation en surveillance communautaire dans les 7 provinces cibles, la reproduction d'outils de surveillance, la formation des acteurs communautaires (CAC, RECO, etc.), ainsi que celle des agents du secteur de la santé animale, accompagnée de missions d'investigation, de recherche active des cas suspects, et de supervision formative.

3

Surveillance: extension du système EWARS

Étendre ce système d'alerte précoce et de réponse dans 4 provinces supplémentaires, à savoir : Sankuru, Maniema, Sud-Ubangi et Tshopo. Cette activité comprend des formations, l'acquisition d'équipements informatiques, ainsi que la couverture des frais de communication et d'internet.

4

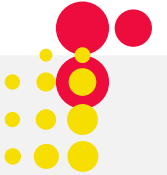
Prévention et contrôle des infections: renforcement des capacités (PCI/WASH)

Briefer et doter les prestataires au niveau des centres de santé en kits PCI, suivi de visites d'accompagnement.



Soutien du Fonds mondial à la riposte de la RDC au virus Mpox

Approche stratégique (2/2)



5

Prise en charge médicale

Formation du personnel médical à la prise en charge des cas (PEC), ainsi que la mise à jour du protocole médical.

6

Communication des risques et engagement communautaire

Appui à la validation du plan de communication stratégique Mpox, des séances de plaidoyer avec des leaders d'opinion, et un soutien à la ligne téléphonique gratuite d'assistance.

7

Coordination multisectorielle: renforcement des capacités

Améliorer les mécanismes de coordination de la lutte contre la Mpox et les autres épidémies potentielles en renforçant les capacités des zones de santé des 7 provinces ciblées, avec un soutien pour les moyens de communication (internet et frais de communication) et pour le bon fonctionnement de la coordination opérationnelle.

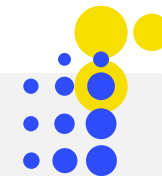
Coordination des partenaires

Cofinancement et coordination avec les partenaires internationaux soutenant la riposte nationale.

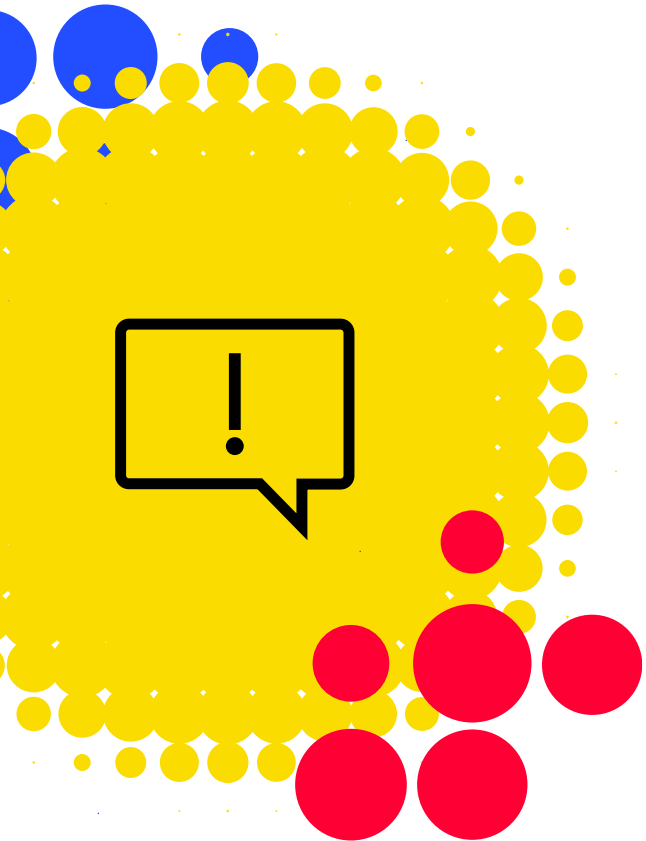
L'appui du gouvernement de la République démocratique du Congo – 2,5 millions de dollars US

Autres partenaires clés:

- **USAID et US-CDC** : coordination, renforcement des capacités des laboratoires, communication des risques et engagement communautaire, prise en charge médicale, surveillance, prévention et le contrôle des infections (PCI) et interventions liées à l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH). Financement de l'achat de 50 000 doses de vaccins JYNNEOS en cours d'acheminement.
- **CDC Africa et OMS AFRO**: en contributeurs.
- **Banque mondiale** : soutient à la prise en charge médicale et la surveillance.
- **Foreign, Commonwealth & Development Office (FCDO)** : soutient à la surveillance, au PCI et à la logistique dans les provinces du Sud-Kivu, Sud-Ubangi et Sankuru à travers l'UNICEF.
- **Gouvernement Suisse** : soutient à la prise en charge médicale, la surveillance, le PCI et les activités de communication sur les risques et l'engagement communautaire (CREC) dans la province du Sud-Kivu, en partenariat avec l'UNICEF.
- **AFD**: renforcement du système de laboratoires, soutient à la prise en charge médicale et nutritionnelle, actions PCI/WASH et recherche, à travers Expertise France et la Fondation Mérieux. Don de 100 000 doses de vaccins MVA/RN en cours d'acheminement.
- **Cofinancement Agence Française de Développement (AFD) et Fonds mondial**: renforcement de la surveillance épidémiologique dans la province du Sud-Kivu. Le projet est axé sur l'approche « One Health », en intégrant la dimension du genre.



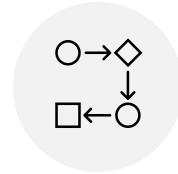
Défis de mise en oeuvre



Accessibilité



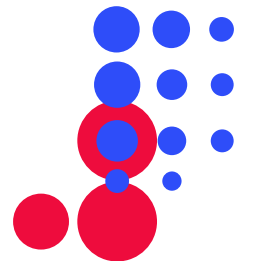
Communication



Coordination des interventions sur terrain

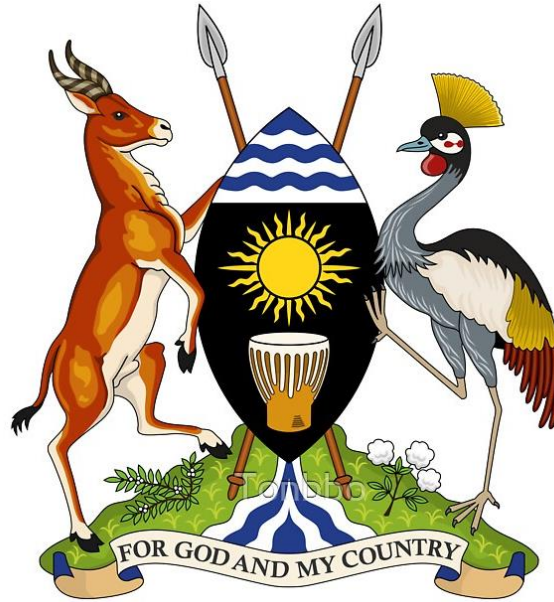


Justification en temps réel



Country case study

Uganda

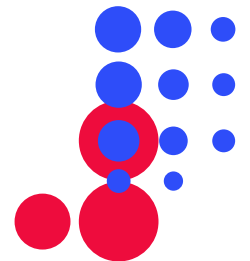


Overview of Uganda's experience in Mpox outbreak response

Dr Henry Kyobe Bosa
Incident Commander
10th October 2024

Key Highlights

- Despite **zero** mortality, geographical expansion of the mpox outbreak (clade 1b MPXV)
 - Shifting of the epidemic with a strain to central level response mechanisms
 - Moving to full decentralized response at the District Task Forces
- Central Uganda (*Nakasongola district*) is the current hotspot, amidst
 - Complexities in contacts identification, low contacts' conversion rate, and an
 - Intersection of transmission of HIV drivers and mpox transmission
- Considerations for continuity of Essential Health Services
 - Emerging evidence of focal disruptions of continuity of essential services in some places
- The utility of the **7-1-7 metrics** for Mpox outbreak in Uganda



Situation report



Mpox Outbreak in Uganda SITUATION Update - 09 October 2024

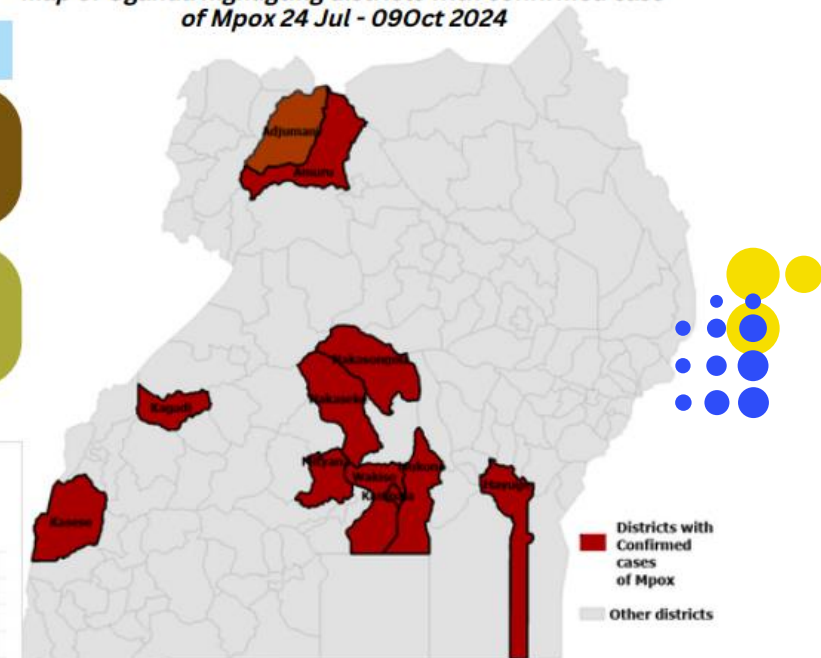


Data update as of 09 October 2024 at 20:00 EAT

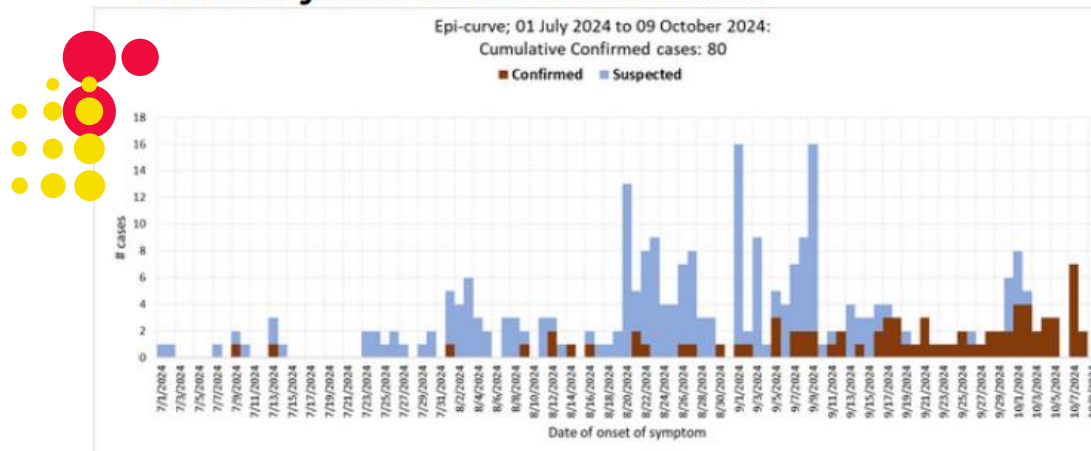
HIGHLIGHTS



Map of Uganda highlighting districts with confirmed case of Mpox 24 Jul - 09 Oct 2024

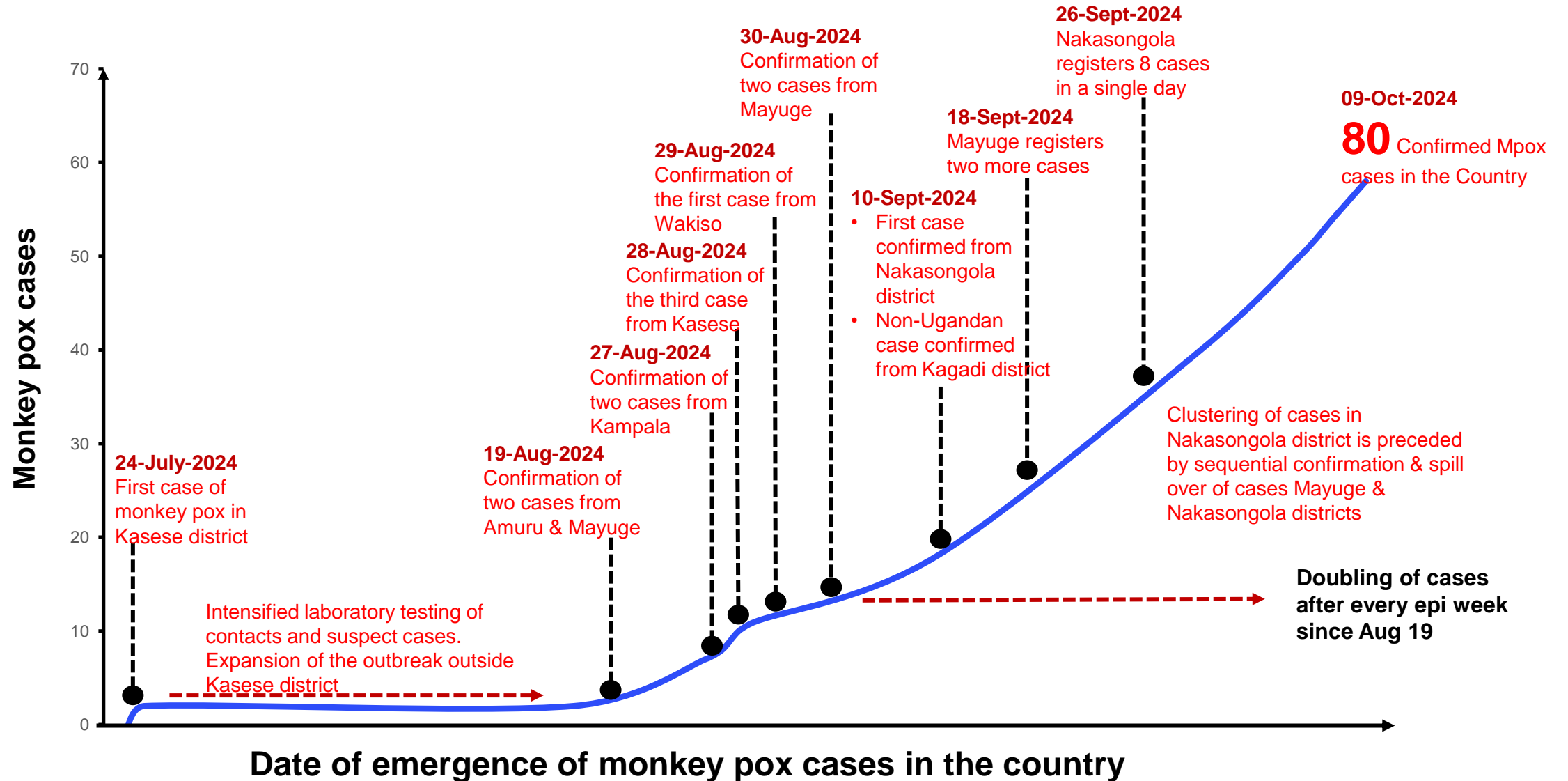


Time analysis of affected individuals

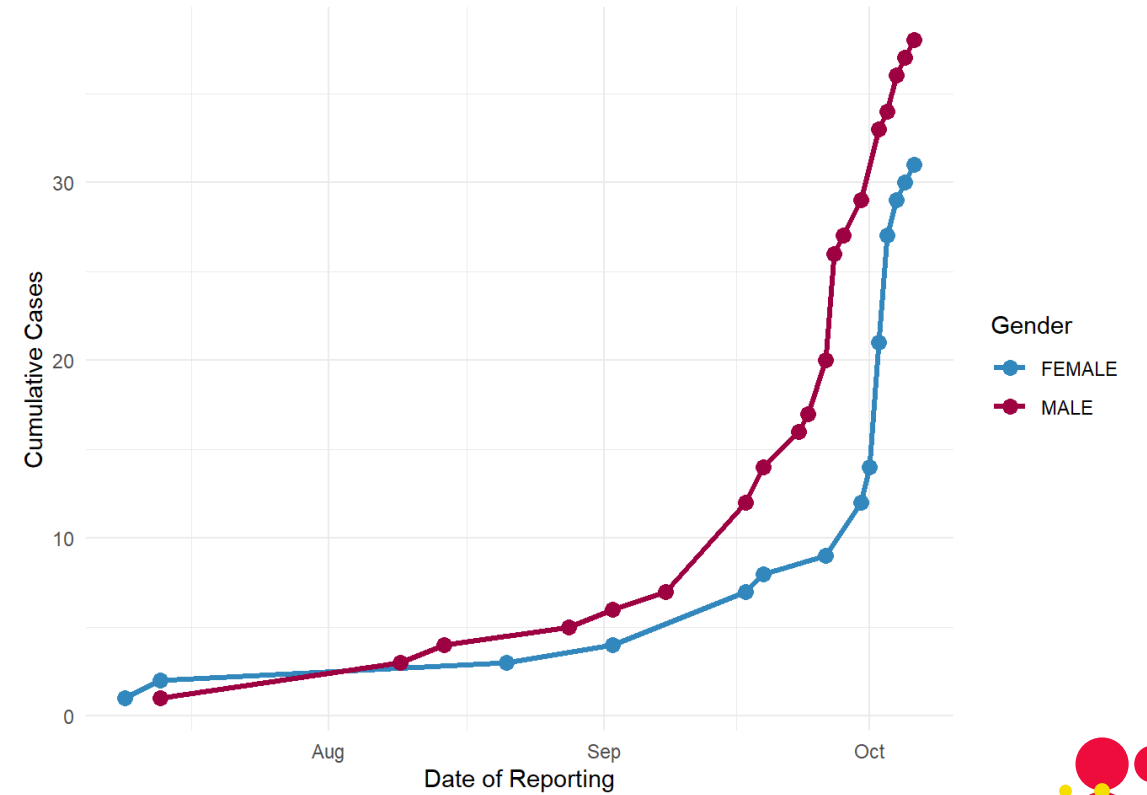
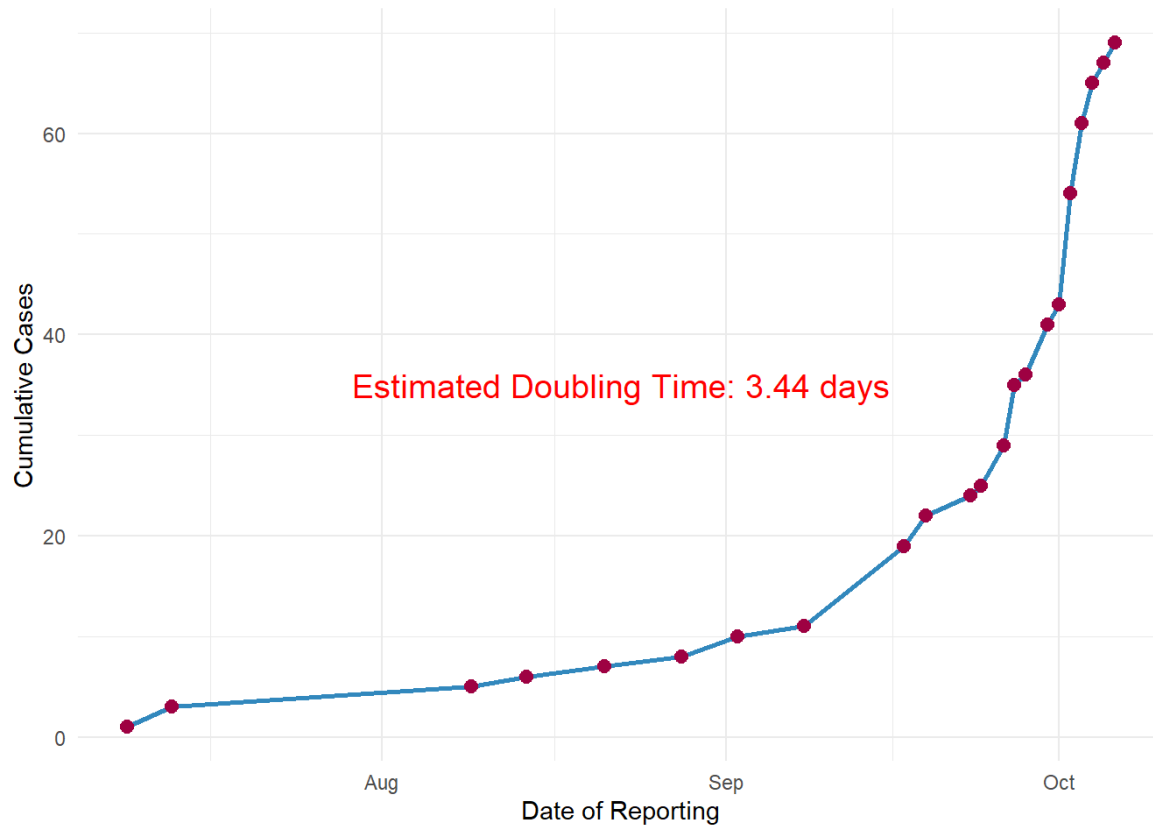


There are 11 districts with Confirmed Cases of Mpox
Reclassification of 2 cases was conducted

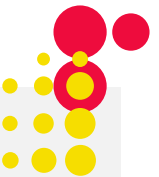
Sequence of events



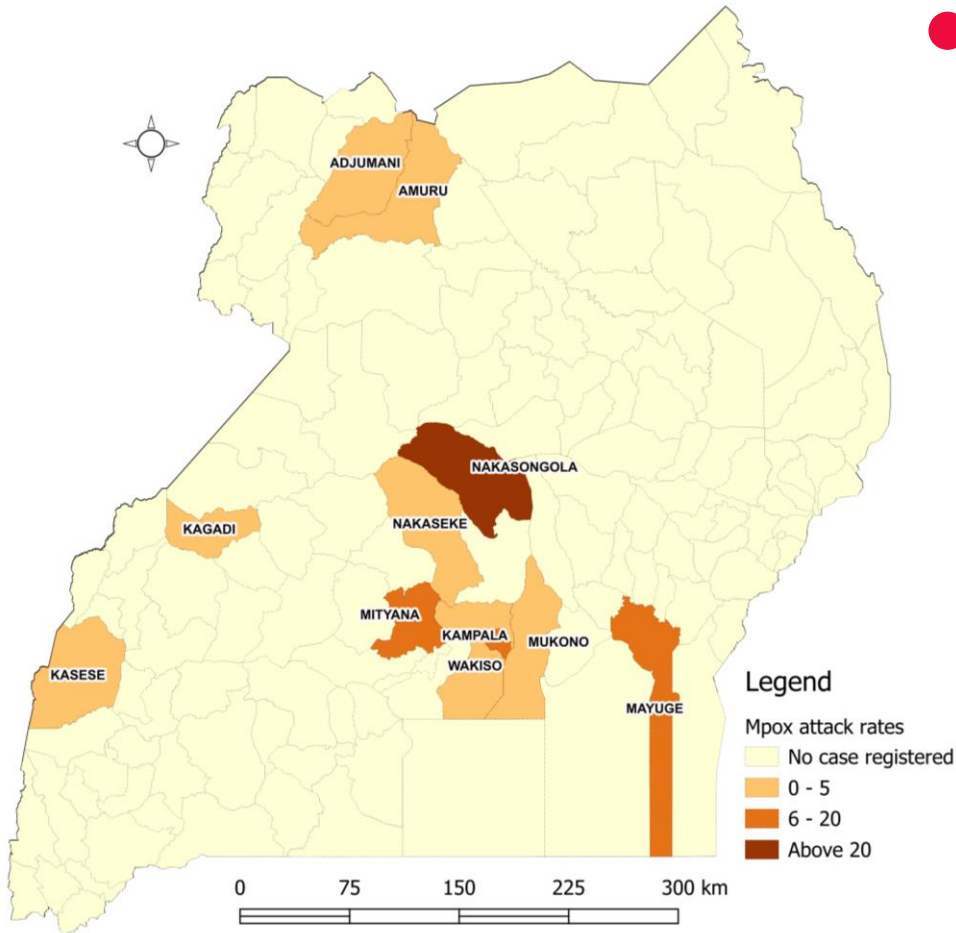
Rapid spread of the mpox outbreak



A steep increase in cumulative Mpox cases from mid September to October with transmission mostly driven by clusters in Nakasongola district



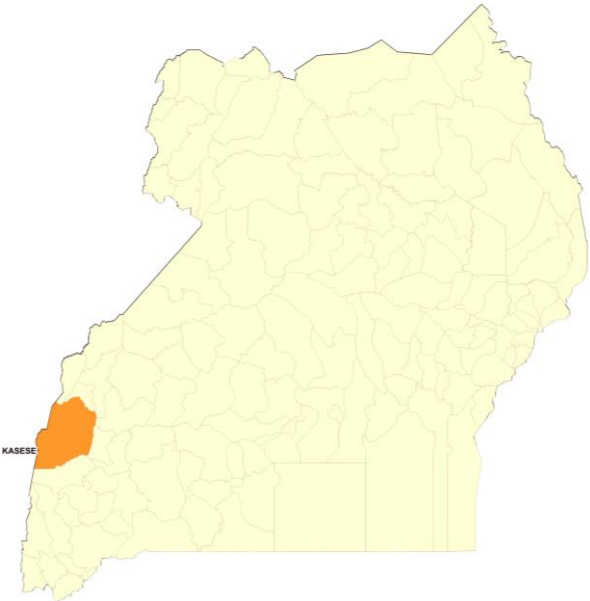
Attack rates per 100,000 population



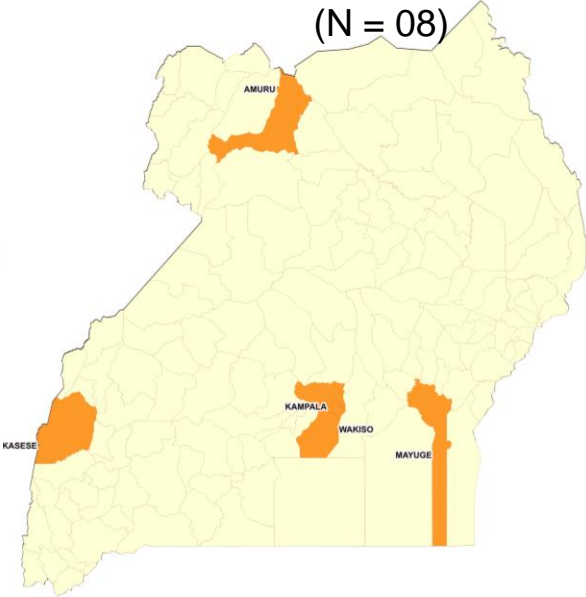
District (N = 11)	# of Mpox cases (n = 80)	Population	Attack rates per 100,000
Nakasongola	25	226,138	110
Mayuge	10	562,048	2
Kampala	21	1,875,834	1.1
Mityana	3	406,225	7.4
Kasese	4	847,027	0.47
Amuru	1	247,377	0.40
Nakaseke	1	251,299	0.40
Wakiso	12	3,397,565	0.35
Adjumani	1	300,386	0.33
Kagadi	1	470,302	0.21
Mukono	1	932,672	0.11

Shifting of the epi-center

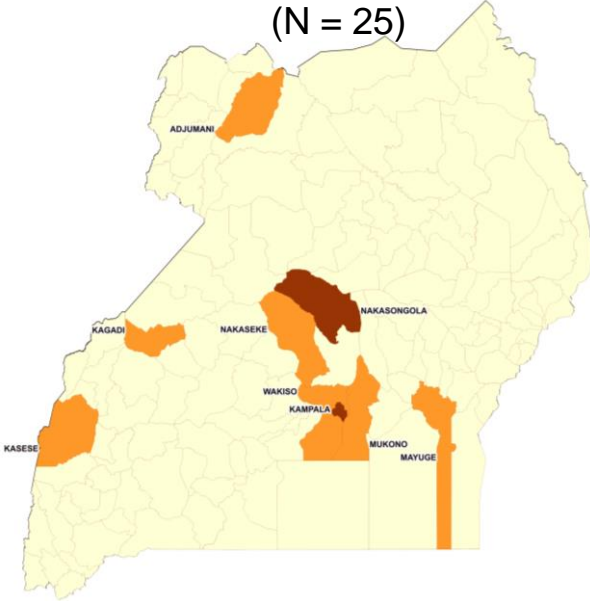
July 2024
(N = 02)



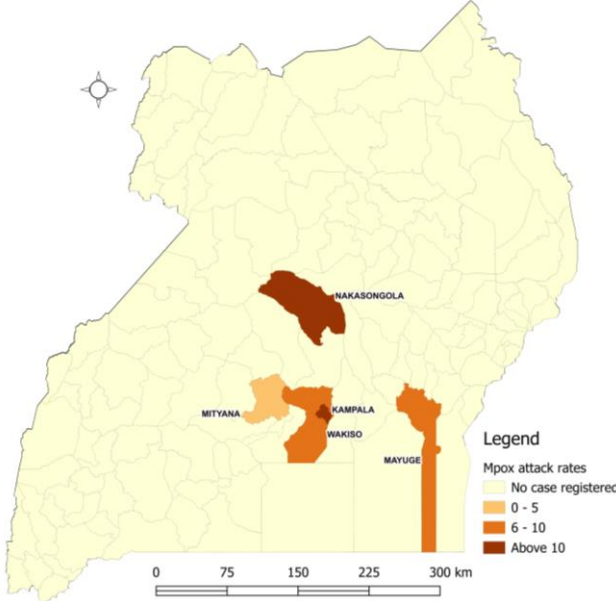
August 2024
(N = 08)



September 2024
(N = 25)

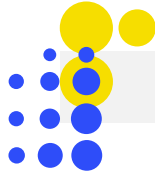


October 2024
(N = 44)



Legend
Mpox attack rates
No case registered
0 - 5
6 - 10
Above 10

0 75 150 225 300 km



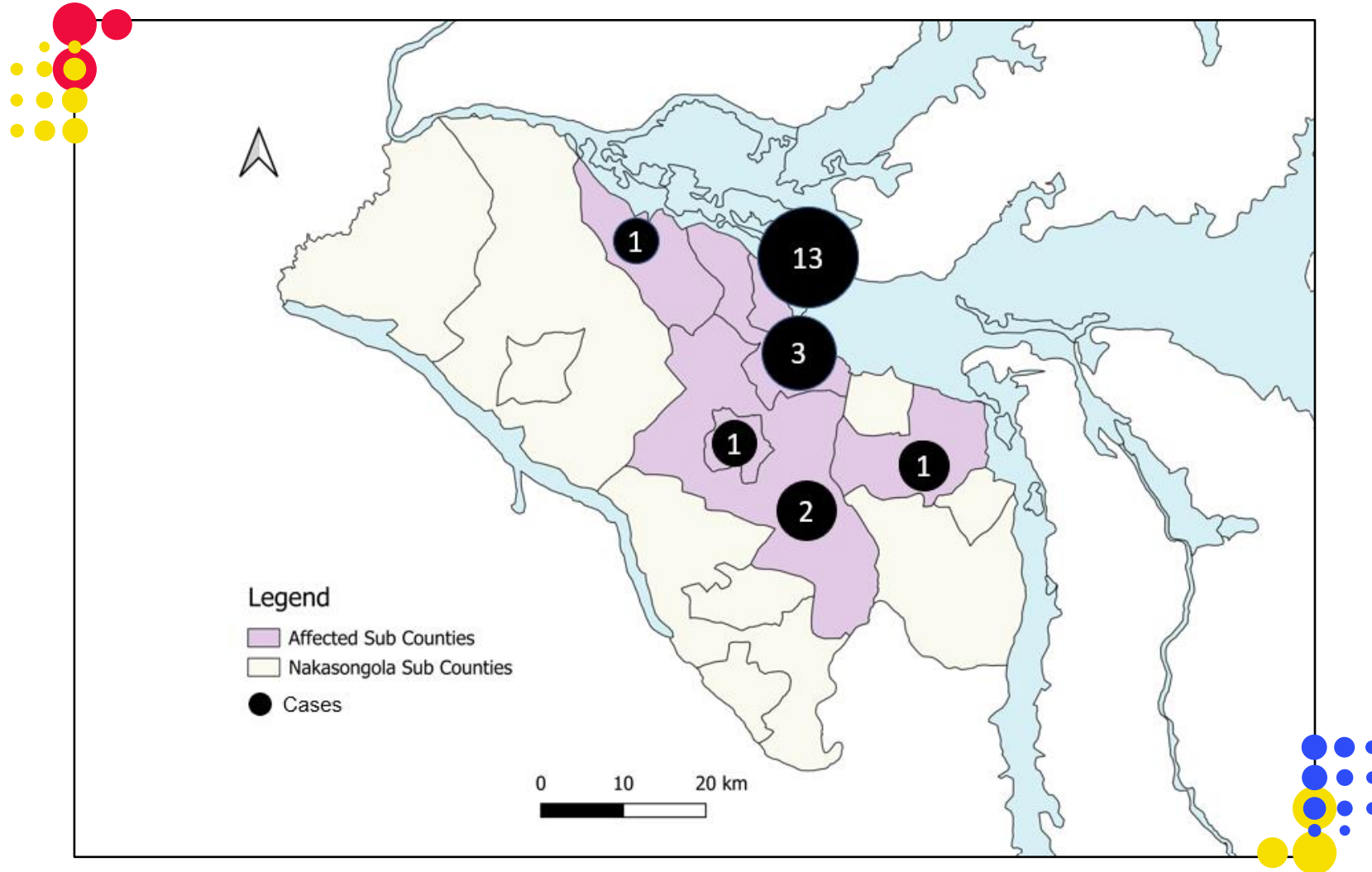
36% of the total cases in September and October are reported from **Nakasongola district**.

Distribution of Mpox confirmed cases in Nakasongola district

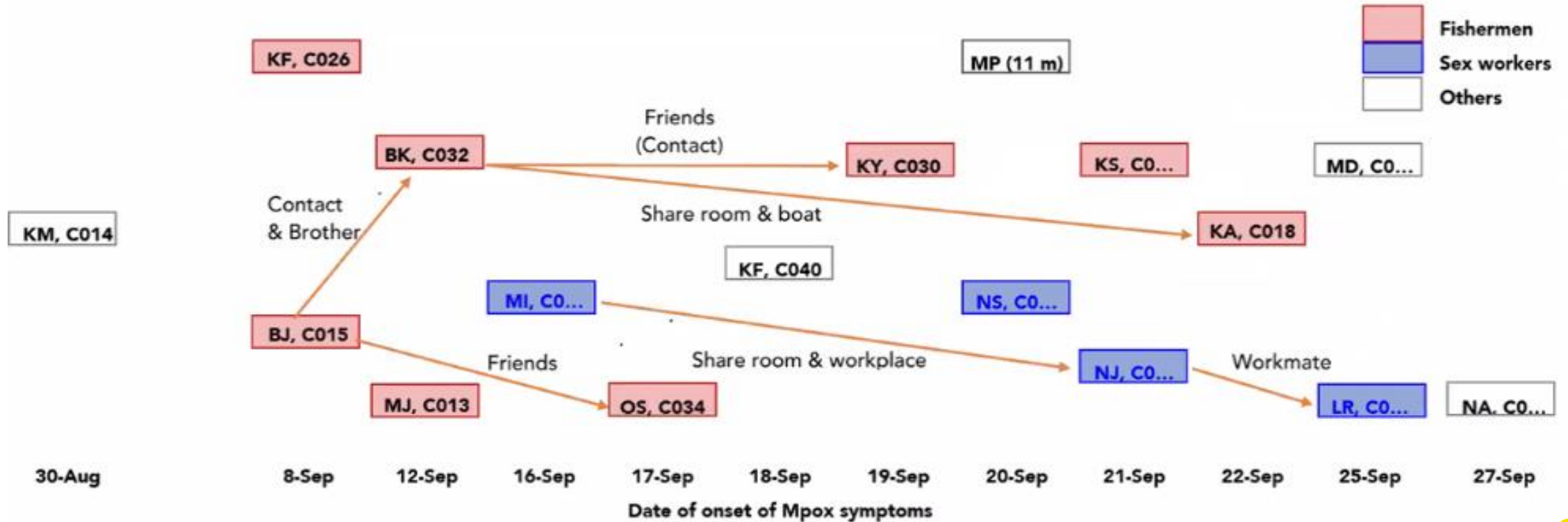


Sub County	Number of Cases	Date of Detection	
		Index case	Latest case
Lwampanga Town Council	14	09/09/2024	9/10/2024 (n=3)
Lwampanga Sub County	3	29/09/2024	9/10/2024 (n=2)
Karungi Sub County	1	6/10/2024	(index case)
Lwabiyata Sub County	3	30/09/2024	8/10/2024
Wabinonyi Sub County	5	2/10/2024	9/10/2024
Nakasongola Town Council	1	4/10/2024	(index case)
Nabiswera Subcounty	1	9/10/2024	(index case)
Total	28		

Lwampanga Cluster in Nakasongola district



Intersection of HIV and Mpox transmission



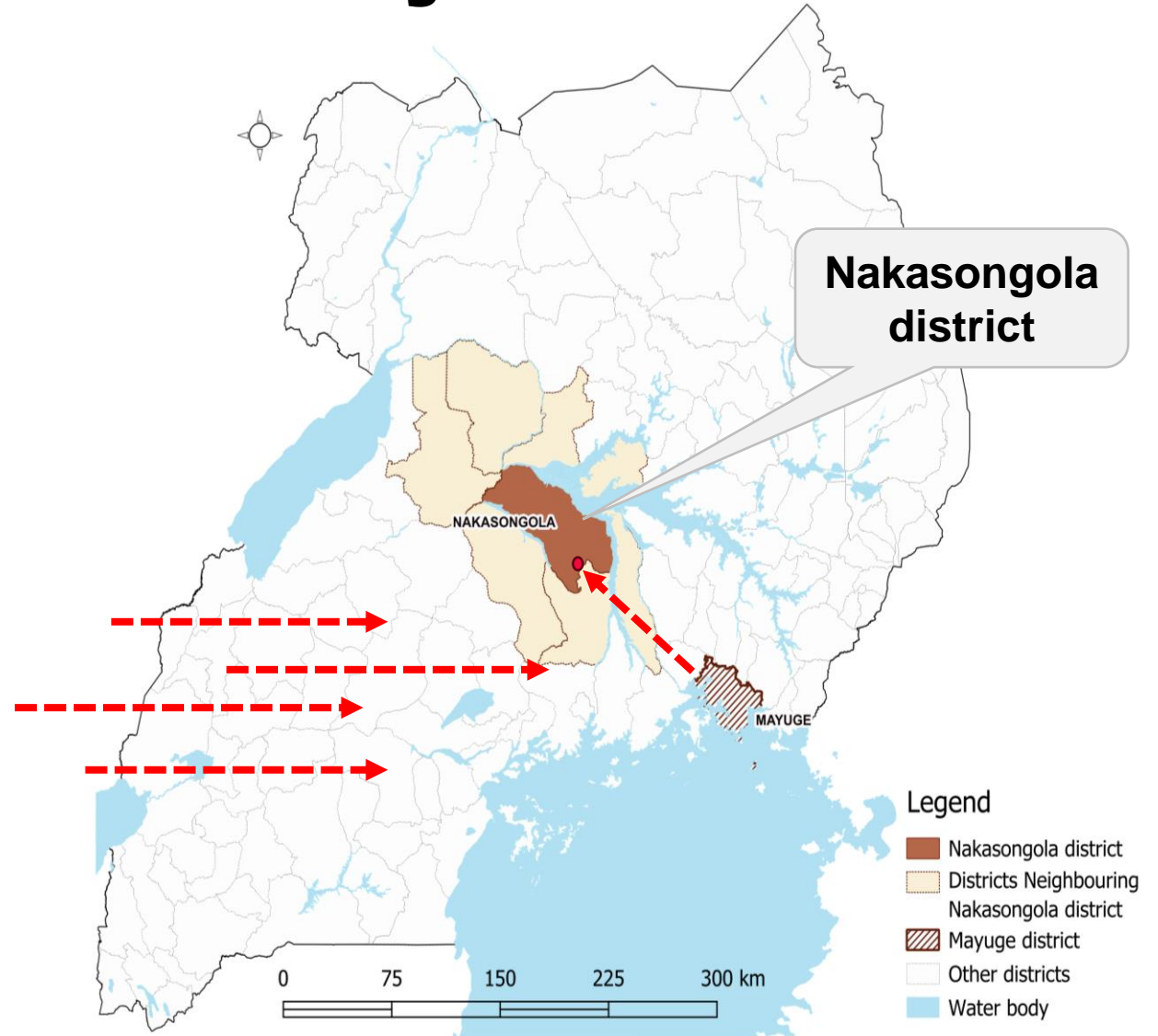
Drivers of transmission :

- Commercial sexual activities and multiple sex partners
- Fishing communities with high HIV prevalence
- Significant human physical interactions at landing site
- Long distance truck drivers

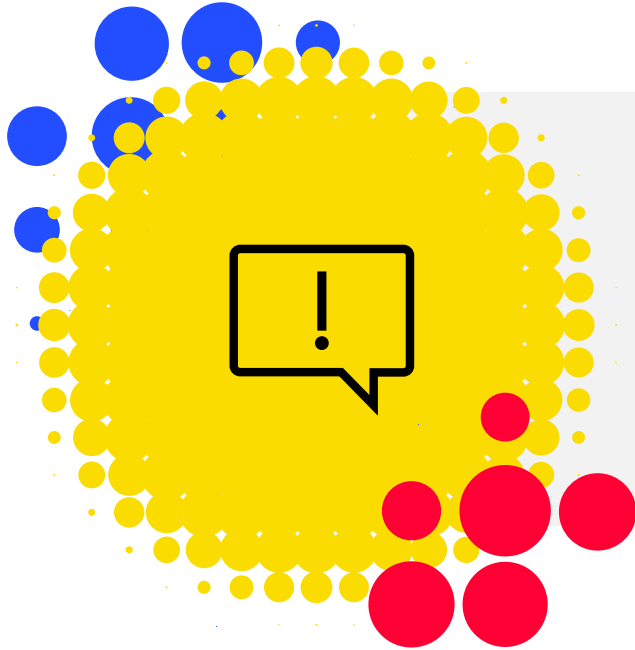


Epicentre in center of the country

- Centre of the country; surrounded by 9 districts
- Along a major northerly trade & travel route
- Travel disruptions to the north have caused stasis and delay of traffic → Increased likelihood of mixing of people
- Complex fishing community, with comparatively high HIV prevalence



Emerging localised effects to continuity of essential services



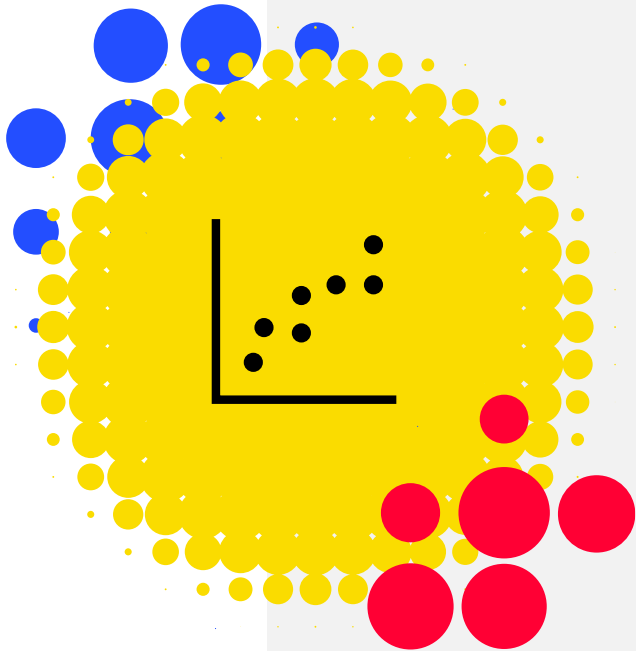
- Previously presumed that Mpox outbreak would have minimal effects on continuity of essential services.
- Focal isolated disruptions are emerging in the response districts.
- Overt disruptions of the health system are not anticipated.

Considerations for Continuity of Essential Health Services

- Long hospital stay of mpox patients
- Potential HCW infections..... **No HCW infections or deaths.**
- Moving mpox patients and occupy wards as in hospitals and health centres
- Potential mixing of mpox and non-mpox patients and potential nosocomial infections.....



Expanding complex mpox outbreak



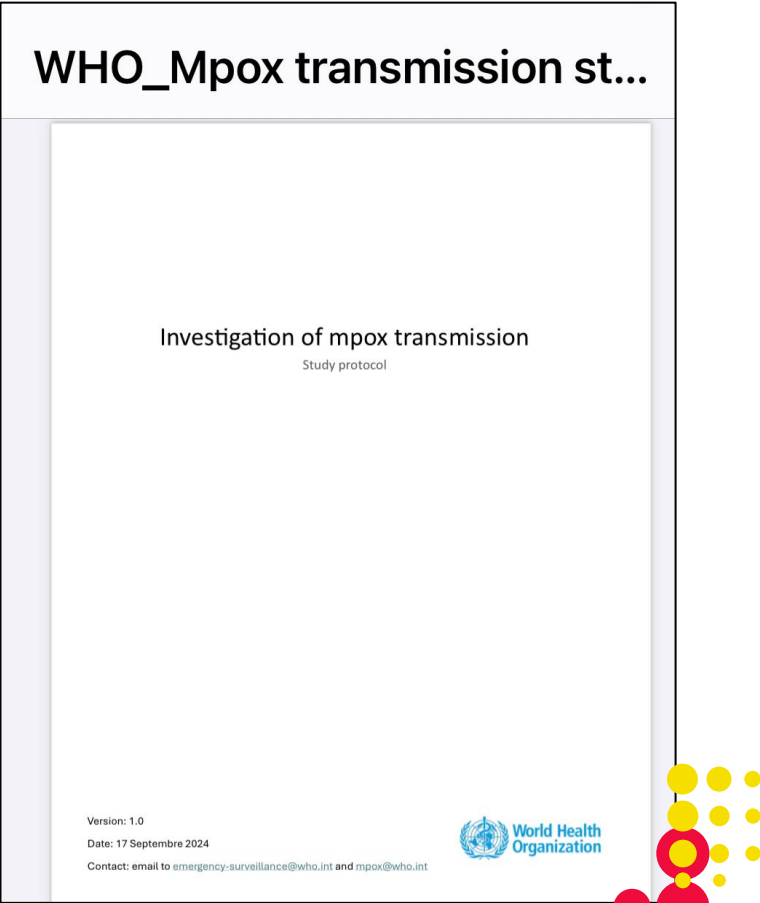
- Stretched response at the national level
 - NRRT in 10 districts
 - Varied district level strengths
- Rapid geographical expansion of the outbreak
- Unpredictable new districts, and unpredictable response mechanisms, and unknown transmission mechanisms...
- Poorly understood drivers of transmission and risk factors

Proposals on the response going forward



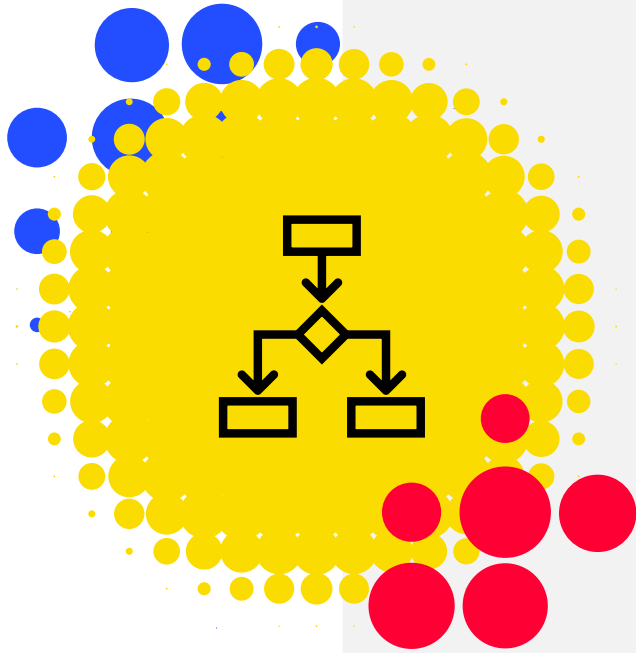
- **Strengthen the central level coordination and supervisory mechanisms.**
- **Full decentralization of the mpox response to District Task Forces.**
- **Invest in the:**
 - a. understanding the mpox transmission dynamics.
 - b. deeper understanding of the mpox pathophysiology.

Investigation of mpox transmission, disease sequel, and molecular epidemiology in Uganda



Investigators
Prof Pauline Byakika-Kibwika, et al

Strengthen the central level coordination & supervisory mechanism



Central level supervision and coordination:

- Regular Strategic Committee meetings
- IMT strengthening:
 - SituationRoom functionality to coordinate the response activities
 - Pillars functionality

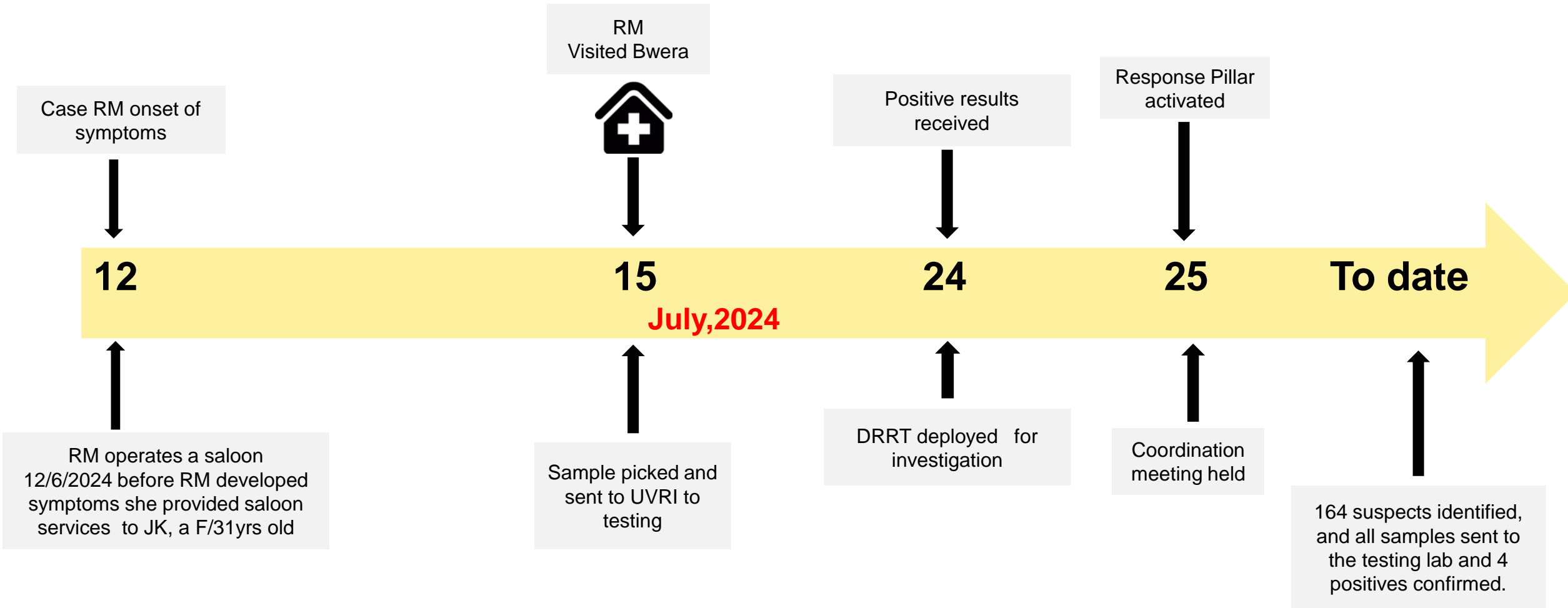
Strengthen mpox surveillance, response, and care in high-risk categories:

- HIV cohorts
- Prisons
- Schools
- Refugees

7-1-7 Approach

**An early action assessment for Kasese district
(the mpox index district)**

Mpox timeline for the Index case in Kasese district



Matrix: 7-1-7 timeliness intervals for Mpox cases



Interval	Calculation In days	Timeliness In days	Target In days	Met target? Yes/No
Detection	Difference between dates of emergence and detection	3	7	yes
Notification	Difference between dates of detection and notification	0	1	yes
Response	Difference between dates of notification and completion of the last early response action	10	7	No



EFFECTIVE RESPONSE COMPONENTS

Target: 7 DAYS to mount an effective response

Target met?	#	Response Component	Date
	1	Initiated the effective response within 10 days	25/07/24
	2	On-site epidemiological investigation	24/07/24
	3	Laboratory confirmation performed	25/07/24
	4	Medical treatment capabilities ensured	24/07/24
	5	Countermeasures	25/07/24
	6	Community engagement	25/07/24
	7	Coordination mechanism	25/07/24

Bottle necks and enablers

Mpox, KASESE DISTRICT, EAR

Timeliness **3 Days**

7-day target met? **Yes**

Bottlenecks

- Knowledge gap on CBDS
- Poor Health seeking behavior
- Knowledge gap of border community on Mpox

Root causes identified.

- VHTs not trained on CBDS in the district
- Delay in seeking medical care

Enablers

- Early orientation of HCWs
- High suspicion index among HCWs
- Laboratory and sample manage system in place

Notification

Timeliness **0 Days**

1-day target met? **Yes**

Bottlenecks

- None utilization of eIDSR system
- Root causes identified.
- No officer delegated to man the district alert desk

Enablers

- Good reporting system to the next level (DSFP)
- Lab team able to pick samples and refer them to testing laboratory

Response

Timeliness **10 days**

7-day target met? **No**

Bottlenecks

- Delay to release results from UVRI
- Inadequate funding to support DRRT activities
- Lack of supply of PPEs

Root causes identified.

- No budget line for response activities
- Limited testing capacity at regional level
- Lack of transport media
- Poor sample tracking, labelling, incomplete case investigation forms and referral
- Sub optimal functionality of the IMT due to lack of key staff
- Delayed approval process for the NRRT and DRRT deployment
- Limited capacity to manage M-pox cases

Enablers

- Availability of trained and well-coordinated DRRT
- Presence of partners to support the initial response activities.
- Cross border surveillance

Remediation Plan

No	Priority bottlenecks	Remedial actions and recommendations	Responsible person or party	Resources or support required	Target completion date
1	VHTs not trained on mpox community disease surveillance	Orient community on mpox in private sector	Lab focal person (Region and District)	Trainers, supplies, reagents	10/08/24
3	Delay in seeking medical care	Community engagement	DHT	Transport refund, hall hire), M-poxjob aides	10/08/24
4	No officer delegated to man the district alert desk	Establish the alert desk with dedicated staff	DHO	Logistics, phone,staff	10/08/24
5	Delayed approval process for the NRRT and DRRT deployment	Activate the emergency response funding	MOH	Protocols	



No	Priority bottlenecks	Remedial actions and recommendations	Responsible person or party	Resources or support required	Target completion date
6	Sub optimal functionality of the IMT due to lack of key staff	Re-activate the national and district situation room with adequate staff	IC	Human resources, funding to facilitate human resources	10/09/24
7	Sub optimal functionality of the IMT due to lack of key staff	Re-activate the national and regional PHEOC mechanism to support response	Commissioner IESPHE	Human resources, funding to facilitate human resources	Immediate
8	Lack of Mpox transport media	Pre-position reagents and supplies to the regional hospital laboratories	commissioner Lab	Trainers, supplies, reagents	10/08/24
9	No budget line for response activities	Activate emergency response funding	MOH commissioner planning	Guideline for approval	10/09/24
10	Limited capacity to manage M-pox cases	Orient VHTs on community disease surveillance	Commissioner IESPHE	Training support (logistics, transport refund, hall hire), job aides	10/09/24



Longer-term actions

Actions for longer-term planning and funding (e.g., through planning and budget cycles)



Proposed action	Bottleneck addressed	Responsible authority	Opportunities for planning and funding (e.g., incorporate in NAPHS, funding proposals)
Expand national diagnostic capacity (Have more than 5 labs with PCR testing capacity targeting KMA and other affected districts)	Limited testing capacity at regional level	Lab commissioner	Response plan, NAPHS
Train and improve capacity among laboratory staff	Indequate capacity among laboratory staff	Lab commissioner	Response plan, NAPHS
Identification of isolation areas with adequate supplies and PPE	Inadequate case management	Clinical services commissioner	Response plan, NAPHS
Orient health workers in private sector	Inadequate case management of medical teams to manage cases with guidance	IC	Response plan, NAPHS
Strengthen surveillance at community level including surveillance zones accross borders	Knowledge gap of border community on Mpox	Commissioner IESPHE	Response plan, NAPHS
Strengthen community engagement	Poor Health seeking behavior	Commissioner Health promotion	Response plan, NAPHS

Remarks by Africa CDC Leadership

Presentation forthcoming

Thank you!



The Global Fund to Fight
AIDS, Tuberculosis and Malaria

+41 58 791 17 00
theglobalfund.org